PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO, LWOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XL. — 1901.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1901.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XL „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

C. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

D. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Sprawozdania ze Zjazdów lekarskich.

IV. Odcinek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Wydawnictwo dzieł lek. polsk. im. E. Korczyńskiego, Kraków.

Towarzystwo samopomocy lekarzy.

VI. Korespondencye.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

VIII. Bibliografia.

Podano treść wszystkich zeszytów z r. 1901, następujących pism lekarskich.

Czasopismo lekarskie. Gazeta Lekarska. Krytyka Lekarska. Medycyna Nowiny Lekarskie. Odczyty kliniczne 146, 147, S. III, Z. 4. Pamiętnik Tow. lekarskiego Warsz. Z. IV., T. XCVII. Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich Z. I., Postęp okulistyczny. Przegląd chirurgiczny I., IV. Przegląd dentystyczny. Przegląd felczerski. Zdrowie.

Časopis lekařů českých. Sbornik klinicky. Liecnički Viestnik.

Berliner klinische Wochenschrift. Deutsche medicinische Wochenschrift. Münchener medicinische Wochenschrift. Wiener klinische Wochenschrift.

La Presse médicale. La Seamaine médicale.

IX. Nekrologia.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny, Z. L. Zjazd lekarski, T. L. Towarzystwo lekarskie).

SPIS AUTORÓW

Rok XL. Kraków, 5 Stycznia 1901. Nr. 1.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets,

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 40 halerzy.

Przedpłata wynosi:

w Austryi	rocznie 20 koron,	półrocz. 10 kor.,	kwart. 5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rsr.
w Niemczech . . .	„ 16 marek,	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi . . .	„ 30 frank.,	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek.

Treść:

Wydawnictwo dzieł lek. polskich

im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie,

mając już przygotowane bezpłatne premium dla Członków swych za rok 1901 i 1902, prosi uprzejmie o łaskawe nadesłanie zaległych wkładek, jak również wkładek za lata 1901 i 1902.

Po otrzymaniu wkładki **Wydawnictwo** prześle jako **bezpłatne premium** za rok 1901 i 1902 obszerne dzieło p. t.: *Zarys balneoterapii i balneografii krajowej* Doc. Dra L. Korczyńskiego.

Bezpłatne premium za rok 1899 i 1900 stanowi dzieło Prof. Dra L. Wachholza pod tytułem: *Podręcznik medycyny sądowej.*

Wkładki nadsyłać należy na ręce administratora i sekretarza Wydawnictwa *Dra St. B. Kwiatkowskiego, Kraków, Klinika lekarska.*

☞ Do dzisiejszego Nru dołącza się: List otwarty Generalnej Reprezentacyi Zakładu zdrojowego w Krościenku nad Dunajcem.

Rok XL. Kraków, 5 Stycznia 1901. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O budowie i syntezach ciał ksantynowych.

Podał

Doc. Dr. Michał Seńkowski.

Prawie półtora wieku minęło od czasu, w którym chemicy zwrócili baczniejszą uwagę na ciała, później objęte wspólną nazwą ciał ksantynowych, które, w miarę postępu badań, okazały się bardzo rozpowszechnionemi w przyrodzie, lubo najczęściej tylko w minimalnych ilościach. W r. 1776 Scheele, badając skład kamieni pęcherzowych, znalazł w nich ciało o bardzo charakterystycznych własnościach, które nieco później Fourcroy nazwał „acide lithique“, następnie „acide ourique“. Dokładność, z jaką Scheele opisał swój przetwór, może zadziwić i dzisiejszych chemików, zwłaszcza uwzględniwszy owe skromne środki, jakiemi rozporządzali chemicy z końca siedmnastego stulecia. Z nadzwyczajną, jak na owe stosunki, ścisłością określił Scheele bliższą charakterystykę znalezionego kwasu, jego rozpuszczalność w alkoholach, strącanie amoniakalnym rozczynem azotanu srebrowego, zmiany wskutek działania kwasu azotowego, względnie wody chlorowej, słowem — prawie wszystkie metody analityczne, którem i dziś się posługujemy.

Bardzo powoli, bo prawie do chwili obecnej, przybywało innych ciał, budową swoją i własnościami zbliżonych do kwasu moczowego, jak wykryta w r. 1817 przez Marceta ksantyna, w r. 1821 kofeina, znaleziona w kawie przez Robiqueta, Pelletiera i Caventoua, w roku 1842 teobromina, znaleziona w kakao przez Woskreseńskiego, z nią izomeryczna teofilina w roku 1888 przez Kossla w herbacie, również izomeryczna paraksantyna w moczu (Thudichum, 1879), heteroksantyna (Salomon, 1885), hypoksantyna (Scherer, 1850), guanina (Unger, 1845), adenina (Kossel, 1885).

Wydobycie i otrzymanie w stanie czystym pojedynczych ciał ksantynowych nie wystarczyło jeszcze do wykazania ich budowy chemicznej i wzajemnego związku ze sobą; na to złożyć się musiała praca, śmiało rzec można, trzech pokoleń chemików, praca uwieńczona takim wynikiem, że dziś nietylko znamy z możliwymi szczegółami budowę wszystkich ciał ksantynowych w przyrodzie się znajdujących, nietylko możemy je wszystkie sztucznie otrzymać, ale także ujrzeliśmy się w posiadaniu stu kilkudziesięciu nowych sztucznych ciał ksantynowych, z których niejedno znajdzie się jeszcze w przyrodzie, a niejedno, w miarę poznania jego własności, może się stać cennym nabytkiem w skarbnicy leków. Mam zamiar przedstawić badania, dotyczące budowy chemicznej ciał ksantynowych, a dokonane w ciągu ostatnich lat dwudziestu; te jednak tak są ściśle związane z wynikami badań poprzednich, że niepodobna mi jest mówić o nowych, nie zaznaczywszy przynajmniej pobieżnie dawniejszych.

W 58 lat po wykryciu kwasu moczowego przez Scheelego dokonali Liebig i Mitscherlich pierwszej analizy elementarnej i na jej podstawie oznaczyli wzór tego kwasu $C_5\ H_4\ N_4\ O_3$. Liebig wspólnie z Wöhlerem zajęli się następnie chemicznem scharakteryzowaniem kwasu moczowego, a z długiego szeregu ciał, otrzymanych przez rozbicie jego drobiny, wymienię aloksan, kwas aloksurowy, kwas mezoszczawiowy, uramil, kwas parabanowy i oksalurowy, które w określeniu budowy chemicznej ciał ksantynowych odgrywały rolę najważniejszą.

Kwas moczowy rozszczepia się przez łagodne utlenienie kwasem azotowym na aloksan i mocznik. Aloksan, gotowany z alkaliami, daje kwas aloksurowy, następnie kwas mezoszczawiowy i mocznik.

Ponieważ kwas mezoszczawiowy może mieć tylko budowę

```
COOH
|
CO
|
COOH
```

przeto z konieczną konsekwencyą wynika wzór aloksanu

```
CO—NH
|   |
CO  CO
|   |
CO—NH
```

Po dłuższej przerwie wzięli sprawę kwasu moczowego w swoje ręce Schlieper i Baeyer. Przez redukcyę aloksanu drogą pośrednią otrzymał Baeyer kwas barbiturowy, a następnie, idąc drogą odwrotną, dokonał syntezy tego połączenia z kwasu malonowego i mocznika.

```
mocznik   kw. malonowy   kw. barbitur.
 NH2        HOOC         NH—CO        H2O
 |            |          |   |
 CO    +    CH2    =     CO  CH2  +
 |            |          |   |
 NH2        HOOC         NH—CO        H2O
```

Z kwasu barbiturowego otrzymano działaniem kwasu azotowego i następną redukcyą dwa połączenia:

```
kw. nitrobarbiturowy, czyli dilitur.; kw. aminobarbitur., czyli uramil
NH—CO                          NH—CO
|   |                          |   |
CO  CHNO2                      CO  CHNH2
|   |                          |   |
NH—CO                          NH—CO
```

Uramil gotowany z sinianem potasowym dał kwas pseudomoczowy, różniący się od kwasu moczowego o elementa drobiny wody za wiele



Tworzenie się tego kwasu jest analogiczne do tworzenia się mocznika z sinianu amonowego

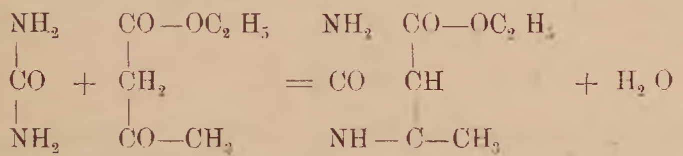
$$NH_3\,HOCN = NH_2\,CO\,NH_2.$$

Kwas pseudomoczowy jest bardzo zbliżony do kwasu moczowego, lecz przecież nie jest z nim identyczny.

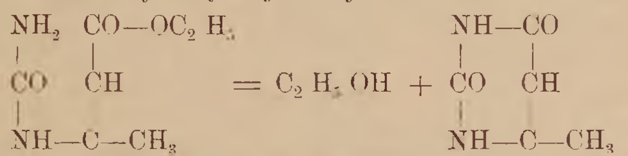
Skoro przez opisane procesy analityczne wyjaśniono w znacznej mierze budowę kwasu moczowego, rozpoczęły się zabiegi około robót syntetycznych. Opierając się na badaniach Streckera, który wśród produktów rozkładu kwasu moczowego znalazł glikokol, bezwodnik węglowy i amoniak, otrzymał Horbaczewski po raz pierwszy kwas moczowy sztucznie, stapiając mocznik z glikokolem, a w następnych doświadczeniach z trójchlorolaktamidem. Nie ujmując doniosłości temu doświadczeniu, które w swoim czasie zyskało ogólne uznanie, nie możemy jednakże uważać go za ścisłą syntezę kwasu moczowego, albowiem procesu tworzenia się nie można było śledzić we wszystkich okresach reakcyi tak, aby z tego wysnuć wnioski o budowie otrzymanego produktu.

Daleko dłuższą, bardziej zawiłą, zato znacznie przejrzystszą drogę wskazali Behrend i Roosen, a to w sposób następujący:

Mocznik z acetylooctanem etylowym zagęszcza się na ester kwasu uramidokrotonowego.

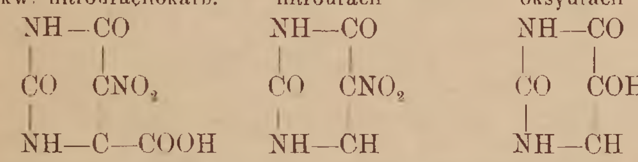


ten ostatni zaś zmydlony daje metylouracil



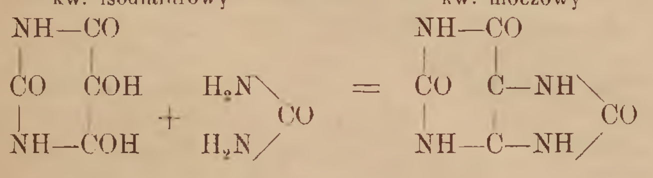
Działaniem kwasu azotowego na metylouracil powstaje kwas nitrouracilokarbonowy, ten gotowany z wodą rozkłada się na bezwodnik węglowy i nitrouracil, a ten ostatni, redukowany, daje obok aminouracilu także oksyuracil, czyli kwas isobarbiturowy.

kw. nitrouracilokarb. nitrouracil oksyuracil



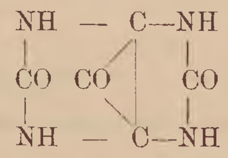
Oksyuracil utleniony daje kwas isodialurowy, a ten ogrzewany z mocznikiem tworzy kwas moczowy

kw. isodialurowy kw. moczowy



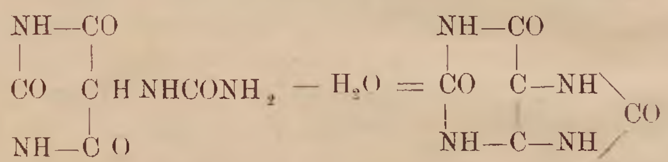
W ten sposób, idąc krok za krokiem, przychodzimy do wzoru kwasu moczowego, podanego przez Medicusa w r. 1875, który nietylko odpowiada powyższej syntezie, ale także tłómaczy zadowalniająco wszystkie procesy rozkładowe, z których kilka poprzednio poznaliśmy.

Od tego wzoru różni się nieco wzór podany przez Fittiga

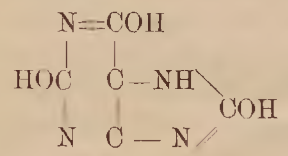


który wytrzymuje równie dobrze krytykę wobec wszystkich dotychczas przytoczonych reakcyj.

Ostatnią wreszcie, ze wszystkich najprostszą syntezą kwasu moczowego, która przechyla szalę stanowczo na korzyść wzoru Medicusa, jest dokonana przez Emila Fischera, który wyszedł z kwasu pseudomoczowego. Kwas pseudomoczowy, topiony z kwasem szczawiowym, a nawet gotowany ze stężonym kwasem solnym, utraca elementy jednej drobiny wody i przechodzi w kwas moczowy.



W miejscu tego ostatniego wzoru możliwy jest także następujący:

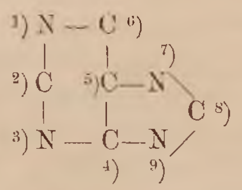


Z dalszych obserwacyj kwasu moczowego, szczególnie jego związków pochodnych, okazało się, że obydwie formy są jednako prawdopodobne; jedne pochodne odpowiadają pierwszemu, inne drugiemu wzorowi, a sam kwas moczowy zdaje się istnieć w obydwóch formach, które łatwo przechodzą jedna w drugą. Zjawisko to dosyć częste w chemii nosi nazwę tautomeryi.

Rozstrzygnąwszy ostateczne zagadnienie co do budowy kwasu moczowego, użył go Fischer, jako punktu wyjścia do syntezy wszystkich innych ciał ksantynowych. Literatura tych ciał równie jest obszerną, jak literatura kwasu moczowego. Drogą podobną, jak z kwasem moczowym, zdołano tu i owdzie dojść do najprawdopodobniejszego wzoru strukturowego, jednakże o syntezie lub przeprowadzeniu jednego ciała w drugie i mowy nie było; dopiero Fischerowi udało się to urzeczywistnić w całej pełni.

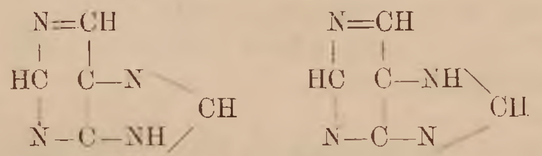
Zoryentowanie się w olbrzymiej ilości połączeń organicznych ułatwia nam znakomicie ich podział na gromady, obejmujące połączenia do siebie podobne, a dające się wyprowadzić od jednego, najprostszego z nich. Takim najprostszym związkiem jest n. p. benzol C_6H_6, z którego wywodzimy cały szereg połączeń pochodnych, znanych pod nazwą związków aromatycznych. Połączenia pochodne tłómaczymy sobie przez podstawienie atomów wodoru w związku pierwotnym przez inne atomy lub grupy atomów, n. p. przez podstawienie w benzolu jednego atomu wodoru grupą metylową, aminową, karboksylową tworzą się połączenia, jak

toluol, anilina, kwas benzoesowy. Takimi pierwotnymi związkami są pirydyna, chinolina, pyrol itd. itd. Zasługą Fischera jest sprowadzenie wszystkich ciał ksantynowych do wspólnego szkieletu, złożonego z atomów węgla i azotu $C_5 N_4$, przez autora nazwanego jądrem purynowem. Jądro to posiada następującą budowę:



Jestto grupa atomów, złożona z dwóch pierścieni metadiazynowego i imidazolowego, w których celem oryentacyi oznaczono atomy azotu i węgla liczbami porządkowemi.

Najprostszem połączeniem, niejako podstawowem dla wszystkich innych, byłby związek, w którym wszystkie wolne wartościowości są zajęte przez wodór. Związkiem tym jest puryna (purum uricum), $C_5 N_4 H_4$, która mogłaby istnieć w dwóch modyfikacyach tautomerycznych



Według tego pojmowania byłby n. p. kwas moczowy 2.6.8 trójoksypuryną, powstałą przez zastąpienie w purynie trzech atomów wodoru grupami wodorotlenowemi.

Zastosowanie takiego podziału wydało nadspodziewane owoce. Okazało się, że w bardzo wielu reakcyach chemicznych jądro purynowe nie ulega zmianie, reakcye ograniczają się tak, jak w połączeniach benzolowych lub pirydynowych, do wzajemnego zastępowania atomów i rodni w łańcuchach bocznych. Reakcye, jakiemi Fischer posługiwał się w swoich syntezach, są:

1) Otrzymanie syntetyczne kwasu moczowego z kwasu pseudomoczowego w sposób poprzednio opisany, które tyczy się także związków homologicznych, mianowicie kwasów metylomoczowych.

2) Otrzymanie kwasów moczowych, podstawionych grupami metylowemi, albo wychodząc z odpowiednio postawionego kwasu pseudomoczowego, albo też bezpośrednio działaniem jodku metylu na alkaliczny rozczyn kwasu moczowego, przyczem zmieniając stosunek obydwóch ciał, oraz temperaturę reakcyi, można wstawić kolejno jedną do czterech grup metylowych i to w rozmaitych miejscach.

3) Podstawienie kolejno grup hydroksylowych przez chlor działaniem tlenochlorku i pięciochlorku fosforu w rozmaitych warunkach.

4) Częściowa lub całkowita redukcya produktów chlorem podstawionych zapomocą jodowodoru w temp. 0°, lub pyłku cynkowego.

5) Podstawienie chloru przez grupę wodorotlenową, etoksylową ($C_2 H_5 O$ —) lub aminową przez gotowanie z alkaliami lub kwasami, z alkoholowym rozczynem potażu żrącego, wzgiędnie z amoniakiem.

Przez odpowiednią kombinacyę podanych tu metod zdołał Fischer otrzymać przeszło sto pięćdziesiąt rozmaitych związków pochodnych puryny, między którymi znalazły się wszystkie t. zw. ciała ksantynowe ze świata zwierzęcego i roślinnego. Nie podobna byłoby mi opisać wszystkich tych puryn; zadowolnić się muszę opisem sposobu otrzymania najważniejszych, mianowicie samej puryny i jej związków pochodnych, znajdujących się w przyrodzie. (dok. n.)

* * *

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki Prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał
Dr. W. Chlumsky,
I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Przed laty 40 opisał bliżej nieznany autor w „Gazette des hôpitaux“ pewien rodzaj zniekształtnienia klatki piersiowej, której kształt porównał do lejka („une petite fossette, qui... s' excava en forme d' entonnoir“). W kilka lat później i inni autorowie zwrócili uwagę na tę bezkształtność (Luschka, Eggel, Flesch, Hagmann, Ebstein i in.). Ebstein nadał jej nazwę „Trichterbrust“ (pierś lejkowata). Wszyscy wspomniani autorowie razem podają zaledwie kilka przypadków tej nieprawidłowości, wskutek czego możnaby sądzić, że należy ona do wielkich rzadkości; przytem opisy i szczegóły przez nich podane nie pozostają ze sobą w zupełnej zgodzie.

W ciągu ostatnich kilku lat miałem sposobność spostrzegać kilkanaście przypadków wspomnianego zniekształtnienia. Niektóre z nich, zwłaszcza przypadki, obserwowane przezemnie w klinice prof. Hoffy, badałem uważnie i szczegółowo. W pracy niniejszej podaję wyniki tych badań i porównuję je z poglądami innych autorów.

Pod nazwą „thorax en entonnoire“, „Trichterbrust“, „funnelshapedbreast“, „pecho en embudo“, rozumiemy zagłębienie owalne lub okrągławe przedniej ściany klatki piersiowej w linii środkowej ciała. Punkt najgłębszy tej wklęsłości przypada powyżej wyrostka mieczykowatego. Zagłębienie jest utworzone przez wygięcie się mostka ku tyłowi, przy równoczesnem wygięciu się mostkowych końców żeber ku przodowi. Mamy więc tutaj do czynienia z zniekształtnieniem przedniej ściany klatki piersiowej, nie zaś, jak sądzą Picqué i Colombani, tylko ze zniekształtnieniem samego mostka. Autorowie ci uważają wygięcie się mostka za sprawę pierwotną, a wszystko inne za zmiany następowe; zapominają jednak o tem, że wygięcie mostka i wygięcie żeber występują równocześnie, że jedno bez drugiego nie da się wyobrazić. Wprost niepodobna pomyśleć jedno lub drugie za istniejące dawniej, za objaw, co do czasu pierwotny, a nie jednoczesny.

Postać zewnętrzna wgniecenia jest w mniej rozwiniętych przypadkach, a te są najczęstsze, owalną. W cięższych przypadkach ma ono kształt więcej kolisty, co jest wynikiem umiejscowienia tego zniekształtnienia. Jeżeli wgniecenie jest małego stopnia, to końce domostkowe żeber są tylko lekko, i to tylko tuż przy mostku wygięte, wskutek czego dołek przybierze kształt owalny. W miarę, jak zagłębienie to jest większe, odcinki żeber ulegają wygięciu, co pociąga za sobą powiększenie się poprzecznego wymiaru zagłębienia. Wymiar

podłużny nie może się współcześnie powiększać na długość w tym samym stopniu, tworzy go bowiem mostek, stosunkowo dosyć krótki. Marie, Fabre, Picqué i Colombani, którzy zajmowali się jedynie cięższymi przypadkami tego cierpienia, podają w przeważnej liczbie przypadków kształt okrężny.

Z góry ku dołowi wgniecenie klatki piersiowej przybiera tylko zwolna na głębokości; w kilku naszych przypadkach rozpoczynało się dopiero na wysokości 2-go lub 3-go stawu mostkowo-żebrowego. Górna granica zagłębienia leżała w przypadku, spostrzeganym przez Picquégo i Colombaniego, już we wcięciu mostka *(incisura sterni)*; inni autorowie, jak Ebstein, Hoffa, Kümmel, znaleźli ją dopiero przy „angulus Ludovici" i jeszcze głębiej i tę granicę uważają za prawidłową. Jednakowoż i tutaj zdaje się rozstrzygać ciężkość przypadku oraz stopień zniekształtnienia. Im cięższy przypadek, tem większa przestrzeń żeber i mostka jest wygięta; w najcięższym z przypadków, widzianych u Hoffy, mostek był wygięty na całej swej długości.

Dolna granica zagłębienia ulega również wahaniom. W lżejszych przypadkach kończy się zagłębienie na kilka centymetrów poniżej wyrostka mieczykowatego: w cięższych — sięga do połowy odległości między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, a nawet i wyżej. Podług Picquégo i Colombaniego dolna granica zagłębienia ma przypadać w 12-centymetrowej odległości powyżej pępka.

Najgłębszy punkt dołka znajduje się w większości przypadków na jakie 2 ctm. poniżej linii międzysutkowej *(linea intermamillaris)*; w przypadku Hoffy leżał on w samej linii. W przypadku Picquégo i Colombaniego i kilku moich odpowiadał stawom śródmostkowo-mieczykowatym *(articulatio mesosternoxyphoidalis)*. Punkt ten leży albo ściśle w linii środkowej ciała, albo nieco przesunięty w bok, ku brzegowi mostka (Mendez). Całe wgłębienie znajduje się albo w środku klatki piersiowej (co stwierdza przeważna część autorów), lub leży cokolwiek z boku, jak właśnie w jednym z naszych przypadków. Rzadko jednak jest to przesunięcie znaczniejsze.

Głębokość zagłębienia ulega znacznym wahaniom; przypadki typowe odznaczają się większą głębokością (8—9 ctm. „Gazette de hôpitaux"; 7 ctm. Ebstein; $5^1/_2$ ctm Ramadier i Serier; 5 ctm. nasz przypadek). Przypadki mało wybitne wykazują głębokość zaledwie 1 ctm. Picqué i Colombani zaliczają przypadki, których wgniecenie jest głębsze nad $2^1/_2$ ctm. do „anomalie en infundibulum", a nie do szeregu klatek lejkowatych. W przypadkach moich głębokość wynosiła $1^1/_2$, $1^1/_2$, $2^1/_2$, 3 i 5 ctm. Większa więc część przypadków nie odznaczała się zbyt znaczną głębokością, a dwa pierwsze stoją według tego, cośmy powiedzieli, na granicy stosunków prawidłowych; zaliczamy je pomimo to do rzędu klatek piersiowych lejkowatych, ponieważ cały charakter tego cierpienia jest więcej miarodajnym, aniżeli pojedyńczy jego objaw. Mierzenia głębokości, dokonywane przez różnych autorów, nie są zresztą podług naszego zdania bez zarzutu, ze względu na to, że je w rozmaity sposób przeprowadzano.

Picqué i Colombani zamierzyli oznaczyć głębokość wgniecenia zapomocą prostopadłej, wykreślonej z najgłębszego punktu zniekształtnienia do linii międzysutkowej. Z szematycznej ilustracyi tych autorów wynika jednak, że mierzą oni głębokość gniecenia, porównując wymiary klatki piersiowej, przeprowadzone na osobnikach, dotkniętych tą wadą z wymiarami u osób zdrowych, będących w tym samym wieku. Ten sposób mierzenia nie zabezpiecza od mnóstwa błędów, tem bardziej, że osoby, posiadające pierś lejkowatą, są wogóle gorzej rozwinięte, trudno więc rozmiary ich ciała porównywać z rozmiarami osób o budowie prawidłowej.

Marie znowu oznacza tę głębokość, mierząc odległość od najgłębszego punktu zagłębienia do linii prostopadłej, wykreślonej (w stojącej postawie badanego) z miejsca największej wyniosłości mostka powyżej dołka — ku dołowi.

Ja oznaczałem głębokość, mierząc w położeniu leżącem pacyenta długość linii prostopadłej, wykreślonej z najgłębszego punktu lejkowatego zagłębienia do linii stycznej, łączącej obydwa brzegi zewnętrzne lejka w tej samej wysokości. Ponieważ jednak głębokość lejka ulega przy wdechu i wydechu znacznym zmianom, przeto dokonywałem mych pomiarów przy miernym wydechu pacyenta. Wskutek tego otrzymałem liczby cokolwiek mniejsze od uzyskanych przez innych autorów, ale zdaje mi się, że moje pomiary podają dokładniej istniejące stosunki.

Pojemność zagłębienia, oznaczona w centymetrach sześciennych wody, również ulega wahaniu; wynosi ona około 50—60 ctm. w przypadkach lżejszych, a dochodzi, jak w przypadku Picquégo i Colombaniego, do 170 ctm. i więcej.

Jeżeli teraz zajmiemy się bliżej pojedynczemi częściami składowemi, tworzącemi to zniekształtnienie, musimy przedewszystkiem poświęcić naszą uwagę samemu mostkowi. Tworzy on garb ku wewnątrz, i to albo na całej swej długości, lub tylko w swej części dolnej. Spostrzegałem obydwa te rodzaje wygięcia mostka. Wygięcie zaczyna się w największej liczbie przypadków początkowo bardzo nieznacznie, a ku końcowi mostka staje się coraz silniejszem i wyraźniejszem, i to tem więcej, im bliżej wyrostka mieczykowatego, który sam bywa tylko bardzo nieznacznie, lub wcale nie bywa wygiętym. Zwyczajnie jest on równocześnie cokolwiek wstrzymany we wzroście.

Temu wygięciu garbowemu (kifotycznemu) mostka towarzyszą w rzadszych przypadkach i wygięcia boczne. W jednym z naszych przypadków mostek miał kształt zygzakowaty. Ebstsin spostrzegał wygięcie śródmostka ku stronie lewej. Mender — jego skręcenie i zbaczanie na prawo; — w najczęstszych przypadkach ogranicza się skrzywienie mostka do charakterystycznego garbu *(kyphosis)*.

Długość i szerokość mostka zbacza rzadko od prawidłowego wzoru, jak wykazały badania przeważnej części autorów, a również i moje. W przypadku Hagmanna długość mostka u dziecka jednorocznego wynosiła 75 mm., zamiast 115 mm., odpowiadających wiekowi dziecka. Remadier i Serieux znaleźli natomiast mostek dłuższy od prawidłowego, a mianowicie 210 mm., zamiast 170 mm. W naszych przypadkach długość mostka mało odstępowała od długości u osób prawidłowo zbudowanych; wynosiła bowiem 95 — zamiast 110, 140 — zamiast 130—150 mm., 150 — zamiast 120—150 mm.

Szerokość mostka, mierzona na wysokości między drugiem a trzeciem żebrem, wynosiła około 2 ctm.

Kształt mostka bywa zresztą niezmieniony, oprócz wyżej wspomnianego, słabo rozwiniętego wyrostka mieczykowatego. Ebstein opisuje przypadek z brakiem kawałka brzegu

mostka po stronie prawej, tudzież z brakiem odpowiedniej chrząstki żebrowej, co w następstwie pociągnęło za sobą wklęsłe zboczenie kręgosłupa po stronie prawej.

Przednie końce żeber są wygięte ku przodowi i linii środkowej ciała i to tem silniej, im leżą bliżej najgłębszego punktu zagłębienia. Zresztą nie okazują żadnej nieprawidłowości.

Wygięcie żeber jest zwykle symetryczne, równie silne po obydwóch stronach; — czasem (jak w naszym przypadku) jest ono po jednej stronie nieco wybitniej zaznaczone i przypomina bardzo wygięcie, towarzyszące rozwiniętemu bocznemu skrzywieniu kręgosłupa.

Skóra i mięśnie dotkniętej części były we wszystkich przezemnie spostrzeganych przypadkach równie rozwinięte, jak w innych okolicach ciała pacyenta.

Oprócz wgniecenia w przedniej ścianie klatki piersiowej znajdujemy na niej i inne zboczenia od stanu prawidłowego. W trzech moich przypadkach istniało zboczenie kręgosłupa wklęsłe ku stronie prawej *(skoliosis dorsalis dextro-convexa)* miernego stopnia; — w innym znowu przypadku znalazłem nieznaczną kombinacyę garbu ze skrzywieniem bocznem, a tylko w jednym przypadku nie było nic nieprawidłowego. Ebstein, nieznany autor z „Gazette des hôpitaux“. Picque i Colombani spostrzegali w swoich przypadkach również skrzywienie kręgosłupa, a Mender i Ebstein garb kręgosłupa ku przodowi i ku tyłowi. Inni autorowie nie podają w swoich opisach jakichkolwiek zboczeń w tym kierunku.

Mierząc dokładnie znajdujemy dalej po największej części, że obwód klatki piersiowej jest w najgłębszem miejscu wgniecenia mniejszym, a wymiar poprzeczny nieco większy, niż w stanie prawidłowym. Ten ostatni był w naszych przypadkach stale większy, i to o 10 cmtr., lub nawet i więcej. To samo zauważyli i inni autorowie, jak Hagmann, Eggel, Flesch, Ebstein.

Wymiar przednio-tylny bywa natomiast, a zwłaszcza w przypadkach cięższych, uderzająco mniejszym od prawidłowego.

Wskutek tych rozmaitych stosunków w wielkości poszczególnych wymiarów klatki piersiowej, jest także i t. zw. „l'indice thoracique“ (t. j. stosunek wymiaru poprzecznego × 100 do wymiaru przednio-tylnego) znacznie większym od prawidłowego. Podług Weisbergera wynosi on u prawidłowego człowieka dorosłego 140, podług Rillego i Bartlera 150; w przypadku Picquégo i Colombaniego wynosił 236; w naszych przypadkach 150, 199, 200, 230 i 227.

Nierzadko występują obydwie połowy klatki piersiowej nierównomiernie ku przodowi, a to wskutek tego, że zagłębienie jest przesunięte więcej ku jednej lub drugiej stronie. W tym razie muszą wymiary przednio-tylne obydwu połów klatki piersiowej różnić się wielkością; różnice jednak nigdy nie są znaczniejsze. (C. d. n.)

III. Wyciągi.

Prof. König: **Następowe schorzenia po rzeżączce i ich chirurgiczne znaczenie.** *(Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 47, 1900). Z szeregu stanów chorobowych, pozostających w związku z rzeżączką, omawia autor w szczególności dwa, a mianowicie zakażenia nerek i stawów.

Badania doświadczalne wykazały, że można zakazić miedniczkę nerkową przez bezpośrednie wprowadzenie materyału zakaźnego, jeżeli się stworzy przeszkodę dla odpływu moczu przez tymczasowe podwiązanie moczowodu. Warunkowi temu również stawać się musi zadość w podobnych schorzeniach u człowieka.

Schorzenia nerek na tle rzeżączki, a zwłaszcza stany zapalne miedniczek i roponercze, *(pyonephrosis)* nie są zbyt częste. Przydarzają się tak u mężczyzn, jakoteż u kobiet. U mężczyzn w postaci ostrej, przyciężkiej rzeżączce, przechodzącej na pęcherz i w postaci podostrej, przy istniejącej rzeżączce w tylnej części cewki z zwężeniem. K. przypuszcza, że zmiany te u kobiet częściej występują, gdyż podczas ciąży nie rzadko wytwarza się roponercze. W większej ilości tych wypadków można, zdaniem autora, przyjąć rzeżączkę za tło sprawy zapalnej. Ciężarna macica stanowi w tych razach przeszkodę dla odpływu moczu. Rzadkie są przypadki, w których zagięcie moczowodu przy nerce wędrującej, stanowiąc tę właśnie przeszkodę, wywołało roponercze. Przypadek taki spostrzegał i operował K. Przyszyciem nerki wyleczono roponercze.

Przy omawianiu zmian w stawach uwzględnia K. w pierwszym rzędzie staw kolanowy. Uwagi wypowiedziane odnoszą się *mutatis mutandis* zarówno do innych stawów. K. odróżnia następujące cztery postacie rzeżączkowego zajęcia stawów: *1) Hydrops gonorrhoicus, 2) Arthritis serofibrinosa et catarrhalis, 3) Arthritis purulenta, empyema articul., 4) Arthritis phlegmonosa (para-et periarticul).* Trzy pierwsze postacie przydarzają się również z innych przyczyn; czwarta jest znamienną dla zakażenia rzeżączkowego. Rozpoznanie jest pewnem, jeżeli w przebiegu świeżej rzeżączki pojawia się zajęcie jednego stawu. W innych przypadkach rozpoznanie jest bardzo trudne: pewności udziela jedynie wykazanie gonokoków w wysięku. Zapalenia te zaledwie w połowie przypadków ustępują pod wpływem leczenia bez dalszych następstw; w pewnej liczbie zejście nie jest pomyślne z powodu utrzymującej się stale bolesności stawów, upośledzenia lub całkowitego zniesienia ruchomości i przykurczeń. Pierwszą zasadą leczenia jest ustalenie stawu. K. używa w tym celu opatrunku gipsowego, który zakłada na 8—14 dni. Obok tego stosuje na skórę środki lekko drażniące, jak nalewkę jodową. Jeżeli leczenie takie zawodzi, wykonuje nakłucie stawu z następowem wstrzyknięciem 8—10 gm. 5% kw. karbolowego. W przypadkach, gdzie stan miejscowy mimo kilkakrotnych nakłuć nie ulega poprawie, wskazanem jest szerokie otwarcie stawu. W nielicznych tylko przypadkach zmiany w samych kościach wymagają resekcyi. Na szczególniejszą uwagę zasługuje rzeżączkowe zapalenie stawu biodrowego. W uwzględnieniu objawów klinicznych można tu odróżnić dwie postacie: Lżejszą, w której nie występują zboczenia w ustawieniu kończyny i przykurczenia i cięższą, w której wymienione objawy rychło się pojawiają. W gromadzie drugiej również można odróżnić przypadki lżejsze — z miernem zgięciem, odprowadzeniem (abdukcyą) i skręceniem (rotacyą) na zewnątrz i przypadki cięższe, z silniejszem zgięciem, przyprowadzeniem (addukcyą) i skręceniem (rotacyą) na wewnątrz. W ostatnich prawie bez wyjątku następuje zwichnięcie główki ku tyłowi i ograniczone zniszczenie panewki i główki. Najlepsze usługi oddaje przy rzeżączkowem zapaleniu stawu biodrowego leczenie wyciągami. *Urbanik.*

Rosenthal (Berlin). **O schorzeniach serca w przebiegu kiły i rzeżączki.** *(Berl. klinisch. Wochenschrift* Nr. 47 i 48 1900.) Autor, uwzględniając tylko te postacie chorób sercowych, które są następstwem jedynie kiły nabytej, utrzymuje, że pojawiają się one w 2—3 lat po pierwotnem zakażeniu, jako objaw kiły trzeciorzędnej, — za bezpośrednią zaś przyczynę można uważać zaburzenia w ogólnem odżywieniu, które nie mogą pozostać obojętnemi dla serca, a nadto zgubny wpływ jadu kiłowego. Najczęściej bywa sam mięsień sercowy chorobowo zmieniony pod postacią mniejszych lub większych kilaków, przechodzących nie rzadko w tłuszczowe zwyrodnienie, lub zserowacenie, — wessanie z pozostawieniem miejsc łącznotkankowych jest zwrotem najpomyślniejszym. Samoistne schorzenie śródsierdzia na tle kiłowem przydarza się bardzo rzadko; niektórzy podają to nawet w wątpliwość, — to samo tyczy się worka sercowego; w większości przypadków są to zmiany, które przeniosły się z mięśnia sercowego. Wreszcie nadmienić należy, że czasami napotkać można obraz chorobowy, znany pod nazwą *angina pectoris syphilitica,* znamionujący się arytmią, biciem serca i dychawicą (asthma), pomimo że badanie pośmiertne nie stwierdza żadnych zmian w sercu. Do już przytoczonych bezpośrednich przyczyn, wywołujących wymienione cierpienia serca, dodać jeszcze trzeba kilka czynników usposabiających: istniejące wady serca i naczyń, nadużywanie wyskoku i tytoniu, nagłe lub długotrwałe urazy psychiczne, nie mniej kiła niedostatecznie, lub zupełnie nieleczona.

Dla tego rodzaju cierpień nie można zakreślić szczegółowej symptomatologii; — są przypadki, które przebiegają bez żadnych znamiennych objawów, a chory kończy życie nagłą śmiercią; są zaś inne, odznaczające się częstymi napadami bicia serca, uczuciem trwogi, zawrotami głowy; przedmiotowo stwierdzić można słabe i nieregularne tętno, zarówno jak i objawy istniejącego zapalenia mięśnia sercowego. Szczególniej podejrzane są napady bicia serca i braku tchu, niczem nie wytłómaczalne, a występujące zwykle w pierwszej połowie nocy. Rozpoznanie, o ile ono może być ścisłe, jako *myocarditis syphilitica*, winno się opierać na starannych a wyczerpujących wywiadach i na znamiennych dla kiły objawach w innych narządach ustroju. Przebieg jest zwykle powolny; rokowanie należy od okresu, w którym chory poddał się leczeniu. — Jeżeli zaburzenia, a względnie zmiany w sercu, są trwałe, wówczas rokowanie jest samo przez się niekorzystne.

Przechodząc do leczenia, wspomina autor pobieżnie o środkach sercowych, kładąc tem większy nacisk na równoczesne stosowanie rtęci i jodu; jodku potasowego nie zaleca, — szczególnie zaś wskazaną jest nalewka jodowa wewnętrznie 3 razy dziennie po 5—10 kropel (w piwie, lub wodzie z dodatkiem koniaku), powiększając stopniowo dawkę do 20 kropel 3 r. dziennie. W przypadkach zaś, w których jod nie może być podawany, znakomite usługi oddaje podskórne wstrzykiwanie ogrzanej jodipiny, zaczynając od 10% roczczynu, a przechodząc następnie do 25% (10,00 jednorazowo).

O ile w przebiegu kiły najpierw zostaje zajęty mięsień sercowy, a później dopiero śródsierdzie, o tyle przy rzeżączce jest stosunek wprost odwrotny, albowiem drobnoustroje dostawszy się w obieg krwi, osiadają przedewszystkiem na zastawkach serca i tętnicy głównej. W ten sposób wywołane zapalenie śródsierdzia może przybrać dwojaką postać, — albo złośliwą (*endocarditis ulcerosa, maligna*), sprowadzającą zazwyczaj śmierć chorego, albo zapalenie jest przewlekłe i uleczalne, często powikłane z rzeżączkowemi zmianami w stawach. Rokowanie nie da się wogóle ściśle określić, niewiadomo bowiem jaki zwrot przybierze całe cierpienie; rozpoznanie zaś i tutaj opiera się na szczegółowych wywiadach i na stwierdzeniu gonokoków we krwi. Leczenie winno być nietylko miejscowe, jako niszczenie ogniska pierwotnego (rzeżączka cewki moczowej), ale także stosowane do stopnia nasilenia cierpienia sercowego.

Dr. Henryk Pisek.

Auerbach i Unger. **O wykrywaniu prątków durowych w krwi chorych.** (*Deuts-med.-Wochs.* 1900 Nr. 49). Do niedawna zaledwo w odosobnionych przypadkach zdołano wykryć prątki durowe bezpośrednio w krwi chorych. Świeżo dopiero powiodło się to na większą skalę Schottmüllerowi (40 razy na 50 przyp.) i Castellaniemu (12:14). Na wzór ostatniego posługiwali się autorowie znaczniejszemi ilościami zwykłego bulionu (300 cm.^{3}) które zaszczepiano 10—30 kroplami krwi, wyciągniętemi aseptycznie strzykawką z *v. mediana*. Wykazano prątki we krwi 7 razy na 10 przypadków (lekkich i ciężkich) i to 3 razy w 12 dniu, po razu w 16—42 dniu choroby. Pewne rozpoznanie można w ten sposób uzyskać już w 36 godzin po wzięciu krwi chorego, a sposób ten nie jest trudniejszy od próby Widala i badania osutki durowej w kierunku prątków. W jednym przypadku zdołali autorowie nawet swym sposobem ustalić niepewne przedtem rozpoznanie. *C.*

Koch. **Przegląd wyników wyprawy dla badania zimnicy** (*Deutsche med. Wochs.* 1900 Nr. 49). Nazwą zimnicy obejmuje się nie jedną tylko chorobę, ale całą gromadę rozmaitych, choć pokrewnych sobie zakażeń. Dawniej rozróżniano bardzo liczne ich odmiany. Od czasu jednak odkrycia pasorzytów zimnicy te tylko formy kliniczne można uznawać za odrębne odmiany zimnicy, w których znachodzi się swoista odmiana pasorzyta. Odrębność pasorzytów trzeciaczki i czwartaczki uznano od dawna. Nadto w samej Europie rozróżniaćby należało pasorzyty zimnicy codziennej, zawierające i niezawierające barwiku, i pasorzyty trzeciaczki złośliwej, wreszcie pasorzyty, wywołujące „febri malariche a lunghi intervalli“ (Golgi). Prócz tych 6 gatunków europejskich zdawały się istnieć odrębne pasorzyty podzwrotnikowe. Toteż Koch spodziewał się napotkać w parazytologii zimnicy włoskiej i podzwrotnikowej na znaczne trudności, ku wielkiemu jednak swemu zdziwieniu spotkał się zarówno w Afryce, jak we Włoszech oprócz pasorzyta trzeciaczki i czwartaczki z jedną tylko jeszcze (pierścionkowatą, a niekiedy wytwarzającą półksiężyce) odmianą pasorzyta, wywołującego zimnicę o typie z początku trzeciaczkowym, a potem nieregularnym. Ta postać zimnicy jest w gruncie rzeczy temsamem, co tzw. złośliwa trzeciaczka i „febri a lunghi intervalli“ Golgiego. Również i Ameryce, w Indyach i na Oceanie południowym nie spotkał K. mimo starannych poszukiwań żadnych innych odmian pasorzyta, prócz 3 już wspomnianych. Dla owej trzeciej (oprócz zwykłej trzeciaczki i czwartaczki) odmiany zimnicy za najwłaściwszą nazwę, zamiast „trzeciaczka złośliwa“ i „febris aestivoautumnalis“ uważa K. miano „zimnicy podzwrotnikowej“.

W Nowej Gwinei spotkał K. pożądaną, rzadką dziś wogóle sposobność — badać zimnicę w czystej postaci jej rozwoju. Panujące bowiem tam odwieczne stosunki, ludożerstwo, wzajemna walka osad i t. d. stwarzają z każdej osady odrębne społeczeństwo, od reszty świata najzupełniej odcięte. Badając mieszkańców jakiejś osady, można być pewnym, że zimnicy nabyli oni na miejscu, — że jestto zimnica naprawdę endemiczna; w innych zaś miejscowościach, do których ludność napływa i z których się wydala na czas pewien, może być zimnica zawleczona, stąd więc nie można być pewnym, czy miejscowości te są prawdziwemi ogniskami zimnicy. Otóż w takich niewątpliwie pierwotnych ogniskach zimnicy (dwie wsie nad zatoką Astrolabe) było zakażonych wśród dzieci niżej 2 lat 80—100%, między 2—5 rokiem 41·6 46·1%, między 5—10 rokiem (w jednej z miejscowości) 23·5%, między starszymi 0%. Jeżeli więc zimnica rozwija się bez przeszkody, to znajduje się ją tylko wyłącznie u dzieci. Zjawisko to tłómaczy Koch powoli wprawdzie nabytą, ale istotną odpornością przeciwzimniczą. (Jak wiadomo Kohlbrügge, Glogner i inni lekarze kolonialni zwalczają bardzo stanowczo to zdanie Kocha, a tłómaczą częstość zimnicy u dzieci, rzadkość u starszych tem, iż co słabsze osobniki giną w dzieciństwie na zimnicę, tylko zaś silniejsze, lub obdarzone — rzadką zresztą — odpornością wrodzoną (nie dziedziczną) dochodzą lat dojrzałych. Prace przeciwnika Kocha znajdują się w ostatnich tomach Archiwu Virchowa. (*Przyp. spraw.*) W twierdzeniu tem opiera się K. na tem, że dorośli z okolic zimniczych przenoszący się w okolice także zimnicze, nie dostają zimnicy, natomiast przybysze z okolic niezimniczych ulegają w miejscowościach zimniczych natychmiast zakażeniu. Ciekawe też pod tym względem jest spostrzeżenie, że przybysze z okolic wyłącznie czwartaczką nawiedzanych, poprzednio zdrowi, dostawali w innych zimniczych okolicach trzeciaczki lub zimnicy podzwrotnikowej, z czego K. wnosi, że odporność nabyta wobec pewnej odmiany zimnicy nie chroni od zakażenia innemi jej odmianami. Wywody swoich przeciwników w sprawie istnienia nabytej odporności przeciwzimniczej stara się K. osłabić zarzutem, że nie opierają się oni na badaniu pierwotnych i nietkniętych ognisk zimniczych, ale na spostrzeżeniach, dotyczących zimnicy leczonej. „Jeżeliby“ — powiada K. — „zmniejszanie się częstości zimnicy u dorosłych zależało nie od odporności nabytej, lecz od pewnego rodzaju naturalnego doboru, jeżeliby nawet w myśl Glognera przebycie zimnicy stwarzało większą podatność ustroju dla dalszych schorzeń, toby (w obu wsiach z pierwotną zimnicą, nigdy nieleczoną, badanych przez Kocha) wszystkie dzieci wymrzeć musiały i ludność zupełnie zginąć, ponieważ wszystkie dzieci niżej lat 2 są zimnicą zakażone“ [zauważyć tu należy, że twierdzenie o zakażeniu wszystkich dzieci opiera K. na ogółem tylko sześciorgu dzieciach, badanych w jednej z owych wsi; w drugiej wsi zakażonych było już nie 100, ale 80% — a i tam badał K. tylko dziesięcioro dzieci. *Przyp. spr.*]. Jako jedyny sposób szybkiego i pewnego stwierdzenia endemii zimnicy uważa K. poszukiwanie pasorzytów we krwi dzieci danej miejscowości. W tym celu rozpościerał Koch w znany sposób warstewkę krwi, uzyskanej przez nakłócie opuszki palca, na szkiełku, suszył ją na powietrzu (jeżeli barwienie ma się odbyć po dłuższym czasie, trzeba pudełka ze szkiełkami szczelnie zamknąć w naczyniu z $CaCl_2$), ustalał w płomieniu i następnie w wyskoku bezwzględnym (20 min.), barwił błękitem metylowymboraksowym (5% boraksu, 2% błękitu) [wyrobu fabryk w Hoechst (Methylenblau medicinale)] rozcieńczonym, spłókując wodą preparat aż do zabarwienia zielonawoniebieskiego.

Ciekawe spostrzeżenia poczynił K. w owych dwóch wsiach N. Gwinei w przedmiocie powiększenia śledziony i tzw. charłactwa zimniczego (przyznając zresztą, że nie zawsze mógł śledzionę dostatecznie badać). Mianowicie u dzieci zimniczych poniżej ½ roku obrzęku śledziony nigdy nie napotykał, — u starszych zakażonych dzieci, zwłaszcza między 3—6 r. ż., był obrzęk bardzo znaczny, natomiast już u osobników, liczących 14—15 lat, tembardziej u dorosłych, nie mógł K. nigdy wykazać powiększenia śledziony. Tosamo odnosi się do charłactwa. Spotykając u dzieci nieraz wejrzenie charłacze, nie widywał go K. nigdy u dorosłych. Z tego wnosi K. opierając się na swojem twierdzeniu co do odporności (zwalczanem, jak wspomniano powyżej. *P. Spr.*), że w miarę nabywania jej znikać mogą zarówno obrzęk śledziony, jak niedokrewność, charłactwo i inne objawy zimnicy nawet bez wszelkiego leczenia.

Sprawozdanie z innych zdobyczy wyprawy zapowiada K. w dalszych artykułach. *Ciechanowski.*

Klebs. **W sprawie przyczynowego leczenia gruźlicy.** (*Münch med. Wochs.* 1900. Nr. 49). Nie zapoznając znaczenia uzdrowisk dla suchotników i dążeń do poprawy ogólnych higienicznych sto-

sunków w zwalczaniu gruźlicy, sądzi jednakże Klebs, że środki te nie powinny przytłumić dawniejszego ruchu w kierunku wynalezienia swoistego przyczynowego leczenia. Klebs utrzymuje, że takim środkiem swoistym, przyczynowym, są dwa wynalezione przez niego przetwory: *tuberculocidinum i antiphtisinum.* Są to substancye antytoksyczne i bakteryobój, wydzielone z hodowli prątków gruźliczych, a tem różniące się od prostych wyciągów, jak np. tuberkulina, że nie zawierają toksyn. Ta obecność toksyn była główną wadą tuberkuliny i pokrewnych przetworów: Klebs wierzy, że leczenie tuberkuliną, jako zawierającą prócz toksyn także i obie, wydzielone przez niego antytoksyny, byłoby skuteczne, gdyby mogło być dostatecznie długo stósowane; temu jednak przeszkadza właśnie obecność toksyn w tuberkulinie, wywierających przy dłuższem jej stósowaniu na ustrój wpływ bardzo szkodliwy. Od swoistego środka przeciwgruźliczego należy wymagać, aby leczył najcięższe nawet zakażenie doświadczalne, za jakie uważa K. zakażenia, wywołane u morskich świnek, ważących 500 grm., zapomocą 0·1 świeżej jadowitej hodowli prątków; otóż zapomocą swoich przetworów zdołał Klebs, jak utrzymuje, świnki tak zakażone nietylko przez 152 dni utrzymać przy życiu, ale nawet u jednej z nich nie znalazł zupełnie już zmian gruźliczych, tylko w miejscu ich wszędzie blizny. Również można, zdaniem K., wykazać doświadczalnie, że działanie toksyczne tuberkuliny zostaje zobojętnione przez TC. (tuberkulocidynę). Jady, wytwarzane przez prątki gruźlicze, należą do obniżających ciepłotę ciała (podobnie, jak jady prątków cholerycznych, a przeciwnie, niż jady błonicze i durowe). Otóż na białych szczurach wykazał Klebs, że TC i AP (*antiphtisinum*) podnoszą ciepłotę, obniżoną przez działanie jadów, zawartych w tuberkulinie. Właśnie zaś zatruciu jadami (toksynami) gruźliczymi przypisuje K. najpoważniejszą bodaj rolę wśród skutków szkodliwych prątka gruźliczego, tem więcej, że jady te posiadają własność działania zbiooowego (kumulatywnego), któremu przeciwdziałać potrafi TC. Zapomocą TC u ludzi zdołał K., jak podaje, osiągnąć 60% wyleczeń (na 60 przypadków), nie licząc dalszych 18% polepszeń: są to wyniki, równe, a może lepsze od wyników leczenia w Davos (Egger podaje 60·4% wyleczeń łącznie z polepszeniami), a wszak K. nie mógł, jak twierdzi, dobierać odpowiednich przypadków na wzór Davos, lecz musiał leczyć wszystkich zgłaszających się. Ważniejszym niż % wyleczeń, jest % trwałych wyników; po leczeniu klimatycznem po jakimś czasie sprawa chorobowa znów się pogarsza; po swojem leczeniu zaś miał Klebs spostrzegać 10 przypadków (7 w Ameryce, 3 w Europie) w których polepszenie utrzymywało się 6—10 lat. Natomiast jako niegdyś kierownik oddziału suchotników w Pradze przekonał się Klebs, próbując najróżniejszych środków, że bez środka swoistego o jakichś trwalszych wynikach leczenia myśleć nie można,

Podstawą swoistego leczenia jest — oprócz możliwości wyleczenia danym sposobem najcięższych doświadczalnych — zakażeń zasada, że wyników dobrych można oczekiwać tylko w tej jedynej chorobie, którą wywołuje swoisty zarazek choroby. Oczywiście więc nie można oczekiwać dobrych wyników w sprawach powikłanych, w zakażeniach mięszanych, towarzyszących gruźlicy. Stąd najpodatniejszym materyałem w leczeniu będą te najczystsze postacie gruźlicy, które noszą nazwę zołzów. (Za ważną kliniczną cechę, świadczącą, że powiększenie zołzowych gruczołów jest przyrody gruźliczej, uważa K. ich bolesność za uciskiem). Stąd też koniecznie starać się należy przed leczeniem swoistem usunąć powikłania, co jednak nie zawsze da się wykonać.

Co do sposobu stósowania swoich środków, to zauważa Klebs, że równie skutecznym, jak wstrzykiwanie podskórne, a łagodniejszym sposobem okazało się podawanie TC na wewnątrz (w zwykłej wodzie), w danym razie do odbytnicy (u dzieci). Zewnętrzne stósowanie obok wewnętrznego ma leczyć zmiany skórne (tuberkulidy); również lokalnie należy stósować TC w gruźlicy chirurgicznej, usuwając ogniska serowate (nie ulegające pod wpływem TC nigdy wessaniu) drogą krwawą a wobec jam w płucach wykonując pneumotomię. *C.*

Hirsch i Beck (Lipsk). **Sposób określania wewnętrznego tarcia krwi krążącej u człowieka.** (*Münch. med. Wochsch.* 1900 Nr. 49). Pomijając opis przyrządu, obmyślonego przez autorów dla określenia wewnętrznego tarcia krwi krążącej na wzór przyrządu Ostwalda do oznaczenia współczynnika wewnętrznego tarcia cieczy, zasługuje na uwagę cel, dla którego autorowie przyrząd swój obmyślili (wyniki badań swym przyrządem mają autorowie podać wkrótce). Mianowicie dawniej już jeden z autorów (Hirsch *Dts. Arch f. kl. Med.* T. 68, 1900) wykazywał, że w większości przypadków przewlekłych zmian w nerkach powstaje przerost nietylko lewej, ale obu połów serca. Wobec tego żadne z podanych dotąd tłomaczeń przerostu serca w tych chorobach nerek nie mogło autorów zadowolnić, ponieważ wszystkie odnoszą się wyłącznie do przerostu samej tylko lewej komórki serca; należało zaś przypuścić, że w tych razach zwiększają się opory nietylko w dużem, ale w całem krążeniu. Zwiększenie oporów może zaś zależeć albo od zachowania się samych naczyń, albo od wewnętrznego tarcia, lepkości (*viscositas*) cieczy w nich krążącej. Pierwszą z tych możliwości należy odrzucić, i to zarówno co do czynnościowych (przypuszczalny stały kurcz błony mięsnej), jak i anatomicznych jej powodów, jak to Hirsch w wspomnianej pracy wykazywał. Pozostaje więc druga możliwość: zwiększenie się tarcia wewnętrznego krwi, jako przyczyna wzrostu oporów w przypadkach zmian przewlekłych nerek. To zwiększenie się tarcia wewnętrznego spodziewają się autorowie bezpośrednio wykazać swoim przyrządem. *C.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 58.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego i z posiedzenia nadzw. odczytano i przyjęto.

Przewodniczący przedstawia gościa kol. Zakrzewskiego z Aleppu.

II. Kol. Kadyj w imieniu Towarzystwa im. Kopernika zaprasza członków Tow. lek. lwow. na najbliższe posiedzenie tego Towarzystwa przyrodniczego.

III. Kol. A. Gluziński wygłosił odczyt „O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka.“ (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Wechsler, Wiczkowski, Ziembicki, prelegent i Rencki.

Kol. Rencki: Obok braku wolnego HCl w treści żołądka, dotkniętego nowotworem, podnoszono, jako ważny objaw rozpoznawczy, obecność kwasu mlekowego, a Boas uważał go nawet pierwotnie za pewną oznakę raka. Dalsze badania wykazały, że kw. mlekowy zjawia się w późniejszym okresie choroby, a nadto wykazywano go w innych cierpieniach żołądka (Strauss, Hammerschlag). — Obserwując przypadki nowotworu żołądka na tle wrzodu okrągłego w odźwierniku, przebiegające z obecnością, a nawet nadmiarem (na czczo) woln. HCl. mogłem się przekonać, jak ten HCl powoli znikał z treści żołądkowej, a długo jeszcze (2—3 tygodnie) nie można było wykazać śladu kw. mlekowego. Wreszcie pojawił się kwas mlekowy w coraz większej ilości, a znikał zupełnie wolny HCl. Ztąd też uwzględnienie zachowania się wolnego HCl w żołądku, w myśl uwag prof. Gluzińskiego, ma daleko ważniejsze dla nas znaczenie rozpoznawcze, niż obecność kw. mlekowego. Natomiast możnaby wyzyskać to późne pojawienie się kw. mlekowego w celu prognostycznym. Te przypadki raka odźwiernika na tle wrzodu okrągłego — a te właśnie najwcześniej rozpoznać się dają, — w których stwierdzamy jeszcze obecność wolnego HCl, a może i w okresie, gdzie zniknął już wolny HCl, a niema jeszcze kw. mlekowego, — mogą się nadawać do wycięcia odźwiernika. Przypadki zaś, w których stwierdzimy kw. mlekowy, choćby jeszcze obok niego ślad w. HCl dawał się wykazać, jako już spóźnione, nie nadają się do leczenia doszczętnego, pomimo pozornie nawet bardzo korzystnych warunków dla samej operacyi, gdyż spodziewać się należy i po wycięciu nowotworu nawrotu choroby i przerzutów w gruczołach, których wśród operacyi stwierdzić nie możemy. Za tem zapatrywaniem przemawia przypadek, spostrzegany w klinice lekarskiej lwowskiej, w którym rozpoznano u osoby względnie młodej (lat 39) nowotwór odźwiernika przy obecności w. HCl w treści żołądka, obok kwasu mlekowego. Wśród operacyi stwierdzono w odźwierniku guzek wielkości orzecha laskowego, a w gruczołach przerzutów nie wykazano. W rok po operacyi chora zmarła wśród objawów raka żołądka. Czy zapatrywanie moje na znaczenie kwasu mlekowego jest słuszne, rozstrzygną spostrzeżenia chirurgów, których uwagę na powyższe szczegóły pragnąłbym zwrócić. Gdyby się można kierować wśród operacyi, przy innych korzystnych warunkach, brakiem lub obecnością kwasu mlekowego, miałby chirurg bardzo ułatwione zadanie, gdyż wybór między wycięciem odźwiernika a gastroenterostomią stawałby się jasnym.

Podnoszę tem skrzętniej to prognostyczne znaczenie kw. mle-

kowego, gdyż z tej strony nie uwzględniono dotąd dostatecznie pojawiania się kw. mlekowego w przebiegu raka żołądka — (Streszczenie własne).

IV. Kol. Hojnacki: O guzach łożyskowych z demonstracyą preparatów.

Prelegent przedstawia rzadki okaz włókniaków łożyska. Łożysko ważące 1150 grm. pochodzi z pierwiastki, 26 lat liczącej, która po upływie 10 miesięcy księżycowych ciąży urodziła zdrową córkę, ważącą 2500 grm. Przebieg ciąży był prawidłowy, nie przebywała żadnych chorób; kiła i zapalenie nerek wykluczone. Guzów w łożysku było 5, 4 wielkości mniej więcej orzecha włoskiego, piąty dużego jabłka. — Wszystkie otoczone miąższem łożyska w całości, ostro odgraniczone, posiadały rodzaj otoczki i wypukłały powierzchnię płodową. Zbitość ich twarda, barwa białawo-żółtawa, jednego z jądrem czerwonem. Badanie mikroskopowe dało obraz włókniaków, miejscami silnie unaczynionych, z niewielką domieszką komórek mięśni gładkich.

Oprócz tych pięciu guzów badanie wykazało częste zawały białe o typowych własnościach, umiejscowione przy obwodzie łożyska i na jego matczynej powierzchni. Po za tem wszędzie zmiany mniejszego lub większego zwyrodnienia i zaniku utkania łożyskowego, obok uderzającego zgrubienia ścian naczyń i rozrostu tkanki łącznej, prawdziwej „fibrosis" kosmków.

W dalszym ciągu zestawia prelegent 40 zebranych z całego piśmiennictwa guzów łożyska, oraz przechodzi liczne teorye powstawania zmian patologicznych łożyska, zastrzegając sobie wypowiedzenie własnych zapatrywań w obszerniejszej pracy, która wkrótce drukiem ogłoszona będzie. (Sprawozdanie własne).

J. Krzyszkowski, sekretarz.

V. O brakach w ustawie sanitarnej odnośnie do instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych. *(Ust. z dnia 2 lutego 1891, Dz. u. kr. l. 17, Rozp. Wyk. Dz. u. kr. l. 82).*

Sic vos non vobis...

Niejednokrotnie słyszeć można zdanie, że organizacya okręgów sanitarnych nie spełniła pokładanej w niej nadziei. Jakkolwiek w rzeczywistości okręgi te po niedługim jeszcze istnieniu przyniosły dla ludności wprost nieobliczalne korzyści, dzięki jedynie osobistym zaletom stanu lekarskiego, to jednak w powyżej przytoczonym zarzucie mieści się niestety wiele prawdy.

Gdzie szukać zatem przyczyny tej mniej wybitnej działalności organizacyi okręgów sanitarnych? czy w samej ustawie (Ust. z dnia 2 lutego 1891 Dz. u. kr. l. 17. — Rozp. Wyk. Dz. u. kr. l. 82), czy też może po stronie lekarzy okręgowych, lub może w brakach w ustawach sanitarnych wogóle?

Instrukcya służbowa do ustawy o okręgach sanitarnych (Dz. u. kr. l. 82) w literach **a** do **z** określa tak szczegółowo obowiązki lekarzy okręgowych, że chyba dodać coś więcej do niej, posługując się zgłoskami innego alfabetu, niepodobna. Okręgi sanitarne są obsadzone (lub być powinny) drogą konkursów możliwie najlepszemi siłami; trudno zatem przypuścić, aby wszystkie z tych najlepszych sił były tak nieudolne, że działalność ich okazała się w skutkach jałową, Pozostaje zatem trzecie przypuszczenie do rozważenia, czy przypadkiem przyczyną w tym razie nie są braki w ustawach sanitarnych, czyli innemi słowy: czy przypadkiem, nakładając na lekarzy okręgowych bardzo szczegółowe obowiązki, nie zapomniano równocześnie o bardzo szczegółowych środkach do spełnienia tych obowiązków.

Nad tymi brakami, — jeżeli i o ile one istnieją. — wypadnie nam się zastanowić.

W myśl instrukcyi służbowej *(lit. s)*, lekarz okręgowy obowiązany jest: „interweniować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej" i. .. „nie ograniczać swej czynności tylko do zadań sanitarno-policyjnych, lecz nieść czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zaraźliwą", co przetłómaczone na codzienny język znaczy, że należy obok zarządzeń w celu zapobiegnięcia rozwleczeniu się choroby nagminnej, przepisać chorym leki. *Hic Rhodus — hic salta.* Na podpis lekarza okręgowego żadna apteka bezpłatnie (na koszt państwa) chorym leków nie wyda, bo ten do tego nie ma prawa, a funduszów krajowych, powiatowych, lub nawet gminnych na leki dla chorych ubogich niema. *Litera k)* instrukcyi służbowej nakłada wprawdzie obowiązek na lekarzy okręgowych stosować się przy zapisywaniu leków na koszt gminy do t. zw. „normy ordynacyjnej" — nie daje jednak środków. i sposobności do spełniania tego obowiązku. Gmina bowiem pokryć kosztów aptecznych z własnych funduszów nie bardzo może, a bardzo nie chce. Zanim wójt zdecydowałby się lub mógł pokryć koszta leczenia z funduszów gminnych, — chory, o ile nie jest krewnym wójta, miałby czas dziesięć razy umrzeć.

A przecież chodzi tu o pewien wpływ moralny, który wywierać powinien lekarz na chorego i otoczenie. Wpływ ten lekarski ma szerzyć między ludem światło, postęp wiedzy, pociechę dla chorego i ufność w pomoc lekarską, i, — co za tem idzie, zaufanie do poleceń sanitarnych, zmierzających do stłumienia chorób nagminnych; wpływ ten wyrugować powinien partaczy znachorów, w których nasz biedny kraj także obfituje. Bo epidemię stłumić możemy najskuteczniej tylko zaufaniem ludzi do poleceń lekarskich, zaufaniem, którego nie zastąpią najostrzej sformułowane przepisy drakońskie, i zmuszanie do ich wykonania.

Ten cały wpływ moralny, który lekarz okręgowy w Galicyi mógłby wywrzeć, redukuje się w rzeczywistości w czasie panowania chorób nagminnych do zera. Chory na chorobę nagminną nie poszle po lekarstwa, za które ma płacić, a które mu lekarz okręgowy, wezwany n. p. przez zwierzchność gminną przepisze, — gdyż albo chorego na to nie stać, albo też jest przekonany, że lekarz okręgowy postępuje nieprawidłowo; gdyż lud przyzwyczaił się już do tego, że za leki, zapisywane przy t. zw. komisyach, ubodzy nie płacą. Zamiast więc zaufania wytwarza się przeciwnie lekceważenie i brak ufności do poleceń lekarza okręgowego, a potęguje się to tem więcej, jeżeli władza (jak to, niestety, zwykle się dzieje), deleguje c. k. lekarza powiatowego do dalszego tłumienia wykrytej przez lekarza okręgowego epidemii. Aby pozyskać zaufanie ludu niejednokrotnie więc się zdarza, że, gdy wójt o chorobie nagminnej doniesie, lekarz okręgowy z własnych funduszów lekarstw dostarcza, gdyż nie ma prawa (przeciwnie, niż c. k. lekarz powiatowy) zapisać leków dla chorego na koszt państwa.

W ogólności *lit. s)*, podobnie jak wiele innych liter instrukcyi służbowej, zakrawa wobec braku środków wykonawczych, ustawowo określonych, na jakąś gorzką ironię, tem smutniejszą, że chodzi tu przecież o zdrowie ludu.

A środki zaradcze?

Kraj, który wydał ustawę, określającą tak (mówię to bez ironii), niezaprzeczenie pięknie i szczytnie obowiązki lekarzy okręgowych, — winien być powołany w pierwszym rzędzie do zaradzenia złemu, do dostarczenia środków, aby te obowiązki mogły być spełniane. Jak zadaniem lekarzy okręgowych jest zapobiegać epidemiom *(lit. s)*, i bezpłatnie leczyć chorych ubogich *(lit. i instr. służb.)*, tak zadaniem kraju jest obmyśleć środki, aby wydane przez niego ustawy mogły być stosowane w rzeczywistości, gdyż inaczej „interwencya wczesna i roztropna" lekarzy okręgowych przy chorobach nagminnych pozostanie na cierpliwym papierze tak długo, jak długo ubodzy, przynajmniej chorzy na choroby nagminne, nie będą mogli otrzymywać leków bezpłatnie. Innemi słowy: należy przeprowadzić ustawę, aby lekarze okręgowi mieli prawo już przy pierwszym przyjeździe, przedsięwziętym na wiadomość o epidemii prawo zapisywać, leki dla ubogich chorych na koszt państwa, a w tym celu Wydział krajowy przeprowadzić winien rokowania z c. k. Rządem.

Podkreślamy: „na koszt państwa". Podkreślenie

to, czy jest czemś więcej nad zwykłem *pium desiderium* okaże się, jeżeli wytrzyma krzyżową próbę słuszności i prawa.

Co do słuszności, to chodzi tu przecież o zdrowie tych najbiedniejszych i przez los wydziedziczonych, a nie widzimy przyczyny, dla którejby mieli być wydziedziczeni także przez ustawodawstwo W takim bowiem razie:

Strach-by było z tego siewu żąć żniwo
Bo byłyby kłosy krwawe....

(M. Konopnicka).

Co do prawa, to dekret kancelaryi nadw. z 27 lutego 1806, l. 2156 (Gub. l. 9594 z 1806) w punkcie 9) wyraźnie określa, że „ubodzy otrzymują wszędzie lekarstwa bezpłatnie“. Ktoś jednak koszt tych lekarstw ponieść musi Kto zatem? Czy gmina? Odnośnie do instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych — teoretycznie nie gmina ma ponosić koszta leczenia ubogiego, albowiem „ponosi je z tytułu zaopatrzenia ubogich tylko wtedy, jeżeli go lekarz wskutek polecenia c. k. starostwa lub gminy obejmie w kuracyę“. (Orzecz. min. spr. wewn. z 18 listopada 1866, l. 17.554), według zaś instrukcyi służbowej *(lit. s)*, lekarz okręgowy obowiązany jest zapobiegać epidemiom, otrzymawszy wiadomość (niekoniecznie od zwierzchności gminnej) o chorobie zaraźliwej, przyczem o tem, aby leczenie miało być na koszt gminy, niema (słusznie) mowy. Zawiadomienia zresztą przez zwierzchność gminną nie można uważać za polecenie do leczenia na koszt gminy. C. k. starostwo zaś, gdyby nawet chciało w myśl powyżej przytoczonego orzeczenia polecić leczenie ubogiego chorego na koszt gminy, to nie może, gdyż o pierwszych przypadkach epidemicznych, które najczęściej sam lekarz okręgowy wykrywa, jeszcze nie wie.

Gdy teoretycznie, t. j. w myśl obowiązujących ustaw, leczyć na koszt gminy ubogich, chorych na choroby zaraźliwe, nie można, to praktycznie tembardziej jest to rzeczą niemożebną. Jeżeli bowiem gdzie nawet istnieje w budżecie gminnym fundusz „na leczenie ubogich“, to przy znanej gospodarce bywa on na wszystko inne wyczerpywany, tylko nie na leczenie ubogich, a w kasach gminnych, — pożal się Boże, — wiecznie pustki.

Gdyby nawet przeprowadzić się dało niesłuszną ustawę, że powziąwszy wiadomość, lub stwierdziwszy osobiście chorobę zaraźliwą, lekarz okręgowy może leczyć ubogiego chorego na koszt gminy, to zastosowanie praktyczne takiej ustawy zraziłoby zwierzchności gminne, które odtąd taiłyby bardziej jeszcze, niż to czynią obecnie, wybuch epidemii.

Kto jednak wydał to prawo, że „ubodzy otrzymują wszędzie *(sic!)* lekarstwa bezpłatnie“, ten powinien ponosić koszta apteczne, a więc c. k. Rząd.

Jeżeli lekarz okręgowy będzie miał prawo zapisywać na koszt państwa leki dla ubogich chorych już przy pierwszych, stwierdzonych przez siebie, przypadkach epidemicznych, korzyść będzie obopólna: dla chorych i dla c k. Rządu, któremu przecież na tem zależeć powinno, aby tłumienie epidemij odbywało się najrychlej, a więc najtaniej, bo gdy epidemia, z powodu braku środków, rozwlecze się po całej gminie, to tłumienie jej drożej przecież wypadnie.

Kto do tłumienia epidemij w okręgach sanitarnych delegowanym być powinien? Okólnik c. k. Namiestnictwa z 20/7 877 l. 36141 uważa za „pożądane, aby leczenie chorych, zapadłych na chorobę nagminną, poruczano li lekarzowi powiatowemu“. Nie znosząc przytoczonego okólnika, dwa inne, później wydane, rozporządzenia Reskr. min. spr. wewn. z 7/3 887 l. 3098 — ok. Nam. z 16/4 887 l. 15,388 w punkcie 5) i Okóln. Nam. z 13/6 889 l. 38.336 punkt 4) określają, że w danym razie: „należy delegować na koszt Skarbu Państwa najbliżej mieszkającego lekarza“.

To najdawniejsze (z r. 1877) rozporządzenie bywa w wielu powiatach przestrzegane z mniej korzystną dla skarbu państwa gorliwością.

Przez zastosowanie jednak dwóch później wydanych rozporządzeń c. k. Rząd zyskałby na tem, że epidemia, tłumiona przez najbliższego lekarza, a więc w okręgach sanitarnych lekarza okręgowego, taniej by kosztowała (t. zw. kilometrowe!) Nadto lekarz okręgowy, jako najbliższy, a przez ciągłe objazdy najdokładniej znający stosunki sanitarne swego okręgu i przesądy ludu, skuteczniej mógłby w wielu razach działać, niż lekarz dalej mieszkający, a tem samem i budzić zaufanie ludu do wzywania pomocy lekarskiej.

Przy obecnych stosunkach wykrycie epidemii jest, że się tak wyrażę, przeciwne interesowi materyalnemu lekarza okręgowego, gdyż niejednokrotnie musi on z obowiązku ludzkości ponosić koszta apteczne dla ubogich chorych, a po wykryciu przez niego epidemii, władza dalsze dojazdy powierza c. k. lekarzowi powiatowemu, przez co lekarz okręgowy pozbawiony jest pewnej rekompensaty, jako zwrot kosztów komisyjnych. Gdyby tłumienie chorób nagminnych w okręgach sanitarnych poruczano z reguły lekarzowi okręgowemu, czyli gdyby interes materyalny lekarza okręgowego był niejako związany z epidemiami, przyczyniłoby się to może nieraz do wczesnego wykrycia, a więc i rychlejszego stłumienia epidemii, przez co znów skarb państwa ponosiłby mniejsze koszta.

Okólnik Namiest. z 13/6 1889 l 38.337 określa, że tłumienie chorób nagminnych powinno być powierzane „najbliższemu lekarzowi, jeżeli ten za jakieś przekroczenie nie został wykluczony od czynności sanitarno-policyjnych“. Lekarze okręgowi, mimo że co do takich przekroczeń mają czyste sumienie, są w większości powiatów stale pomijani przy wyznaczaniu t. zw. komisyj w okręgach sanitarnych. Czyżby władza uważała już to za przekroczenie, jeżli ktoś jest lekarzem okręgowym? Należałoby ustawowo określić, aby c. k. Starostwa, w razie niedelegowania lekarza okręgowego do tłumienia epidemii w okręgu sanitarnym, uzasadniały przyczynę w każdym poszczególnym przypadku, to możebyśmy się dowiedzieli, czy i jaka przeszkoda istnieje do delegowania lekarzy okręgowych, a to dlatego, abyśmy ją mogli usunąć na przyszłość, na czem skarb państwa znów skorzysta.

Zamknięcie szkoły ludowej w razie epidemii, w myśl okólnika Nam. z 13/3 1896 l. 38.739, należy jedynie do c. k. lekarza powiatowego.

Jeżeli lekarz okręgowy będzie wzywany w rzeczywistości do tłumienia epidemii w okręgu sanitarnym, a nie tylko na papierze w Instrukcyi służbowej *(lit. u)*, to może zajść okoliczność, że szkołę ludową, jako rozsadnik zarazy, zamknąć natychmiast uzna za potrzebne. Zanim bowiem c. k. lekarz powiatowy przybędzie, choroba nagminna za pośrednictwem szkoły może się po całej gminie rozszerzyć, przez co znów skarb państwa na tłumienie rozleglejszej epidemii większe poniesie koszta. Prawo zamknięcia szkoły w danym razie powinno również przysługiwać lekarzom okręgowym w tym stopniu jak i c. k. lekarzom powiatowym; trudno bowiem zrozumieć, dlaczegoby w autonomicznym zarządzie pozostającą szkołę i funduszami autonomicznymi utrzymywaną miał prawo zamknąć tylko lekarz rządowy a nie posiadał tego prawa lekarz, będący w autonomicznej służbie.

Po doniesieniu przez lekarza okręgowego o epidemii, powstałej w okręgu, powinny być najdalej do 8 dni od daty doniesienia zarządzone przez władzę dalsze dojazdy lekarza okręgowego, względnie dojazd sprawdzający c. k. lekarza powiatowego, a to w celu wczesnego zapobieżenia rozwleczeniu się choroby nagminnej. W razie, jeżeli c. k. starostwo nie zarządza z jakichkolwiek przyczyn (zbyt mała ilość chorych itp.) dalszych dojazdów lekarskich w okręgu sanitarnym, powinien być o tem lekarz okręgowy przez c. k. starostwo uwiadomiony. Lekarz okręgowy, jako gospodarz sani-

tarny w swoim okręgu, powinien przecież wiedzieć, jakie władza poweźmie postanowienie w jego obszarze działania.

Według Instrukcyi służbowej *lit. c) r) v)* lekarz okręgowy obowiązany jest wydawać opinię ze stanowiska sanitarnego przy budowie, względnie urządzeniu, studni, szkół, fabryk, lokali publicznych i wielu innych rzeczach. W rzeczywistości jednak nikt nigdy o opinię nie pyta a nawet ustawa budowlana, wydana dla wsi i pomniejszych miast i miasteczek (z 13 października 1899 Dz. u. kr. Nr. 133), zwykłych, niestety, „siedzib urzędowych" lekarzy okręgowych, zapomniała o nich, tak, jakgdyby ich wcale nie było.

To co już istnieje (np. wadliwie urządzona rzeźnia etc), tego zmienić często już się nie opłaci, a czasem i niepodobna. Ale przy powstawaniu tego, co jeszcze nie istnieje, lekarz okręgowy mógłby postawić pewne wymagania, a właściciel, któremu o otwarcie zakładu przemysłowego idzie, chętnie zgodziłby się na poczynienie pewnych, stosownie do postępów higieny, ulepszeń, od których otwarcie tego zakładu lekarz okręgowy uczyniłby zawisłem.

Postęp uzdrowotnienia kraju wymaga więc, aby przynajmniej to, co nowo powstaje, było należycie urządzone, a takiem może być tylko wtedy, gdy nad nowemi urządzeniami czuwać będzie dozór lekarski.

Jeżeli zważymy, że wspomniana ustawa budowlana (z 13 października 1899) bardzo ściśle określa sprawy tu należące, przyznając obszerne prawa zwierzchnościom gminnym, to tem więcej wpływ lekarzy okręgowych na asanacyę kraju mógłby się okazać dobroczynny, gdyby prawa, przyznane w tej ustawie przeważnie analfabetycznym wójtom, choć w części przysługiwały lekarzom okręgowym.

Podług § 14 Ustawy z dnia 2 lutego 1891 nie wolno lekarzowi okręgowemu żądać, ani przyjmować wynagrodzenia od stron za wykonanie czynności, wchodzących w zakres gminnej służby zdrowia. Łatwo tu jednak można odróżnić sprawy publiczne od prywatnych. Te wszystkie instytucye, względnie zakłady publiczne itd., które zostają pod własnym zarządem gminy, powiatu lub kraju (np. szkoły, cmentarze), te wszystkie wymagać powinny przed swem otwarciem bezpłatnej opinii lekarza okręgowego. Wszystkie inne zakłady, powstające z inicyatywy prywatnej i pozostające w prywatnym zarządzie (a więc np. gorzelnie, browary, jatki, sklepy korzenne, karczmy, mleczarnie, golarnie, tandety etc) powinny przed otwarciem, względnie rozszerzeniem istniejącego już przemysłu, uzyskać świadectwo kwalifikacyjne, wystawione przez lekarza okręgowego, jednak za wynagrodzeniem od stron, zastosowanem do rozległości przemysłu i oddalenia od miejsca stałego zamieszkania lekarza okręgowego.

Streszczając to wszystko w formę wniosków sądzę, że należy uzupełnić dotychczasowe ustawy w następującym kierunku: *) *h)* Aby lekarze okręgowi już przy pierwszym dojeździe na wiadomość o epidemii, lub gdy sami wykryją epidemiczne przypadki, mieli prawo, wprzód nim władza polityczna powiatowa wydeleguje lekarza dla tłumienia epidemii, zapisywać leki dla chorych ubogich w swoim okręgu na koszt państwa, w którym to celu Wydział krajowy przeprowadzi rokowania z c. k. Rządem.

i) Aby c. k. Starostwa przestrzegały postanowień, zawartych w reskrypcie Ministerstwa spraw. wewn. z 7 marca 1887 l. 3098 (okólnik Nam. z dn. 16 kwietnia 1887 l. 15398 punkt 5 i w okólniku c. k. Nam. z dn. 13 czerwca 1889 l. 38.347 punkt 4). co do delegowania do tłumienia epidemii lekarza najbliższego, a więc okręgowego. Wśród tego jeden dojazd c. k. lekarza powiatowego ma być w zwykłych warunkach wystarczający. W razie zaś niedelegowania lekarza okręgowego ma c. k. Starostwo uzasadnić przyczynę w każdym poszczególnym przypadku.

*) Zgłoski porządkowe podano tak, jak następują w sprawozdaniu I Zjazdu lekarzy okręgowych we Lwowie 10 listopada 1900 r., umieszczonem w Nrze 48 »Przeglądu Lekarskiedo« z r. 1900, na str. 700.

j) Aby prawo zamknięcia i otwarcia szkoły ludowej, w razie epidemii, przysługiwało lekarzom okręgowym w tym samym stopniu, jak c. k. lekarzom powiatowym, ze względu na szybkie zapobieganie epidemii.

k) Aby dojazdy na epidemie i szczepienie z konieczności były przez lekarza okręgowego dokonywane, zawsze za poborem należytości ustawowo zastrzeżonych i dotychczas przyjętych.

Aby po doniesieniu przez lekarza okręgowego o epidemii w okręgu — zarządzone przez c. k. Starostwo najdalej do 8 dni od daty doniesienia były dalsze dojazdy lekarza okręgowego, względnie dojazd sprawdzający c. k. lekarza powiatowego. W razie jeżeli c. k. Starostwo dalszych dojazdów lekarskich w okręgu sanitarnym nie zarządza z jakichkolwiek przyczyn, powinien o tem być lekarz okręgowy przez c. k. Starostwo zawiadomiony z podaniem przyczyny.

l) Aby w celu postępu w uzdrowotnieniu kraju w myśl instr. służb. do ustawy z dn. 2 lutego 1891 Dz. u. kr. l. 82 lit. c) r) v) przy otwieraniu nowych lub rozszerzaniu już istniejących zakładów przemysłowych, handlowych, toż samo przy kwalifikacyi do zamieszkań świeżo wybudowanych domów, wyborze miejsc na wykopanie studni etc. — władza, przed wydaniem konsensu, zapytywała zawsze o opinię lekarza okręgowego. a to tem więcej, że co do studni istnieje nie wszędzie dotychczas przestrzegany reskrypt c. k. Ministerstwa spr. wewn. z 25 stycznia 1898 l. 1813 (c. k. Nam. z 14 lutego 1898 l. 10216). Opinia ta, o ile instytucya, względnie przemysł, nie znajduje się w zarządzie władz autonomicznych, a więc gminy, powiatu, lub kraju, ma być wydawana przez lekarzy okręgowych za stosownem wynagrodzeniem, odpowiednio do rozmiarów przemysłu i odległości od miejsca stałej siedziby lekarza okręgowego

W ten sposób uzupełnione ustawy sanitarne mogą, sądzimy, mieć ten skutek, że zgłoski instrukcyi służbowej przestaną być literami martwemi, a działalność lekarzy okręgowych przyniesie istotną korzyść dla kraju i lepszą zbuduje przyszłość. *Dr. Erg.*

VI. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

Posiedzenia Sekcyi dermatologicznej, w której uczestniczyło około 350 członków. odbywały się w gmachu szkoły im. Laillera, należącej do szpitala św. Ludwika. Za staraniem Komitetu urządzającego odbyło się w salkach tej szkoły przeszło 400 przedstawień chorych, przywiezionych z różnych stron świata przez członków Zjazdu, obok szczegółowych rozpraw nad pewnemi grupami przypadków. Podobnie odbywały się demonstracye drobnowidowe pod kierunkiem Dra Dariera w osobnej sali, gdzie ustawiono dla tego celu 40 drobnowidów i gdzie obok tego można było pokazać obrazy drobnowidowe przyrządem projekcyjnym. Tutaj była również wystawa okazów anatomicznych, hodowli drobnoustrojów i grzybków, rysunków, akwarel, fotografij, wreszcie odcisków (moulages), tak wiernie oddających choroby skórne. W tym ostatnim dziale berło trzyma jeszcze zawsze Barella (Paryż), obok niego Frèche (Bordeaux), dalej Kroener (Wrocław) i Herming (Wiedeń).

Rozprawy o pasorzytniczem pochodzeniu wyprysku.

Unna (Hamburg) głosił dotychczas, że wyprysk jest chorobą pasorzytniczą, polegającą na zakażeniu ziarniakami swoistymi (*morococcus* Unna). Obecnie odstąpił o tyle od swej teoryi, że te ostatnie uważa za cechujące tylko co do postaci, w której drobnoustroje w wyprysku zawsze się pojawiają. Przy swych badaniach bakteryologicznych bowiem znalazł dwa typy koków, które wedle niego są rzeczywistą przyczyną wyprysku guzkowo-pęcherzykowego. Stwierdza więc tem samem, że wyprysk jest chorobą wyraźnie drobnoustrojową, zakaźną i przenośną. Przeszczepieniami znalezionych drobnoustrojów wywołał u psa pięć cech anatomicznych wyprysku, t. j. nieprawi-

dłowe rogowacenie *(parakeratosis)*, tworzenie się pęcherzyków o treści surowiczej, zgrubienie warstw kolczastych naskórka *(acanthosis)*, rozwój komórek tkanki łącznej około naczyń i wreszcie drobnoustroje w pęcherzykach i strupach. Te drobnoustroje, przeszczepione na skórę człowieka spowodowały po dwu dniach guzki i pęcherzyki z cieczą surowiczą, swędzące, rozszerzające się i na otoczenie miejsca szczepienia. Badanie drobnowidowe różnych koków przy pomocy swych metod barwienia doprowadziły Unnę do znalezienia podstawy podziału koków, którego dotychczas nie ma; podział ten przeprowadza U. na podstawie obrazu i stosunku wzajemnego w czasie rozradzania ziarn starszych i młodszych, które wzrastają aż do dojrzałości w tej samej osłonce. Pierwszą gromadę zatem stanowią te koki, które tworzą przy rozradzaniu się ziarna pojedyncze (monady), drugą - dwoinki *(diplococcus)*, trzecią, czworaki *(tetrades)*, czwartą i piątą — sarcyny.

Kaposi (Wiedeń) nie odróżnia zapalenia skóry od wyprysku i twierdzi:, „gdy się drażni powłoki skórne jakimś czynnikiem fizycznym, czy chemicznym z odpowiednią siłą i stosowny przeciąg czasu, powstanie zawsze na pewno u każdego osobnika wyprysk". Z tego ogólnego pojęcia wyklucza tylko t. zw. „eczema marginatum", polegające na działaniu grzybków, i wyprysk łojotokowy, który wedle K. powstaje skutkiem złożenia wydzielin łojotoku na wykwitach wyprysku. W końcu, przytaczając zdania niektórych autorów, których badania bakteryologiczne dały wynik ujemny, stwierdza, że klinika wyklucza stanowczo pasorzytnicze pochodzenie wyprysku.

Jadassohn (Berno szwajc). Dotychczas jedna tylko cecha, zapalenie powierzchownych warstw skóry, stanowiła istotę wyprysku; klinika nie daje nam stanowczego określenia; dlatego też z biegiem czasu różni autorowie oddzielali od pojęcia wyprysku różne postacie chorobowe, jak: zapalenia skóry, powstałe na tle grzybkowem, świerzbiączkę, liszajce, wyprysk około torebek włosowych, łojotok, wreszcie wszystkie zapalenia skóry, wywołane sztucznie. Dla niego zatem pojęcie wyprysku określa zdanie Walkera: „Wyprysk jest mianem, używanem dla oznaczenia każdego zapalenia skóry, wilgotnego lub złuszczającego się, którego przyczyny i przyrody nie znamy." Wygłasza zaś następujące wnioski, oparte na doświadczeniu własnem, posiłkując się wynikiem badań różnych autorów: 1. W dużej ilości przypadków wyprysku nie można wykazać drobnoustrojów, lub też nie można im przypisywać roli chorobotwórczej; tem samem musimy w tych przypadkach przypuszczać skłonność miejscową skóry lub ogólną ustroju i drażnienie mechaniczne lub chemiczne. 2. Zarazem stwierdzić należy łatwość dostania się do takich zmian pasorzytów na skórze się znajdujących, które wikłają i przekształcają zmiany pierwotne. 3. Te ostatnie zakażenia jednak mogą się rozwijać i bez istnienia spraw zapalnych w skórze, a objawy zależne będą od stopnia ich rozwoju i podłoża, na którem się rozwijają.

Galloway (Londyn) wyhodował w 4 przypadkach wyprysku guzkowo-pęcherzykowego ostrego zawsze gronkowca ropnego białego, nieco odmiennego od zwyczajnie tem mianem nazywanego, którego jednak nie uważa za jedyną przyczynę wyprysku, — z drugiej strony jednak nie odmawia mu pewnego wpływu w tej sprawie i sądzi, że przebieg, szczególnie zaś przewlekłość wyprysku, jest dowodem pasorzytniczego pochodzenia tego cierpienia. Dla powstania uważa za konieczne istnienie usposobienia skóry, połączonego ze stanem łojotokowym. A skłonność ta skóry polega wedle niego głównie na zboczeniach w przewodzie pokarmowym i upośledzenej przemianie materyi.

Brock i Veillon (Paryż) wykluczają przedewszystkiem z pod miana wyprysku dużo chorób dawniej, a częścią i obecnie, do niego zaliczanych. Cechami klinicznemi zaś są dla nich: tworzenie się pęcherzyków i różnopostaciowość w rozwoju. Wedle tych autorów pęcherzyk, który nie pękł, nie zawiera nigdy drobnoustrojów; z pęcherzyków zaś otwartych, starsze mają bardzo obfitą florę, która jednak nie sprowadziła choroby, a jest przypadkową, bo znajduje się również i na skórze zdrowej. Hodowle tych drobnoustrojów, znalezionych w wykwitach wyprysku, przeszczepione na skórę zdrową, wywołują co najwięcej lekkie zapalenie powierzchowne, ale nigdy objawów wyprysku. Sądzą zatem, że pęcherzyk, jako objaw pierwotny wyprysku, nigdy drobnoustrojów nie zawiera; a drobnoustroje, znajdujące się na skórze i w warunkach prawidłowych, wikłają tylko już istniejące zmiany wyprysku.

Dyskusya:

Unna zaznacza istniejącą różnicę koków, przez niego znalezionych w zmianach wypryskowych, od gronkowców zwyczajnych i sądzi zarazem, że zadaniem przyszłości będzie różnice te jeszcze więcej uwydatnić, jak tego dokonano n. p. z prątkami gruźlicy i trądu, które tak wiele wspólnych mają własności.

Bodin (Rennes) zwraca uwagę, że nader ważnem przy badaniach bakteryologicznych jest używanie pożywek płynnych (surowicy i bulionu), które mogą wpłynąć bardzo wybitnie na różnice wyników.

Audry (Tuluza) sądzi, że cechy kliniczne wyprysku polegają na różnorodności postaci, przekształcaniu się ich, skłonności do nawrotów i uporczywości zmian; — wyklucza jednak z pod pojęcia wyprysku te wykwity na skórze, które, będąc przeszczepione wywołują zmiany podobne.

Sabouraud (Paryż). Zmianą pierwotną wyprysku jest wedle niego obrzęk brodawek skóry, rozszerzający się i na warstwy naskórkowe, tworząc w nich czasami pęcherzyk, nie zawierający drobnoustrojów. Wyprysk więc nie jest wedle S. z początku zakaźnym: sądzi jednak, że obok tego istnieje dużo zapaleń naskórka, polegających na zakażeniu drobnoustrojami, a uważanych dotychczas za wyprysk.

Petrini Galatz (Bukareszt) twierdzi, że wyprysk jest chorobą ustrojową.

Morgan-Dockrell (Londyn) podaje swoje wyniki badania, stwierdzające, że nie znajdował przy wyprysku gronkowców nigdy głębiej w tkankach, a w strupy dostają się one z powierzchni, co dowodzi, zdaniem jego, że teorya powstawania wyprysku skutkiem gronkowców niema znaczenia.

Neisser (Wrocław) nie uznaje tak ogólnego określenia pojęcia wyprysku, jak Kaposi, a drobnoustroje osiedlają się wedle niego tylko następowo na istniejących zmianach.

Hallopeau (Paryż) uznaje przypadki wyprysku stanowczo zakaźnego.

Azua i Mendoza (Madryt) hodowali treść pęcherzyków po gruntownem odkażeniu powierzchni i znaleźli gronkowce złote, białe i łańcuszkowce, a drobnoustroje te po przeszczepieniu wywołały pęcherzyki, szybko ustępujące. Wynik dodatni bywał wtedy, gdy skórę podrażniono nieco jakimś środkiem drażniącym. Na mocy tych doświadczeń sądzą, że wyprysk jest chorobą drobnoustrojową, a do rozwoju jej usposabia podrażnienie, lub jakieś uszkodzenie skóry.

Whitfield (Londyn) znalazł w łuskach, wziętych z wykwitów wyprysku, po dokładnem wymyciu, drobnego koka, podobnego do dwoinek Neissera. Drobnoustroju tego nie znajdował nigdy na skórze zdrowej, a przeszczepienia na skórę zdrową dawały wynik ujemny. (C. d. n.)

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z IV. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 15 grudnia 1900.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie Izby Dr Bylicki, Dr. Lutyński, Dr. Papeé, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Smolarski, Dr. Wysocki i Dr. Żukowski.

I. a) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału Izby od czasu ostatniego posiedzenia Izby pełnej, mianowicie: wniesiono przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie lekarzy kolejowych; do Wydziału krajowego w sprawie rozpisania konkursu na posadę lekarza okręgowego w Czernichowie; protest do c. k. Sądu Wyższego w sprawie jednego z lekarzy, — w końcu do c. k. Namiestnictwa w sprawie kumulacyi posad lekarzy salinarnych z posadami w służbie politycznej; kilkakrotnie wystąpiono przeciw partactwu lekarskiemu. Prócz tego załatwiono kilka spraw drobniejszych.

b) Prezydent zdaje sprawę z czynności Rady honorowej; załatwiono w powyższym czasie spraw 9, trzy zaś są jeszcze w toku.

c) Prezydent przedstawia sprawę ustąpienia z Wydziału Izby Dra Sobierańskiego.

Na wniosek Dr. Bachowskiego uchwalono wydawać sprawozdania Wydziału i Izby, jako rodzaj pamiętnika i rozsyłać go lekarzom przynależnym, celem dokładnej informacyi o czynnościach Izby.

Uchwalono następnie w miejsce Dra Sobierańskiego nie wybierać nowego członka Wydziału i uznać obecny skład Wydziału jako wystarczający.

Na wniosek Dra Bachowskiego polecono Wydziałowi na najbliższem posiedzeniu przedstawić referat w sprawie lekkich uszkodzeń w tym duchu, by świadectwa lekarskie wystarczały, jako dostateczny dowód, bez obowiązku stawania lekarza na termin sądowy.

II. W sprawie utworzenia przy Izbie kasy zapomogowo-pożyczkowej przystąpiono najpierw do dyskusyi ogólnej, czy Kasa

taka w zasadzie ma być przy Izbie założoną. Każdy z członków Izby zdał sprawę z opinii lekarzy poszczególnych okręgów wyborczych, przedstawił zarzuty, jakie na zwołanych po powiatach w tym celu zebraniach przeciw kasie podniesiono i postulaty każdej grupy wyborczej w tej sprawie. Po przyjęciu tych sprawozdań do wiadomości i przeprowadzeniu dyskusyi ogólnej, uchwalono w zasadzie założyć kasę zapomogowo-pożyczkową przy Izbie lekarskiej. W dyskusyi szczegółowej przyjęto wraz z wniesionymi poprawkami pojedyncze paragrafy przedstawionego projektu kasy i uchwalono przedłożyć go c. k. Namiestnictwu do załatwienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Projekt statutu.

§. 1. Kasa zapomogowo-pensyjna przy Izbie lekarskiej wsch. gal. jest instytucyą powstałą dla członków tejże Izby (§. 13. ustawy o izbach lekarskich).

Celem kasy jest:

§. 2. Dostarczanie członkom Izby lek. wsch. gal. zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych, a więc wspieranie materyalnie podupadłych lekarzy — lub lekarzy inwalidów tj. niezdolnych do pracy czasowo lub trwale, należących do Izby wsch. gal., ewentualnie ich wdów i sierot.

§. 3. Członkiem instytucyi jest z obowiązku każdy lekarz, przynależny do Izby lekarskiej wschodnio galicyjskiej.

Członkowie mają prawo:

§. 4. a) być wybranymi do zarządu, b) do zapomóg zwrotnych i bezzwrotnych i do pensyj z funduszów dla inwalidów, wdów i sierot, c) kontroli zarządu i ksiąg instytutu.

Członkowie są obowiązani:

§. 5. a) zapłacić wpisowe w kwocie 10 koron, b) płacić do kasy zapomogowo pensyjnej miesięczną (ewentualnie roczną) wkładkę, która dla przystępujących przed 30 rokiem życia wynosi 2 korony miesięcznie, dla przystępujących przed 40 rokiem życia 3 korony miesięcznie, przed 50 rokiem życia 4 korony, dla przystępujących po 50 aż do 60 roku życia 5 koron miesięcznie. Starsi nad lat 60 są od obowiązku przystąpienia do Kasy zapomogowo-pensyjnej uwolnieni, mogą być jednak na prośbę przyjęci przez Izbę lekarską. Izba oznaczy dla nich osobno wysokość uiszczać się mającej opłaty, c) w sporach z kasą zap. pens. poddać się bezwarunkowo sądowi polubownemu (§ 42).

Członek utraca swoje prawa:

§. 6. a) przez przeniesienie się do innej Izby lekarskiej lub wystąpienie z tejże ustawowe, b) wskutek śmierci, c) wskutek zaniechania zawodowego zajęcia, chyba że osobno się zobowiąże do płacenia należnych wkładek, na co jednak Izba lekarska zgodzić się musi.

NB. ad. b) w wypadku śmierci członka należy się żonie i dzieciom zwrot udziału (vide §. 11. b.) o tyle, o ile pozostała wdowa lub sieroty nie będą korzystać z funduszu pensyjnego dla wdów i sierot przeznaczonego, i o ile zmarły członek z funduszu pensyjnego dla inwalidów nie korzystał.

W razie pobrania zapomogi zwrotnej z kasy zap. pens. udział członka w pierwszym rzędzie służy na jej pokrycie, i jeżeli tym sposobem udział jest wyczerpany, prawa spadkobierców do funduszu pensyjnego wdów i sierot ustają, przysługuje im jednak prawo zapomogę zwrócić i tym sposobem udział uwolnić. Jeżeli zmarły członek był poręczycielem zapomogi zwrotnej, komu innemu udzielonej, wypłata udziału i asygnata pensyi wstrzymaną zostanie aż do ustania zobowiązania. Członek przenoszący się do innej Izby lekarskiej lub ustawowo z niej występujący może żądać zwrotu włożonych wkładek na udział. Jeżeli w przeciągu ro u po przeniesieniu tego nie uczyni, traci do tego zwrotu prawo.

Wypłata udziałów nastąpi w 3 miesiące najpóźniej po zamknięciu z końcem roku administracyjnego.

Kapitały kasy zapomogowo-pensyjnej składają się:

§. 7. a) z funduszu rezerwowego (§. 8. al. a i nast.) b) udziałów członków (§. 11) c) funduszu pensyjnego inwalidów, wdów i sierot (§. 9). d). funduszu żelaznego (§. 10). e) z dowolnych ofiar członków, obcych i depozytów; f) ewentualnych kaucyi funkcyonaryuszów zarządu.

Fundusz rezerwowy powstaje:

§. 8. a) z kapitału, jaki Izba przy zakładaniu intytucyi włoży, a który tak długo będzie tu należał, jak długo fundusz rezerwowy utworzyć się mający do tej samej wysokości nie wzrośnie. Kapitał ten następnie przejdzie do kapitału żelaznego; b) z wpisowego członków; c) z procentów od kapitału pod a).

Fundusz pensyjny inwalidów i wdów powstaje:

§. 9. a) z miesięcznych wkładek członków (§. 5. al. b.) b) z procentów od lokacyi, przez Izbę do tego funduszu przekazanych; c) z grzywien, nakładanych przez radę dyscyplinarną; d) z udziałów wskutek śmierci członka przepadłych; e) z wpłat według §. 6. al. 3 niepodniesionych i na rzecz tego funduszu przepadłych.

Fundusz żelazny powstaje:

§. 10. a) ze zwrotu kapitału, jaki fundusz rezerwowy w swoim czasie (§. 8 al. a) funduszowi temu wypłaci; b) z reszty opłat, na potrzeby Izby składanych, po opłacie wszystkich wydatków; c) z % od kapitałów, jakie Izba do niego przekaże; o) z darów i zapisów dla tego funduszu przeznaczonych; e) z taks rygorozalnych za zezwoleniem ck. Rządu zaprowadzić się mających; f) z przepadłych udziałów członków (§. 11 al. e.); g) z opłaty 200 Kor. przy zawieraniu małżeństwa członka, ewentualnie od później tj. po wprowadzeniu w życie wstępujących żonatych.

§. 11. Udziały członków powstają wskutek wpisania na rachunek członka kwoty corocznie jako wpłata w myśl §. 5 b. uiszczonej; a) wysokość udziału jest nieograniczona; b) udział jest zapisany na imię członka i może być po jego śmierci wdowie i sierotom zwrócony, (§. 6. NB. ad b) ewentualnie przypada na korzyść funduszu inwalidów, wdów i sierot (§. 9 al. d); c) przy zwrocie udziału nie wypłaca się procentu; d) cesya udziału i jakiegobądź rodzaju obciążenia są wobec kasy zap. pens nieważne; e) członek, występujący z Izby lub przenoszący się do innej Izby, traci prawo do udziału, a jego udział przenosi się do funduszu żelaznego, jeżli nie korzysta z przepisu NB ad b. al. 4.

§. 12. Kasa pożyczkowo-zapomogowa przyjmuje od członków kapitały, czy to jako dary, czy to jako depozyta, zabezpieczające dożywotne używanie procentów przypadających członkom. Przyjęcie takich depozytów uchwali Izba lekarska wsch gal. każdorazowo.

§. 13. Zapomogi zwrotne i bezzwrotne udzielane będą w miarę możności za uchwałą Wydziału Izby, lub całej Izby. Na ten cel użyte być mogą jedynie procenta funduszu żelaznego. W razie choroby uczestnika przysługuje Wydziałowi Izby prawo udzielenia z funduszów biebieżących zapomogi zwrotnej, za poręką lub bez tejże — ewentualnie zapomogi stałej dziennej w najniższej wysokości 4 koron, i to najwyżej przez dni 90. — Izba może zażądać zwrotu tej w ten sposób udzielonej pomocy.

§. 14. Kapitały funduszu inwalidów, wdów i sierot złożone będą na procent. Prowizya z tego funduszu użytą ma być na pensye dla inwalidów, wdów i sierot w miarę potrzeby. Wysokość pensyi i zapomóg oznaczy Izba lekarska. Pozostałości kasowe, jakoteż wszelkie dochody tego funduszu będą również ulokowane na procent.

§. 15. Wszyscy członkowie mają prawo po 6-cio letniem należeniu do instytucyi pobierać z niej emeryturę, jeżeli przez wiek, umysłową słabość, lub kalectwo będą niezdolni do zarobkowania, i przez Izbę lek. za takich uznani. zaś wdowy i sieroty, jeżeli wykażą: a) że zmarły członek uiszczał przepisane wkładki przynajmniej przez 6 lat, b) że wdowa po członku żyła z nim do jego śmierci w związku małżeńskim, i ani sądownie ani w inny sposób rozłączoną nie była, c) inwalidzi stale do pracy niezdolni i wdowy pobierają płace dożywotnie, sieroty do 20-go roku życia; d) w nagłych wypadkach może prezydent Izby lek. udzielić członkowi pod własną odpowiedzialnością zapomogę bezzwrotną z funduszów bieżących Izby, lub zaliczkę z funduszu emerytalnego przed uznaniem członka za inwalidę — kwota ta jednak nie może przenosić 100 Koron i musi być na najbliższem posiedzeniu Wydziału Izby usprawiedliwioną.

§. 16. Po zestawieniu rachunków każdorocznych uskutecznia Izba z przypadającej do rozdziału kwoty wymiar pensyi między inwalidów i zgłoszone wdowy i sieroty a to bez względu na to, czy pozostała wdowa lub inwalid mają majątek lub nie, i bez względu na to, czy jest bezdzietną lub dzietną, oraz bez względu na jej zdolność zarobkowania lub pobierania płac z innych funduszów. Wymiar ten zawisłym jest od wysokości wpłaconego udziału.

§. 17. Tylko inwalidzi, wdowy i sieroty, zamieszkali stale w obrębie państwa austryacko-węgierskiego, mogą pobierać płacę. Opuszczający to terytoryum tracą prawo do poboru tychże, z wyjątkiem sierot, kształcących się w zakładach naukowych, jakich na obszarze Izby nie ma. Płace, do 3 miesięcy od dnia zapadłości niepodniesione, przepadają na rzecz funduszu inwalidów, wdów i sierot.

§. 18. Gdyby inwalida przyszedł o tyle do zdrowia, żeby zaczął dalej pracować, Izba uchwali, czy pensya dalsza w całości lub częściowo ma być odmówioną, czy nie. — Inwalida, któremu płacę wstrzymano, obowiązany jest do dalszych wpłat na rzecz funduszu inwalidów, wdów i sierot.

§. 19. Chcący korzystać z funduszu dla inwalidów, wdów i sierot winni swoje uprawnienie przed końcem każdego roku kalendarzowego wykazać, z potwierdzonym przez parafię i urząd gminny wykazem miejsca zamieszkania, o którego zmianie Izbę zawiadomić należy.

§. 20. Dla utrzymania ewidencyi pensyonaryuszów należy Izbę o śmierci inwalidy, wdowy lub sieroty pisemnie zawiadomić. Obowiązek ten ciąży na wybranych członkach Izby, i za dokładność tychże są oni osobiście odpowiedzialni, o ile że bez ich kontestacyi żadne należytości wypłacane nie będą. Pensye inwalidów wyjąwszy wypadki §. 18. objęte ustają z ich życiem.

Pensye wdowie ustają:

§. 21. a) z dniem jej zgonu; b) z dniem powtórnego zamęścia; c) jeżeli prowadzi życie niemoralne, policyjnie stwierdzone; d) w razie skazania przez sąd karny za czyn hańbiący. — O wypadkach pod c) i d) rozstrzyga uchwała Izby. Pensye dzieci i prawo do zwrotu udziału ustają bezwarunkowo z ukończonym 20 rokiem życia — wyjątkowo ustają pensye dziewcząt wcześniej w razie pójścia za mąż przed 20 rokiem życia.

§. 22. Jeżeli udowodnionem zostanie, że ktoś nieprawnie pensyę pobierał, zostanie pociągnięty do odpowiedzialności cywiln. sądowej, a uzyskane kwoty wrócą do funduszu pensyjnego dla inwalidów, wdów i sierot.

§. 23. Osoby, pobierające pensyę z funduszu dla inwalidów, wdów i sierot, są od wkładek na rzecz kasy zap. pens wolne, a tracą prawo do zwrotu udziału.

§. 24 Niedobory, jakieby wskutek wydatków na pensye dla inwalidów, wdów i sierot wynikły, mają być pokryte z funduszu rezerwowego

§. 25. Rok administracyjny liczy się od 1 stycznia do 31 grud. każdego roku Z końcem roku adm skonstatuje Wydz. Izby stan kasy i poszczególnych rachunków i inwentarza, na tej podstawie sporządzi zamknięcie ksiąg i rachunków, które najpóźniej w 6 tygodni po upływie roku administracyjnego Izbie przedłożone być mają.

Rachunki mają zawierać:

1) Wszystkie dochody i rozchody kasy wedle rubryk w książkowaniu przyjętych; 2) rachunek strat i zysków; 3) bilans o stanie majątku zakładu z końcem roku; 4) liczbę członków — czas należenia ich do funduszu — wysokość ich udziałów.

W bilansie stanowi stan czynny:

§. 26. 1) gotówka kasowa i papiery wedle kursu; 2) wszelkie należytości czynne; 3) wartość ruchomości z potrąceniem 10% za użycie rocznie; 4) należytości dłużne wszelkiego rodzaju, przyczem niepewne należy odpowiednio objaśnić i udokumentować.

Stan bierny:

1) fundusz rezerwowy; 2) suma udziałów; 3) kapitały powierzone i depozyta; 4) koszta administracyi; 5) fundusz pensyjny inwalidów i wdów; 6) fundusz żelazny; 7) kaucye funkcyonaryuszów

Z porównania tych stanów okaże się zysk lub strata. Sprawozdanie rachunków przeprowadza Komisya rewizyjna Izby.

§. 27. Na ośm dni przed zgromadzeniem Izby muszą być rozesłane rachunki kasy członkom Izby z wnioskami Kom. rewizyjnej co do absolutoryum dla Wydziału i projektem rozdziału dochodów na podstawie statutu

§. 28. Gdyby na posiedzeniu Izby powstały wątpliwości co do aktualności rachunków, wybiera Izba osobną komisyę, której sprawdzenie tychże powierzy.

Zarząd funduszów sprawują:

§. 29. 1) Wydział Izby. 2) Izba lekarska.

§. 30 Wydział Izby lekarskiej wsch. gal. zarządza kasą zapomogowo — pensyjną.

§. 31. Posiedzenia wydziału, jako zarządu kasy, odbywać się powinny conajmniej raz na miesiąc. Z posiedzeń ma być spisany dokładny protokół uchwał w osobnej księdze. Do poszczególnych czynności mogą być przyjęci urzędnicy (§. 34 e. f g)

§. 32. Komisya rewizyjna Izby przeprowadza szkontra kasy, książek i papierów i bada co miesiąc rachunki i tok spraw instytucyi, sprawdza rachunki roczne i przedkłada tę sprawę Izbie lekarskiej z wnioskami na rozdział dochodów (§ 8 c. §. 9 b. § 10 c. i §. 12).

§. 33. Wydział Izby zastępuje fundusz przy zawieraniu umowy z urzędnikami i prowadzi ewentualnie przeciw nim dochodzenia i procesa.

Przedmiotami posiedzeń Wydziału Izby, jako zarządu kasy zapomogowo-pensyjnej, są:

§. 34. a) kontrola ewidencyi uczestników; b) uchwały co do warunków zapomóg zwrotnych (§ 13); c) udzielanie zapomóg bezzwrotnych i zwrotnych; d) udzielanie zapomóg zwrotnych i zap. pensyjnej bezzwrotnych na wypadek choroby uczestnika funduszu (§ 13 al. 2); e) nominacye urzędników dla Kasy b.; f.) sprawy dyscyplinarne; g) ustanowienie podziału pracy i regulaminów dla urzędników; h) rachunki miesięczne i roczne. — Posiedzenia te odbywać się winny zawsze w obecności urzędników, ci zaś są do wszelkich wyjaśnień obowiązani.

§. 35. Izba lekarska jest najwyższą władzą zakładu.

§. 36. Zebranie Izby na którem przedłożone być mają rachunki kasy zapomogowo-pensyjnej odbyć się powinno najdalej do końca marca każdego roku.

§. 37. Protokół, spisany z tych zgromadzeń, powinien zawierać dokładne brzmienie uchwały i sprawozdania z uskutecznionych wyborów z wymienieniem oddanych głosem i rozdziałem tychże. Protokół ten powinien być podpisany przez wszystkich obecnych członków Izby.

§. 38. Do prawomocności uchwał wymagany jest zwyczajny komplet Izby, jeżeli tylko Izba prawnie zwołaną została, a uchwały zapadają prostą większością głosów obecnych. Głosowania w sprawach osób odbywają się zasadniczo tajnie kartkami.

Uchwałom Izby podlegają:

§. 39. a) uchwały, dotyczące statutu i jego zmian; b) zatwierdzenie nominacyi urzędników (§. 34 e i § 31); c) przyjęcie rachunków rocznych i udzielenie absolutoryum wydziałowi z czynności i rachunków (§. 31); d) wybór ewentualnej komisyi dla sprawdzenia rachunków (§. 28); e) uchwały co do §. 6 al. c.; f) uchwały co do § 9 al. b. i § 10 al. c.; g) uchwały co do §. 12; h) uchwały co do §. 13; i) uchwały co do §. 14; j) uchwały co § 15; k) uchwały co do §. 16; l) uchwały co do §. 21 al. c i d; m) uchwały z § 24; n) uchwały z §. 5.

§. 40. Wszelkie ogłoszenia i zawiadomienia w sprawach kasy zapomogowo-pens. wychodzić będą podpisywane przez prezydenta Izby.

§. 41. Do publicznych ogłoszeń używa fundusz urzędowego organu Izby. — Wszelkie spory o znaczenie pojedynczych ustępów statutu rozstrzyga ostatecznie Izba lekarska — droga prawa jest wykluczoną

§. 42. Wszelkie spory, ze stosunków stowarzyszenia wynikłe, rozstrzyga sąd polubowny, do którego każda strona wybiera jednego sędziego, ci zaś superarbitra. Wszyscy ci sędziowie muszą być wybrani z grona członków Izby lek. wschodnio-galic.

§ 43 Postanowienie końcowe. Wyjednaniem zatwierdzenia tego statutu kasy zapomog. pensyjnej przez c. k. Rząd zajmie się Prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Resztę postanowień formalnych obejmuje regulamin.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 stycznia 1901.

W N. 48 (r. z.) »Przeg. Lek.« podaliśmy postulaty, które dn. 22 listopada przesłane zostały Wydziałowi krajowemu przez lekarzy pomocniczych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, z prośbą o uwzględnienie. Odpowiedź Wys. Wydziału krajowego była przychylna i zawierała obietnicę, że wszystkie żądania, wymienione w tem piśmie lekarzy, zostaną uwzględnione w budżecie na r. 1901. Ufni w tak niedwuznaczne przyrzeczenie, czekali bezpieczni blizkiego już ziszczenia ich istotnych potrzeb. Projekt budżetu Wys. Wydziału krajowego rozwiał jednak nadzieje, budowane na samem tylko słownem, acz kategorycznem, upewnieniu tej najwyższej instytucyi krajowej. W projekcie tym pominięto żądanie lekarzy, zmierzające do zrównania wszystkich sekundaryuszów; dla praktykantów przeznaczono znikomą zaledwo renumeracyę, a resztujące postulaty pokryto milczeniem. To przeciwieństwo między pochopnem przyrzeczeniem a połowiczem załatwieniem do żywego dotknęło lekarzy i rozwiało ich nadzieję lepszej przyszłości. Wobec tego zwrotu lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza wystosowali do Wys. Wydziału krajowego nowe podanie, w którem ponownie upraszali o uwzględnienie wszystkich bez wyjątku ich życzeń, wymienionych w podaniu z d. 22 listopada r. z., »gdyż w przeciwnym razie nie będą mogli przyjąć na siebie odpowiedzialności za następstwa, wywołane przez zapoznanie ich skromnych, a zupełnie uzasadnionych żądań«. — Odpowiedzi nie otrzymali. Wobec tak niekorzystnego zwrotu w tej sprawie oświadczyli lekarze pomocniczy swej przełożonej władzy szpitalnej, że w dniu 31 grudnia zawieszają swoją czynność szpitalną i dn. 1 stycznia w szpitalu się nie jawią.

Po tem oświadczeniu lekarzy, dyrektor szpitala, chcąc obmyśleć pomoc lekarską dla chorych, zwołał d. 29/XII posiedzenie prymaryuszów, którzy uchwalili wystosować telegram do Wydziału krajowego, popierający żądanie sekundaryuszy i praktykantów, oraz postanowili podjąć ze swej strony taką pracę w szpitalu, ażeby chorzy nie doznali uszczerbku w opiece lekarskiej.

D. 30/XII dyrektor szpitala, p. Dr. Ponikło, udał się do bawiącego w Krakowie marszałka krajowego JE. Stanisława hr. Badeniego i przedstawił całą sprawę. Po gruntownem rozważeniu, p. marszałek polecił przedłożyć lekarzom następujące oświadczenie:

1) że żądań lekarzy co do awansu *per turnum* nie może wobec Sejmu popierać; 2) co do polepszenia doli sekundaryuszy i praktykantów, zdaniem p. marszałka, zachodzi tak mała różnica między propozycyami Wydziału krajowego dla Sejmu, a postulatami lekarzy, że nie można zrozumieć, jak może to być powodem do zapowiedzianego przez lekarzy opuszczenia stanowiska; 3) pomimo to Wydział krajowy i marszałek chętnie widzieć będą każde polepszenie bytu, w petycyi lekarzy podniesione, któreby Sejm uchwalił w załatwieniu petycyi ponad dotychczasowe wnioski Wydziału krajowego.

P. dyrektor Dr. Ponikło podał d. 31/XII do wiadomości lekarzy oświadczenie p. marszałka krajowego, wyjaśniając, że Wydział krajowy i marszałek popierać będą wobec Sejmu postawione przez lekarzy postulaty, aby wszyscy (14) sekundaryusze byli zrównani i pobierali płacę w kwocie 1400 koron, oraz, ażeby wszyscy praktykanci, pracujący rok w szpitalu i potrzebni dla celów służby szpitalnej, otrzymywali po 600 koron rocznie.

Otrzymawszy to oświadczenie, sekundaryusze i praktykanci zebrali

się na naradę, która trwała blizko 3 godziny i po imiennem głosowaniu zakomunikowali p. dyrektorowi o godz. $1^1/_4$ w południe następującą uchwałę:

»Lekarze powszechnego szpitala św. Łazarza w Krakowie, ufni w życzliwe oświadczenie JE. marszałka krajowego hr. Stanisława Badeniego, licząc nadto na jego bezwarunkowe poparcie wobec Wys. Wydzialu krajowego i Sejmu, uchwalają czekać 8 dni po zamknięciu najbliższej sesyi sejmowej na ustanowienie: I) 14 posad sekundaryuszy z płacą po 1400 koron rocznie; II) najmniej 10 posad dla najstarszych praktykantów, płatnych po 600 koron rocznie i to od 1 stycznia 1901 r. i zwracają zarazem uwagę, że inaczej musieliby wrócić do poprzedniego sposobu postępowania, to jest do zawieszenia pracy w szpitalu«.

Dzięki wielce taktownemu pośrednictwu dyrektora szpitala św. Łazarza, prof. Ponikły, który nader szczęśliwie pogodził obowiązki swego wysoce odpowiedzialnego urzędu z obowiązkami zwierzchnika i kolegi, przykry ten i nader znamienny zatarg krakowskich lekarzy szpitalnych z Władzą krajową został na razie zażegnany.

W rocznikach zawodowej działalności lekarskiej nie spotkaliśmy się do tej pory ze »zmową« lekarzy szpitalnych. Z dwóch względów podpada ona krytycznym uwagom: jest w sprzeczności z powołaniem i z duchem przysięgi lekarza, a jako taktyka socyalistyczna jest w niezgodzie z etyką socyologii, skoro jej ostrze, skierowane wprawdzie gdzieindziej, dosięga właśnie ogół bezdomny, ubogi i cierpiący. Jeśli więc poważne liczbą grono lekarzy szpitalnych w Krakowie zostało do tej ostateczności doprowadzone, to nie na niego spada odpowiedzialność za ten krok przykry, a zarazem doniosły. Od 8 miesięcy lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza kilkakrotnie przedkładali swoje podania o uwzględnienie ich uprawnionych życzeń, zadawalniali się obietnicami może zbyt pochopnie przyrzekanemi, cofali zamierzone opuszczenie stanowisk, słowem nie wytwarzali sytuacyi przymusowej dla Władzy, nie działali znienacka...., a do jakichże wyników doprowadziło to ich lojalne postępowanie? Z żądań lekarzy szpitalnych jedne Wydział krajowy przez pół uwzględnił, na inne nie dał odpowiedzi. Nic więc dziwnego, że rozgoryczeni i pozbawieni wszelkich widoków zmiany swego losu na lepsze, postanowili opuścić niewdzięczne stanowiska i tego im brać za złe nikt nie może, zwłaszcza, że nie działali nagle, nie czynili zabiegów agitacyjnych, by uniemożliwić obsadzenie posad, przez nich opuszczonych; to nie był »strejk«, prowadzony podług gdzieindziej wypróbowanej taktyki, lecz szukanie wyjścia z beznadziejnego położenia.

Sprawa, o której piszemy, jak powiedzieliśmy, na razie została zażegnaną. Nie przebrzmi jednak ona bez echa dla stron obu, albowiem ostrzega Wydział krajowy, że dotychczasowy typ lekarza zmienił się i że nie należy zbytnio dziś liczyć na zasadę »la vocation oblige«; z drugiej zaś strony lekarzom przybyło jedno wielkie doświadczenie, jeden więcej dowód niezbity jak wielka siła tkwi w łączności i jednomyślności, dziś więcej niż kiedy niezbędnej dla stanu lekarskiego.

* Najstarsze czasopismo lekarskie w Austryi »Wiener Medic. Wochenschrift« doczekało się 50-letniej rocznicy swego założenia.

* Ministeryum pruskie zarządziło sporządzenie wykazu miejscowości, w których panuje kołtun. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że miejscowości takich było: w okręgu kwidzyńskim 388, w bydgoskim 582, w poznańskim 820. Liczba osób nawiedzonych od kołtuna wynosi: w okręgu kwidzyńskim 1372, w bydgoskim 1858, w poznańskim 2507, razem osób 5737, z których 5008 należy do narodowości polskiej.

* Od 1 stycznia klinika prof. Unny w Hamburgu została przeobrażoną w ten sposób, że oddzielono od niej pracownię dermatologiczną; w rozszerzonej tej pracowni wykłada kilku profesorów i tu są zarządzone wszelkie ułatwienia dla lekarzy, zamierzających przeprowadzić badania samodzielne.

* W wykazie nagród, udzielonych za najlepsze prace naukowe przez paryską Akademię nauk, czytamy w liczbie laureatów nazwisko Dr. panny Józefy Joteyko, której przyznano nagrodę Montyon (fizyologia doświadczalna).

* Dowiadujemy się, że »Elektroterapia i elektrodyagnostyka« Dr. Nartowskiego opuści prasę jeszcze w miesiącu bieżącym.

Mianowania i odznaczenia Prof. Wollenberg z Hamburga został powołany na następcę Siemerlinga do Tybingi. Prof. V. Janowsky mian. został dyrektorem szpitala dziecięcego w Pradze. Profesorem ginekologii w Uniw. kijowskim mian. został dorpacki prof. Muratow. Doc. Schüle mian. został prof. nadzwyczajnym.

Nekrologia. Zmarli: Dr. A. Berne prof. chirurgii w Lugdunie w 60 roku życia. Dr. Duclos b. prof. szkoły lekarskiej w Tours, lat 78. Dr. Wacław Ratajski, lekarz wojskowy lat 37 („Wracz“ Nr. 51).

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 51: Dr. Pawińskiego I. i Dr. Adelta Z.: O zastosowaniu heroiny w zaburzeniach krwi obiegu. Biernackiego E: O badaniu krwi we względzie praktycznym (c. d.) Kopotywskiego W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 24.: Jaworskiego I.: Nowsze wskazanie do użycia kleszczy porodowych ze względu na zdrowie dziecka. W *Medycynie* Nr. 52: Arnsteina F.: Kilka słów o użyciu aspiryny w ostrym gośćcu stawowym i stanach pokrewnych. Biro M.: O chorobie Friedreicha (dok.).

Zapiski bibliograficzne. Dr. E. Escat: Choroby gardła i narządów sąsiednich; str. 576, 45 rysunków; cena 16 fr Paryż Dr. P. Petit: Podstawy anatomii ginekologicznej, klinicznej i operacyjnej; stron 276, rysunków 32; cena w oprawie 16 fr. Francuska Komisya przeciwgruźlicza: Sposoby praktyczne zwalczania szerzenia się gruźlicy; str. 465, cena 5 fr. Paryż.

Redakcya otrzymała:

— Doc. Dr. Popielski: Ueber die Grösse der Zuckerzurückhaltenden Function der Leber (Odbitka z Nr. 8 „Centralblatt“ für Physiologie«).

— Tenże: Reflektornyj centr podżełudocznaj żelezy. (Odbitka z „Bolniczej Gazety Botkina“).

— Prof. Dr. Wachholz L.: Krytyczne uwagi w sprawie uranicznego poczucia płciowego

— Tenże: Zur Kasuistik der Selbsmorde durch Schuss (Odbitka z Nr. 22 „Zeitschrift f. Medizinalbeamte“).

— Tenże: Z kazuistyki samobójstw przez postrzał.

— Dr. Kozłowski St: Co wiemy o żywieniu się ludu naszego. (Warszawa, 1900).

— Dr. Stankiewicz Cz.: Du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. (XIII. Kongres międzynarodowy lekarski. Paryż, 1900).

— Tenże. O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie. (Odbitka z „Czasopisma Lekarskiego“).

— Dr. Wąsowicz Z.: Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w błednicy i niedokrewności. (Odbitka z „Gazety Lekar.“

— Dr. Biernacki F.: Die moderne Heilwissenschaft. Wesen und Grenzen des ärztlichen Wissens (Lipsk, 1901).

— Zaremba G.: Beitrag zur Lehre von den Schutzvorrichtungen des Darmtractus Untersuchungen über die entgiftende Wirkung des Pankreas. (Odbitka z „Archiv f. Verdauungs-Krankheiten“ 1900).

— Dr. Kowalski E: O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony (Odbitka z „Przegl. Lekarskiego 1900).

— Dr. Nartowski M.: Wpływ jadów błoniczych na komórki nerwowe, zmiany i regeneracya tychże pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej (Odbitka z „Gaz. Lek.“ 1900).

— Dr. Maszewski T.: Ueber einige Bedingungen der Ptyalinwirkung (Odbitka z „Hoppe-Seylers Zeitschrift f. Physiol. Chemie“ H. 1 i 2 1900).

— Dr. Biernacki E.: Beobachtungen über die Glycose in pathologischen Zuständen insbesondere bei Diabetes und functionellen Neurosen. (Odbitka z „Zeitschrift für klinische Medicin“ H. 5 i 6 1900).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 12 Stycznia 1901. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurg. Radcy Dworu Prof. Dra Ł. Rydygiera we Lwowie.

Aseptyka rąk w klinice Rydygiera.

Napisał

Dr. M. W. Herman

Asystent kliniki.

Kreśląc przed rokiem rozprawę p. t. „Uwagi i myśli w sprawie postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego w chirurgii[1]), wypowiedziałem kilka myśli w sprawie aseptyki rąk, które. jak się o tem z rozmów ustnych przekonałem, nabrały znaczenia aktualnego dla naszych chirurgów dopiero wówczas, gdy w ostatnich tygodniach pojawiły się prace autorów niemieckich[2]), traktujące o tym samym przedmiocie i kładące główny nacisk właśnie na owe szczegóły, na które i myśmy wówczas przed wszystkiem innem uwagę zwrócili. Może teraz te uwagi, zaopatrzone w stempel nauki niemieckiej, przyjmą się łatwiej i u nas!

Na wstępie zaznaczyć muszę, że wraz ze wszystkimi chirurgami wierzymy w to i wiemy o tem, że żadnym dotychczas znanym sposobem rąk naszych absolutnie, w znaczeniu bakteryologicznem, wyjałowić nie potrafimy. Lecz równie silnie przekonani jesteśmy o tem, że każdym sposobem, zalecanym do mycia rąk, byle dostatecznie konsekwentnie i ze zrozumieniem celu przeprowadzonym, możemy wyjałowić choćby jak zanieczyszczone ręce do tego stopnia, że niemi rany nie zakazimy i że gdy mimo to rana nie zgoi się przez rychłozrost, to nie znaczy, że zakażenie nastąpiło przez ręce operatora, lecz wyszło zkądinąd.

Wszystkim doświadczeniom bakteryologicznym w odniesieniu do aseptyki rąk zarzucamy to, że albo prowadzą się stronniczo, albo nie liczą się z faktycznymi stosunkami. Czytałem n. p. bardzo niedawno pracę, w której autor[3]) po rozlicznych doświadczeniach i po długiem badaniu dochodzi do wniosku, że niema nic lepszego, jak rękawice gumowe Fridricha.

A postępował tak: po dokładnem i sumiennem obmyciu rąk, wydrapywał patyczkiem lub kostką naskórek z pod paznogcia, szczepił go na pożywkach i każdego razu wykazywał bakterye. Potem wdziewał wyjałowione rękawice gumowe, tak urękawiczonemi rękoma, a właściwie końcami palców, dotykał, o ile możności delikatnie, aby uchowaj Boże agaru nie uszkodzić, powierzchni płytek agarowych, i po takiem dotknięciu nie otrzymywał oczywiście kolonij bakteryj. W całem tem doświadczeniu dziwi mię tylko, dlaczego autor innej użył metody dla rąk, innej dla rękawic? Dlaczego i rękawic nie skrobał? I tak w tym zamęcie licznych dociekań teoretycznych, pozornie tylko związanych ze stanem faktycznym, w rzeczywistości zaś zgoła nie naśladujących stosunków realnych, traci się krytyczny sąd o rzeczy. Ztąd poszło, że gdy w pracowni bakteryologicznej stwierdzono niemożliwość wyjałowienia rąk naszych w znaczeniu bakteryologicznem, przeniesiono fakt ten do kliniki i powiedziano sobie, zdaje mi się nieco apriorystycznie, że nic — tylko to właśnie jest przyczyną zdarzającego się od czasu do czasu ropienia ran. Odnoszę wrażenie, jak gdyby zapomniano, że aseptyka, to bardzo zawiła maszyna, z licznemi bardzo kółkami i że trzeba z równą dbałością starać się o to, aby wszystkie części składowe jednakowo dobrze funkcyonowały, gdyż jeden błąd, czasem mały, tak mały, że aż nie spostrzegalny, wystarcza, aby cała nasza troska o rychłozrost w niwecz się rozwiała. Zapomniano zdaje się i o tem, że ciało człowieka to nie płytka z agarem, że ustrój ten obdarzony jest pewnemi, a niewątpliwie nie małemi własnościami zabójczemi dla bakteryj.

I z pewnością da on sobie radę z tymi kilkoma przyrzutami przyrannymi, które po starannem umyciu rąk operującego możliwie jeszcze na nich pozostały i któreby dały „wynik dodatni“ na pożywkach martwych, bezbronnych, zwłaszcza, że w ranie niema ani patyczków, ani kostek, ani nici jedwabnych, któreby gwałtem ścierały naskórek z rąk naszych. Zapoznano jakoby te fakta i rozpoczęto starania, aby czemś innem zastąpić tak niedoskonałą powierzchnię skóry rąk naszych i jak zaczęto zastanawiać się, wymyślono aż rękawice niciane. Celu ich, my przynajmniej, nie rozumiemy, bo nie pojmujemy, w jaki sposób właściwie tkanina tak przepuszczalna, jak owe rękawice niciane, ma powstrzymywać perygrynacyę bakteryj z rąk operatora do rany. Nie zajmujemy stanowiska odosobnionego. Podobnie jak my, myślą i inni, n. p. w klinice Bergmanna[1]).

Dla tych więc powodów i dla wielu innych my rękawiczek do operacyi nie używamy, lecz za to tem troskliwiej myjemy ręce przed operacyą, jakoteż nie mniej dbamy o to, aby skórę rąk naszych utrzymać w takim stanie, któryby umożliwiał dokładne ich wymycie. Bo to jest oddawna wia-

[1]) Nowiny lekarskie 1900, Nr. 6 i 7.

[2]) Hägler: Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. Basel, 1900. (Ref. w Ctrlb. f. Chir. 1900, Nr. 46) i A. Hammesfahr Über Prophylaxe in der Asepsis. (Ctrbl. f. Chir. 1900, Nr. 47).

[3]) H. Dettner. Bacteriologisches zur Händedesinfection unter besonderer Berücksichtigung der Gummihandschuhe. (Archiv Langenbecka T. 62, Z. II).

[1]) Dr. B. Küster. Über Operationshandschuhe. (Archiv Langenbecka, T. 62, Z. II).

domo, że skóra dzieci daje się łatwiej wyjałowić, niż skóra kobiet, a tych ostatnich łatwiej, niż mężczyzn. Chirurg więc dbać winien o piękność swych rąk jak kobieta, by je mieć równie gładkie jak ona, jakkolwiek ku innemu celowi, gdyż ku dobru powierzających się nam chorych. Więc przedewszystkiem chirurg powinien zawsze używać rękawiczek, z wyjątkiem tylko tego czasu, kiedy operuje. Rękawiczki stać się powinny dla niego tak nieodzowną częścią ubrania, jak kapelusz, buty lub chustka od nosa. Następnie powinien unikać wszystkiego, coby zaszkodzić mogło skórze rąk. A więc zbytniego zimna i nadmiernego gorąca, zajęć, choćby sportowych, które pogrubiają naskórek; powinien dbać szczególniej o paznogcie i ich okolicę. Paznogcie powinny być krótko przycięte, a skóra u ich nasady niepowinna okazywać przeczosów i pęknięć. To właśnie miejsce bywa dla niektórych rąk piętą Achillesową, tam bowiem najczęściej widujemy szczeliny i stłuszczający się w strzępach naskórek. Te odrywające się łuski naskórka najbardziej utrudniają wyjałowienie rąk, gdyż badania Häglera wykazały, że bakterya na naszych rękach sadowią się nie w gruczołach potowych i łojowych, jakeśmy dotychczas mniemali, lecz właśnie pod takimi strzępami. Dlatego więc tę okolicę każdego palca szczególną troskliwością otoczyć należy. Najlepiej oczywiście byłoby, aby naskórek przerastał swobodnie na podstawę paznogcia, a tylko ci, którzy posiadają szczególną skłonność do tak zwanych zadzierek, powinni błonkę ową odsuwać z paznogcia. Zadzierki bowiem tworzą się prawdopodobnie skutkiem wielkiego napięcia, jakie powstaje w skórze ponad nasadą paznogcia, gdy ten rosnąc, naciąga na sobie ową błonkę naskórkową. Napięcie to znieść się uda przez jej cofnięcie dośrodkowe. Dalej powinien chirurg unikać dotykania się ciał żrących, jak n. p. karbolu, który dziś niemal zupełnie z chirurgii wycofać możemy, gdyż to karbol powoduje, że i dziś jeszcze niektórzy chirurdzy, którzy często i wiele z karbolem się stykają, mają ręce suche, zawsze jakby brudne, i zawsze pełno na nich strzępów odrywającego sie naskórka. Ręce takie mają wprawdzie wejrzenie bardzo spracowanych i bardzo poczciwych, ale są zupełnie niechirurgiczne; również niefortunnie na ręce nasze wpływa gips. A że bez niego obejść się nie możemy, więc powinniśmy zawsze, zanim weźmiemy w swe ręce opaskę gipsową, nasmarować je obficie, np. wazeliną, która zapobiega przywieraniu gipsu do skóry.

Do rąk naszych gips przysycha łatwo, łatwiej może niż do innych przedmiotów, gdyż ręce nasze skutkiem częstego mycia mają skórę suchą i pozbawioną tłuszczu. Tłuszczu tego powinniśmy im dodawać, gdyż ten sprawi, że skóra będzie nietylko mięką i gładką, lecz nadto utworzy na powierzchni delikatną powłoczkę, chroniącą ją od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Niewiem, z jakiego tytułu, wielkiem wzięciem cieszy się w tym celu używana gliceryna; wszakżeż to nie tłuszcz, ale alkohol! Lepiej pewnie kosmetykę rąk podtrzymuje oddawna przez chirurgów używana lanolina, przyprawiona kwasem borowym, olejkami wonnymi itd. Najlepszą jednak wydaje się mi oliwa, uznana nawet przez tak wyrafinowanych strojnisiów, jakimi byli Rzymianie za cesarzów. Oliwę wyjałowioną powinniśmy wcierać w skórę rąk po każdem ich obmyciu. W sprawie pielęgnowania skóry mogliby nas niejednego nauczyć dermatolodzy, ci więc teraz głos w tej sprawie zabrać powinni.

Niemniej ważnem, jak kosmetyka rąk, jest dla chirurga i ich zabezpieczenie, niestety właśnie dla chirurga, o ile ważne, o tyle trudne. Ciągle bowiem ma on sposobność i musi się stykać z ropą i drobnoustrojami ropnymi i to już przystosowanymi. Przestrzegajmy więc w miarę możności tego, abyśmy unikali owego bezpośredniego stykania się. Badając ranę, przetoki itp., najczęściej niepotrzebujemy dotykać się ich rękoma, często wystarcza dokładne obejrzenie miejsca, zajętego chorobą. Zresztą mamy cały szereg narzędzi i przy ich pomocy dokładnie zoryentować się możemy. A kiedy już koniecznie wypadnie obmacać jakiś wrzód lub ranę, powinniśmy ją poprzednio, co i choremu na dobre wyjdzie, dokładnie zlać wodą borową lub sublimatem, a palec własny osłonić choćby warstwą jałowej wazeliny.

Prawie przy każdej zmianie opatrunku rany ropiejącej uniknąć możemy bezpośredniego stykania się rąk naszych z zabrudzonym materyałem opatrunkowym, względnie z wydzieliną rany. Szczypczykami, nożyczkami i zgłębnikiem doskonale i w zupełności wyręczyć się możemy. Przy badaniu wewnętrznem jam ciała ludzkiego winniśmy zawsze używać osłonek gumowych na palce (Fingerlingen). Najgorsza sprawa z operowaniem czyraków, ropni, ropówek, wogóle spraw chorobowych posokowatych. Kto używa rękawiczek gumowych, dobrze niewątpliwie zrobi, gdy je właśnie wtedy wdzieje. My jednak ich nie używamy i potrzeby ich nie czujemy; robimy jak wielu anatomo-patologów, to jest pomazujemy ręce oliwą wyjałowioną, względnie wazeliną, przechowywaną w wyjałowionych tubkach cynowych (jak farby malarskie). Do tak pokrytej skóry ropa nie przylega ściśle, a w każdym razie przyrzuty ropne nie dostają się bezpośrednio na skórę i łatwiej je zmyć. Najważniejszem jest jednak to, aby po takiej operacyi wymyć ręce tak dokładnie, jakby się miało przystępować do laparotomii; czego zresztą prof. Rydygier przestrzega po każdej, choćby idealnie aseptycznej, operacyi. Nie potrzebuję zresztą dodawać, że w klinice lwowskiej zawsze urządzamy się tak, aby operacye posokowate wykonywać pod koniec zajęć, względnie wykluczamy od operacyi aseptycznej tych lekarzy, którzy tego dnia mieli cokolwiek do czynienia z ropą. Uwagi o zabezpieczeniu rąk zakończyć mogę zdaniem, ażeby chirurg, szanując nie tyle swe ręce, ile zdrowie powierzających mu się chorych, jak najmniej dotykał się przedmiotów zakażonych, na których lub w których gnieździć się mogą bakterye chorobotwórcze, przyranne.

Przystępuję obecnie do ustępu najważniejszego, t. j. do właściwej w ścisłem tego słowa znaczeniu aseptyki rąk. Powiedziałem już przedtem, że podczas operacyi rękawic nie używamy, lecz za to dbamy o kosmetykę i profilaktykę rąk i o dokładne obmycie ich przed operacyą. Przy myciu, zgodnie pewno ze wszystkimi, główną uwagę zwracamy na jego stronę mechaniczną. Myjemy zatem ręce długo, bo ćwierć godziny, — czas ogromnie długi. Do mycia używamy miękich wiórów drzewnych. Gdyż jakkolwiek i dla nas jest to pewnikiem, że szczotkę, parą lub wodą wrzącą można zupełnie wyjałowić, wolimy zawsze używać wiórów wyjałowionych i przechowywanych do użycia w sublimacie, które po jednorazowem użyciu precz odrzucamy.

A wiórami równie dobrze mechanicznie zetrzeć możemy powierzchowne warstwy naskórka, jak i szczotką, nie drażnimy jednak tak bardzo naszej własnej skóry i stykamy

się z przedmiotem, który nigdy nie był ropą powalany. Myjemy się w płynącym strumieniu dobrze ciepłej wody i używamy wyłącznie płynnego spirytusowego mydła. Prof. Rydygier, wprowadzając przed kilkoma laty (gdyż jeszcze w Krakowie) takie mydło wyłącznie do swej kliniki, nie myślał o jego działaniu antyseptycznem, o którem pisał zeszłego roku Mikulicz; chodziło raczej o to, aby usunąć w ten sposób z użycia mydło twarde, przealkalizowane, zatem drażniące skórę, które, leżąc na stoliku i przechodząc z rąk do rąk musiało uledz zanieczyszczeniu ropą, wydzielinami rany, krwią i t. d. Wprowadzając zaś w użycie mydło płynne, przechowywane w irygatorach, otwieranych automatycznie, usunięto raz na zawsze tę ostatnią ryzykowną niewłaściwość. Po ćwierćgodzinnem myciu mydłem i wiórami w wodzie opłókujemy ręce w sublimacie, potem w 70% alkoholu i znów w sublimacie, a bezpośrednio przed wzięciem noża do ręki wycieramy całe ręce, a zwłaszcza paznogcie i okolicę pod nimi, płatkiem gazy, zmaczanej w takimże alkoholu. Podczas operacyi pilnuje tego Prof. Rydygier, aby często opłókiwać ręce w świeżym 3% rozczynie kwasu borowego i to tak często, by krew na rękach nie zasychała. Czynnik to bardzo ważny, bo i Gottstein np. wykazał, że często ręce, które przed operacyą były zupełnie jałowe, podczas operacyi nie były takiemi, a Dettner, badając rękawice gumowe Friedricha, stwierdził, że po ich zanieczyszczeniu podczas operacyi wystarcza jedno do półtoraminutowe przepłókiwanie ich w wodzie wyjałowionej do przywrócenia im napowrót zupełnej czystości. A dlaczegóżby nasze ręce zachowywać się miały inaczej pod tym względem, jak rękawice gumowe?

Streszczając powyższe uwagi sądzę, że aseptyka rąk składać się winna z trzech wzajemnie się uzupełniających i równie ważnych czynników: 1) z kosmetyki, 2) z profilaktyki 3) i z właściwej aseptyki. Przy zachowaniu dwóch pierwszych przepisów potrafimy tak dokładnie ręce przed operacyą wyjałowić, że nigdy nie zapotrzebujemy rękawic do operacyi i nigdy z tej strony nie nastąpi zakażenie rany, chyba że podczas operacyi w czem innem pobłądzimy. Gdyż powtarzam, aseptyka to rzecz nader trudna, tem trudniejsza, że zawiła. Trzeba się jej tak nauczyć, by operując nie trzeba było pamiętać o niej, lecz bezwiednie niejako, instynktownie, przestrzegać jej na każdym kroku. Nie ci zasługują się sprawie, którzy rzecz trudną jeszcze bardziej wikłają, lecz ci, którzy ją uprościć pragną i uprzystępnić wszystkim i dla wszystkich, gdyż aseptyka to dobro prawdziwe, które stać się winno udziałem każdego.

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki Prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał

Dr. W. Chlumsky,

I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy wzajemnych stosunków wewnątrz klatki piersiowej, to w lżejszych przypadkach lejkowatej klatki piersiowej nie znajdujemy tam nic nieprawidłowego. Natomiast w cięższych przypadkach serce bywa przesunięte więcej ku stronie lewej, co wypukiem i radyoskopią z łatwością wykazać można. Nieznany autor z „Gazette des hôpitaux“ znalazł w sercu „un double soufle diastolique“, Ramadier i Serieux zwężenie aorty z przerostem serca. W jednym średnio ciężkim przypadku Béclèrea było serce z powodu wypociny opłucnowej silnie uciśnięte ku przodowi i stronie prawej; wysterczający ku tyłowi mostek przeszkadzał dalszemu przesunięciu serca do prawej połowy klatki piersiowej, co powodowało ciężkie zaburzenia w krążeniu i oddechaniu. Następstwa tego rodzaju ucisku mogą w pewnych warunkach stać się bardzo zgubnemi.

Jak wyżej wspomnieliśmy, wymiar wewnętrzny, przednio-tylny, jest także mniejszy od prawidłowego. Płuca nie okazują żadnych nieprawidłowości, ich pojemność oddechowa ma być podług podań wszystkich autorów prawidłowa.

Oprócz zniekształtnienia klatki piersiowej okazywali chorzy moi jeszcze inne zboczenia cielesne. Jeden miał obustronne wrodzone wywichnięcie stawu biodrowego, drugi cierpiał na połowicze porażenie mózgowe wrodzone, trzeci miał stulejkę, z wyjątkiem jednego w Würzburgu, drugiego w Krakowie, wszyscy inni obserwowani przezemnie chorzy byli duchowo mniej rozwinięci, aniżelibyśmy mogli od ludzi w ich wieku oczekiwać.

Picqué i Colombani stwierdzili w swoim przypadku ogólną wątłość, ruchy pląsawicze, końską stopę i padaczkę; Ebstein napotkał skurcz lewego podudzia i padaczkę; pacyent Hundmüllera był upośledzony na umyśle; pacyent Klemperera miał padaczkę, pacyent Ramadiera i Serieuxa cierpiał na niedołęztwo umysłowe, Capitana — na głuchotę, pacyent Ferea Schmidta miewał napady padaczkowe, Lugo-Orregoa ulegał zaburzeniom mowy.

Stan ogólny pacyentów, o ile nie zależał od innych chorób, był prawidłowy; mogli oni biegać, chodzić po schodach, nie mieli oni sercowych, ani oddechowych przypadłości; krótko mówiąc, czuli się podmiotowo zupełnie zdrowymi.

Nieprawidłowości w kształcie klatki piersiowej wychodziły po największej części na jaw tylko przypadkowo, przy sposobności badania z powodu innego rodzaju dolegliwości. Podług Marie ma się ta wada spotykać przeważnie u mężczyzn; między moimi jednak przypadkami znajdowały się cztery kobiety, a tylko dwóch mężczyzn. Ebstein, Herbst, Capitan stwierdzili także tę nieprawidłowość u kobiet.

W większości przypadków lejkowata klatka piersiowa jest cierpieniem wrodzonem, prawie zawsze może już być spostrzeżona zaraz po przyjściu dziecka na świat. Często jest ona jednak początkowo nieznaczną, wskutek czego łatwo ją przeoczyć, a choćby została zauważoną, otoczenie nie przypisuje jej żadnego znaczenia.

W małej liczbie przypadków powstaje to zniekształtnienie dopiero w życiu pozamacicznem, i wtedy jest prawdopodobnie tylko częściowym objawem innego cierpienia. Podług Chapparta powstaje ona w niektórych razach, podobnie jak wiele innych nieprawidłowości klatki piersiowej, wskutek zwężenia dróg oddechowych w górnym ich odcinku, raz jako następstwo krzywicy, to znowu z powodu mięsaka śródpiersia, innym razem wskutek cierpienia mózgowego

(Ebstein), — po przebyciu spraw chorobowych, zakaźnych (Flesch) i t. d.

Etyologia. Co do przyczyn, wywołujących lejkowatą klatkę piersiową, i sposobów jej powstania istnieją najrozmaitsze zapatrywania i przypuszczenia.

Jedni przyczynę wytworzenia się tego zniekształtnienia upatrują w ciśnieniu wewnątrzmacicznem, jakie silnie ku przodowi zgięta głowa płodu wywiera na przednią powierzchnię własnej klatki piersiowej (Zuckerkandl i Hartmann). W niektórych przypadkach przypuszczenie takie wydaje się dosyć prawdopodobnem. I tak w jednym z naszych przypadków spostrzegałem poniżej obydwóch obojczyków powierzchnię płaską, trójkątną, zwróconą swoją podstawą ku górze, a płaszczyzna ta przechodziła następnie ku dołowi w typowe zagłębienie lejkowate; powierzchnia ta odpowiadała wymiarami swymi szczęce dolnej tego osobnika. Ribbert sądzi, że powstanie lejkowatej klatki piersiowej jest następstwem ucisku ścian macicy na pierś płodu; Gräffner tłómaczy przypadkowymi urazami w ostatnich miesiącach ciąży. To ostatnie przypuszczenie, zdaje mi się, mało jest prawdopodobne już z tego względu, że cierpienie to jest często dziedziczne.

Inni autorowie dopatrują przyczyny w sprawach zapalnych śródpiersia, w przeszkodach, zachodzących w jego rozwoju, albo wogóle we wszelkich sprawach chorobowych, zachodzących w narządach klatki piersiowej. Przypuszczenie to popiera przypadek Mariego, w którym stwierdzono wrodzoną sinicę i zwężenie aorty przy równoczesnem istnieniu lejkowatej klatki piersiowej. W ogólności zmiany w śródpiersiu są tylko nieznaczne (Remadier, Serieux) a musiałyby być jednak bardzo wybitne, jeżeliby wciągnięcie przedniej ściany klatki piersiowej miało być przez nie wywołane. W przypadku Sömeringa nawet wrodzony brak jednej połowy płuca nie pociągnął za sobą żadnych zmian w budowie klatki piersiowej. Eggel, Fèré et Schmidt, Fabre, Picqué, Colombami i Hagmann tłómaczą powstanie tej wady upośledzeniem odżywienia i rozwoju mostka. Opóźnione skostnienie mostka pozostawia miejsce mniej opierające się zewnętrznemu ciśnieniu atmosfery, a wskutek mechanizmu oddechania staje się ono jeszcze słabszem i zaciąga się ku wewnątrz, a dopiero następowo kostnieje już w tem nieprawidłowem ułożeniu. Temu przypuszczeniu zaprzecza jednak istnienie wrodzone lejkowatej klatki piersiowej. Przeważna liczba pacyentów rodzi się już z tem zniekształtnieniem. Zagłębienie staje się wprawdzie z czasem większem, jednak w chwili porodu, kiedy ani oddechanie, ani ciśnienie atmosferyczne jeszcze w grę wchodzić nie mogły, jest już ono zaznaczone. W ostateczności, chociażbyśmy nawet i przyjęli wspomniane tłómaczenie, to nie wyjaśnia nam ono jeszcze pierwotnej przyczyny cierpienia, t. j. opóźnionego skostnienia mostka. Jedni upatrują przyczynę tego w kile odziedziczonej, chociaż z wyjątkiem moich trzech przypadków ani w jednym z reszty mi znanych nie można było wykazać dziedzicznego obciążenia zakażeniem kiłowem.

Inni wreszcie uważają pewną postać krzywizny jako przyczynę lejkowatej klatki piersiowej. Podług Combyego jednak ma być krzywica chorobą nabytą, a nie dziedziczną. Podług Flescha i Schiffera przyczyną piersi lejkowatej jest nadmierna długość żeber. Przypuszczenie to wydaje się i P. Marie bardzo prawdopodobnem. Ebstein podaje jeszcze jedno tłómaczenie, a mianowicie przedwczesne skostnienie mostka, wskutek czego ma powstawać wygięcie żeber i mostka. Ale i to ostatnie nie wydaje mi się słusznem, ponieważ po pierwsze znane są przypadki, gdzie z pomocą röntgenografii wykazano przedwczesne skostnienie mostka, a mimo tego stosunki były zupełnie prawidłowe, a po drugie skrócenie mostka musiałoby w tym przypadku stanowić regułę. To ostatnie znajdujemy jednak tylko w nielicznych przypadkach. Podług Klemperera i Eichhorsta mają te nieprawidłowości powodować zaburzenia ośrodkowe i nerwowe.

Przy ocenieniu czynników, wywołujących powstanie piersi lejkowatej, musimy zdaniem mojem, pamiętać przedewszystkiem o dwóch szczegółach: po pierwsze, że cierpienie to, jako niczem niepowikłane zniekształtnienie, jest prawie bez wyjątku wadą wrodzoną, a po drugie, że nie jest ono tylko zwyczajnym garbem mostka, lecz wybitnem zniekształtnieniem przedniej powierzchni klatki piersiowej. Te dwa punkta naprowadzają nas na analogię z innemi zniekształtnieniami wrodzonemi, jak płaskostopie, stopa kopyto-szpotawa, zwichnięcie biodra i t. d. i doprowadzają do podobnych wniosków co do przyczyny powstania cierpienia o którem mowa.

Pierś lejkowata jest albo nieprawidłowością wrodzoną, spowodowaną uciskiem, jak to utrzymują Zuckerkandl, Hagmann i Ribbert, albo też należy ona do rodzaju t. zw. „vitium primae formationis.“

Nie chcę rozstrzygać, które z tych przypuszczeń ma większe cechy prawdopodobieństwa. Zwracam jeszcze na to uwagę, że nieprawidłowość ta występuje prawie zawsze u osób dziedzicznie obciążonych i to często w towarzystwie innych zboczeń wrodzonych. W rodzinie pacyentów tego rodzaju znajdujemy psychozy, gruźlicę, kiłę, alkoholizm itd.; a u samych pacyentów wrodzone wywichnięcie w stawie biodrowym, połowicze porażenia mózgowe, zrosty palców, skośnogłowie, bezbarwność skóry, *(vitiligo)* rybią łuskę, stulejkę, wnętrostwo (*cryptorcha*), ogólne osłabienie, zaburzenia psychiczne itd. — co wskazuje na „vitium primae formationis.“ Pierś lejkowata jest często dziedziczną; w przypadku Klemperera znajdowała się ona w trzech pokoleniach; inni autorowie spostrzegali także po kilku członków tejże samej rodziny, dotkniętych tą nieprawidłowością: Herbst stwierdził ją u dwóch sióstr; Ramadier i Serieux u brata i siostry, Anthoni u bliźniąt; ja widziałem ją u brata i dwóch sióstr. I te przypadki przemawiałyby za drugiem przypuszczeniem, t. j. „vitium primae formationis.“

W małej liczbie przypadków, jak powiedzieliśmy, pierś lejkowata jest wadą nabytą, a wtedy jest ona jednym z objawów innego cierpienia. I tak Chapard opisał przypadek, w którym powstała ona w następstwie sprawy nowotworowej w śródpiersiu; — potem kilka innych przypadków, w których wystąpiła bądź na tle krzywicy, bądź też wskutek zwężenia górnych dróg oddechowych. W jednym przypadku Ebsteina wytworzyła się ona u dziecka trzyletniego po przebytej chorobie mózgowej, a w jednym przypadku Flescha wystąpiła w 7 roku życia równocześnie z padaczką po przebyciu choroby zakaźnej.

Czy mamy tutaj zaliczyć i zniekształtnienie klatki piersiowej wskutek syringomyelii i myopatyi? — pod tym względem niema zgody między autorami.

Jeżeli w tych przypadkach zniekształtnienie klatki piersiowej odpowiada kształtowi typowej piersi lejkowatej, to według mego zdania możemy je tutaj zaliczać, z zastrzeżeniem jednak, że nie mamy tu do czynienia z postacią samoistną, lecz następową, z objawami innej choroby.

(Dokończenie nastąpi).

III. O budowie i syntezach ciał ksantynowych.

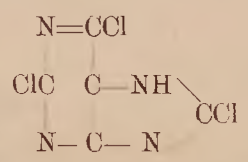
Podał

Doc. Dr. Michał Seńkowski.

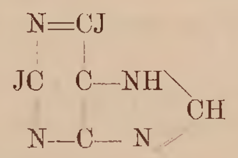
(Dokończenie).

Kwas moczowy nie daje się bezpośrednio zredukować na purynę; trzeba najpierw wodorotleny zastąpić chlorem, a dopiero potem chlor usunąć. Droga, którą Fischer po mozolnych badaniach obrał, jest następującą:

Jeżeli kwas moczowy w rozczynie alkalicznym będziemy ogrzewać z tlenochlorkiem fosforu w nadmiarze do 160°, tworzy się 2. 6. 8 trójchloropuryna



Jodowodór w temperaturze 0° działa na ten związek tak, że chlor 8. zostaje zastąpiony wodorem, a dwa inne atomy chloru zastąpione jodem, wskutek czego powstaje 2. 6 dwujodopuryna

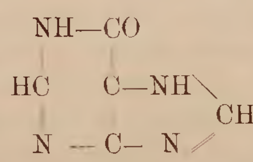


Dwujodopuryna działaniem pyłku cynkowego i wody utraca obydwa atomy jodu i daje wolną purynę, której wzór poprzednio przytoczyłem.

Puryna jest ciałem białem, krystalicznem, topi się w 216°, a rozpuszcza się stosunkowo łatwo w wodzie, czem się różni od swych pochodnych, przeważnie bardzo trudno w wodzie rozpuszczalnych. Jest ona równocześnie kwasem i silną zasadą.

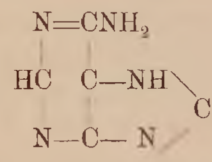
Puryny nie znaleziono dotychczas ani w świecie roślinnym, ani zwierzęcym. Czy się ona tam rzeczywiście nie znajduje, tego nie można przesądzać: wobec jednak wielkiego rozpowszechnienia jej rozmaitych pochodnych, możliwości jej znachodzenia się nie można wykluczyć. Być może, że łatwa rozpuszczalność puryny w wodzie stała się przyczyną, że chemicy, przyzwyczajeni do trudno rozpuszczalnych ksantyn, ją właśnie przeoczyli.

Monooksypuryny. Możliwe są trzy izomeryczne odmiany, odpowiadające położeniu tlenu w miejscu 2, 6, i 8. W naturze znachodzi się tylko 6 oksypuryna czyli hipoksantyna



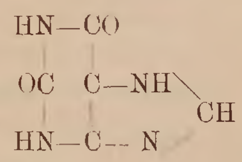
Działaniem wodnego rozczynu potażu żrącego na trójchloropurynę zostaje zastąpionym przez wodorotlen zrazu tylko chlor w położeniu 6. Jeżeli reakcyę w tym punkcie przerwiemy, a dwa inne chlory zredukujemy jodowodorem, a następnie pyłkiem cynkowym, powstaje gładko hipoksantyna.

Analogicznie do hipoksantyny jest zbudowaną 6. aminopuryna czyli adenina



otrzymana z trójchloropuryny umiarkowanem działaniem alkoholowego rozczynu amoniaku i następną redukcyą jodowodorem i pyłkiem cynkowym w sposób analogiczny do hipoksantyny. Ponieważ reakcya ta przebiega bardzo gładko, prawie ilościowo, przeto jest to najwygodniejsza droga otrzymania adeniny, a z niej działaniem kwasu azotawego także i hipoksantyny, bezwarunkowo wygodniejsza i tańsza od otrzymywania tych zasad z wyciągu mięsnego.

Dwuoksypuryny. Z trzech możliwych odmian 2.6, 2.8. i 6.8. najważniejszą jest znajdująca się w naturze 2. 6 dwuoksypuryna, czyli ksantyna

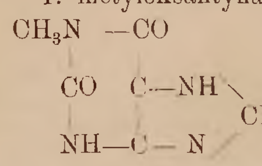


otrzymana syntetycznie z trójchloropuryny przez redukcyę jodowodorem w temp. 0° na 2. 6. dwujodopurynę i następne zastąpienie jodu tlenem przez gotowanie z kwasem solnym. W ten sposób zaspokoiło się życzenie wielu chemików, którzy próbowali zredukować bezpośrednio kwas moczowy na ksantynę, jednak bez skutku.

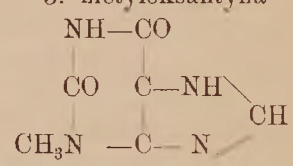
Na szczególniejszą uwagę zasługują związki homologiczne ksantyny, różniące się od niej o jedną lub więcej grup metylowych, albowiem między nimi znajdują się puryny ze świata roślinnego, stanowiące tak cenne leki, jak kofeina i teobromina.

Z tych najważniejsze są:

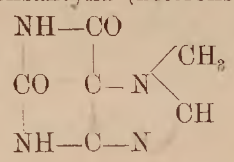
1. metyloksantyna



3. metyloksantyna



7. metyloksantyna (heteroksantyna)



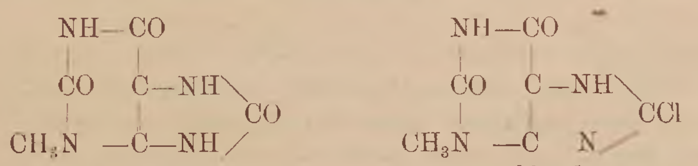
Heteroksantyna, znaleziona w moczu przez Salomona w r. 1885, została otrzymaną przez Fischera z teobrominy, przez usunięcie grupy metylowej, znajdującej się w położeniu 3.

3. metyloksantyna otrzymana z kwasu 3. metylomoczowego w sposób, jak ksantyna z kwasu moczowego, w przyrodzie się nie znajduje.

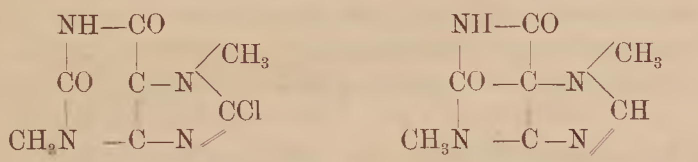
1. metyloksantyna, znaleziona w moczu przez Krügera i Salomona. Budowa jej wynika z budowy dwóch poprzednich. Synteza dotychczas nie przeprowadzona.

Dwumetyloksantyny możliwe są w trzech odmianach, z tych wszystkie znajdują się w naturze

3. 7. dwumetyloksantyna, czyli teobromina została otrzymaną kilkoma drogami. W jednej z nich, jako punkt wyjścia, służy kwas 3. metylomoczowy, ten z tlenochlorkiem fosforu daje 3. metylo 8. chloroksantynę, która z jodkiem metylu w reakcyi alkalicznej daje 8. chloroteobrominę, a z tej przez redukcyę powstaje teobromina



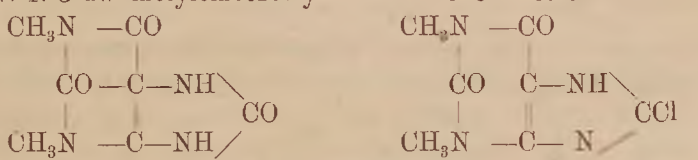
kw. 3. metylomoczowy — 3. metylochloroksantyna



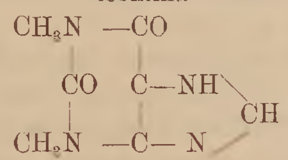
8-chloroteobromina — teobromina

1. 3 dwumetyloksantyna, czyli teofilina, otrzymaną została z kwasu 1. 3 dwumetylomoczowego działaniem tlenochlorku, fosforu i następną redukcyą

kw. 1. 3 dwumetylomoczowy — 8 chloroteofilina

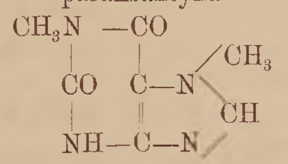


teofilina

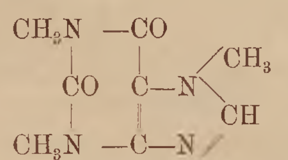


1. 7 dwumetyloksantyna, czyli araksantyna, otrzymaną została z kwasu 1. 7 dwumetylomoczowego drogą zupełnie taką samą, jak poprzednia

paraksantyna



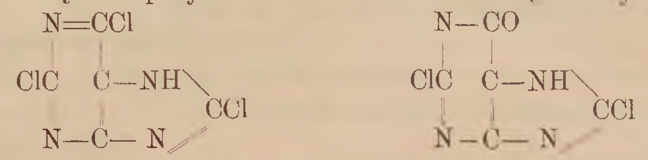
1. 3. 7 trójmetyloksantyna czyli kofeina



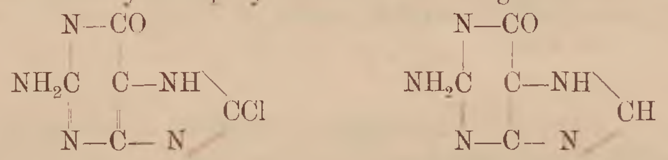
Ksantyna i ksantyny podstawione grupami metylowemi mogą być użyte jako punkt wyjścia do syntezy kofeiny. Każda z tych ksantyn przez wprowadzenie do niej tylu rodni metylowych, ile się zmieści, daje w rezultacie kofeinę. Częściowa synteza kofeiny z teobrominy była opisaną przez Streckera jeszcze w r. 1861, a że kofeinę naturalną można mieć w dowolnej ilości, to też nic dziwnego, że jest ona obok kwasu moczowego najlepiej przez dawniejszych autorów opracowanem ciałem ksantynowem. Z licznych nowszych syntez wymienię tylko jedną, gdzie przez pośrednią redukcyę kwasu 1. 3. 7 trójmetylomoczowego tworzy się kofeina zupełnie tak samo, jak z kwasu moczowego ksantyna. Ponieważ kwas trójmetylomoczowy jest dosyć łatwym do otrzymania, droga ta może się stać sposobem fabrycznym otrzymywania kofeiny.

W końcu opisać tu muszę jeszcze jedno ważne połączenie z tej gromady, a tem jest 2 amino 6 oksypuryna, czyli guanina. Trójchloropuryna, ogrzewana z alkaliami, tworzy zrazu dwuchlorohipoksantynę. Jeżeli reakcyę w tym punkcie przerwiemy, a dalej będziemy działać amoniakiem, tworzy się 2 amino 6 oksy 8 chloropuryna, która, zredukowana, daje guaninę.

trójchloropuryna — dwuchlorohipoksantyna



aminooksychloropuryna — guanina

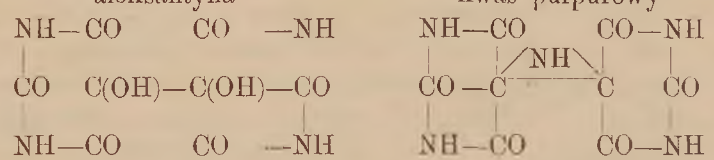


Z pochodnych guaniny należałoby jeszcze wymienić syntetycznie otrzymaną 7 metyloguaninę t. j. epiguaninę, która później znalezioną została w moczu przez Krügera i Salomona.

Tak wyglądają w krótkim zarysie prace około syntezy pochodnych puryny; pozostaje mi jeszcze wytłómaczyć kilka reakcyi analitycznych, któremi niejednokrotnie w ciągu tych syntez musiano się posługiwać celem śledzenia ich przebiegu, które to reakcye zależne są od pewnych konfiguracyi atomów w drobinie puryn.

Reakcya t. zw. mureksydowa występuje w tych wszystkich pochodnych puryny, którą dają aloksan. Polega ona na utworzeniu się kwasu purpurowego, który stoi w ścisłym związku z t. zw. aloksantyną, a tem samem z aloksanem.

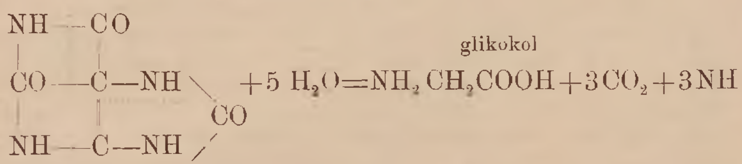
aloksantyna — kwas purpurowy



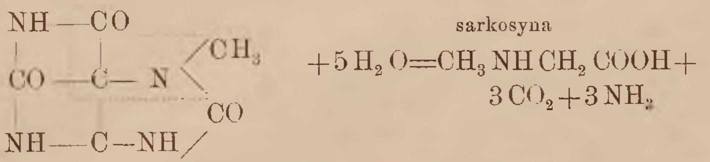
Kwas purpurowy w stanie wolnym nie istnieje; natomiast jego sól amonowa posiada barwę purpurową, a tworzy się, jeżeli kwas moczowy odparujemy do suchości z kwasem azotowym, a pozostałość zwilżymy amoniakiem. Reakcyę mureksydową dają tylko te puryny, z których przez utlenienie powstaje aloksan lub jego związki homologiczne, a więc kwas moczowy, ksantyna, kofeina, guanina i t. d., okazując tylko nieznaczne różnice między sobą w wyrazistości i łatwości reakcyi, oraz w odcieniu zabarwienia; inne, w szczególności te, które na węglu 2 nie mają tlenu lub grupy amidowej, nie dają po utlenieniu aloksanu, a tem samem

i reakcyi mureksydowej. Odnosi się to do takich związków, jak puryna, hipoksantyna, adenina.

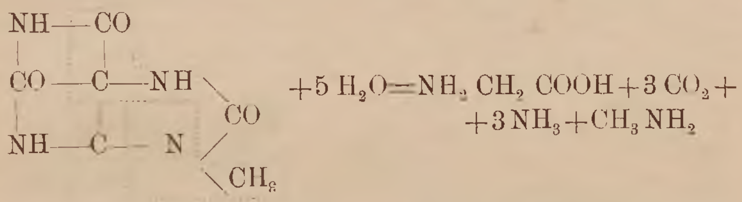
Przez gotowanie z kwasem solnym rozpada się grupa purynowa w ten sposób, że się tworzą bezwodnik węglowy, amoniak i kwas amido-octowy (glikokol)



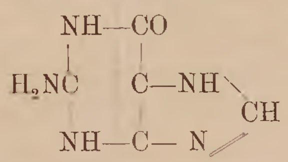
Jeżeli azot 7 jest połączony z grupą metylową, w miejsce glikokolu tworzy się sarkosyna



Jeżeli zaś azot 9 jest połączony z metylem, tworzy glikokol, bezwodnik węglowy, amoniak i metylamin



Jeżeli w purynie węgiel 2 jest połączony z grupą aminową, wtedy działaniem środków utleniających tworzy się guanidyna $(NH_2)_2CNH$



Że obecność grupy aminowej na węglu 6 nie może być przyczyną utworzenia się guanidyny, jest teoretycznie jasnem; doświadczenie zaś pouczyło, że to samo dzieje się także z węglem 8, choć tutaj tworzenie się guanidyny jest teoretycznie możliwem.

W ten sposób badania nad budową ciał ksantynowych są, śmiało rzec można, ukończone; tu i owdzie tylko należałoby je uzupełnić; ich struktura jest nam jasną i pewną, jak pewnemi są zasady dzisiejszej chemii. Nasuwa się teraz tylko pytanie, czy te mozolne badania mają jakie praktyczne znaczenie w życiu, a zwłaszcza w medycynie. Stanowczo musimy powiedzieć — tak. Najpierw w przemyśle, zwłaszcza w przemyśle farmaceutycznym. O ile tańszymi staną się leki, jak kofeina lub teobromina, jeżeli do ich wyrobu użyjemy nie drogiej kawy lub kakao, lecz guana lub odchodów ptasich. Prace około wynalezienia sposobu taniej fabrykacyi tych ciał są w toku i nie długo będziemy czekali na dziesięćkroć tańszą sztuczną kofeinę lub teobrominę. Równocześnie są przeprowadzane badania nad własnościami farmakologicznemi innych puryn, już tylko drogą sztuczną otrzymanych, między któremi niewątpliwie znajdą się ciała o cennych własnościach leczniczych. W zastosowaniu do medycyny teoretycznej i praktycznej syntezy ciał purynowych wydać mogą jeszcze poważniejsze rezultaty. Ciała ksantynowe, otrzymane z wydalin naturalnych, przedstawiały drogocenne preparaty, troskliwie i zazdrośnie przechowywane w muzeach chemicznych; do otrzymania kilku decygramów jednej z naturalnych puryn trzeba było przerobić nie setki, a tysiące litrów moczu; nic też dziwnego, że o dokładnem poznaniu ich własności i mowy nie było. Dziś stosunkowo niezbyt trudnemi metodami chemicznemi i niewielkim nakładem kosztów możemy mieć te ciała w dowolnej ilości, możemy poznać ich własności fizyologiczne, łatwiej nam wypracować metody ich wykrycia i łatwiej określić znaczenie występowania tej lub owej puryny. Tak n. p. tylko dokładnej znajomości pojedynczych puryn należy zawdzięczyć prace Krügera i Salomona, którzy wykazali, że wielka część ciał ksantynowych, zawartych w moczu, mianowicie te, które posiadają grupy metylowe, pochodzi od kofeiny, teobrominy i teofiliny, znajdujących się w środkach spożywczych.

Największa część puryn, o ile nie ulega w ustroju całkowitemu spaleniu, opuszcza go w postaci kwasu moczowego, który jest puryną w *maximum* utlenienia, o ile to jest możliwem bez rozbicia właściwego jądra, złożonego z atomów węgla i azotu. Dziś zwracamy baczną uwagę na objaw chorobowy, charakteryzujący się zwiększoną ilością wydzielanego kwasu moczowego, na t. zw. skazę moczanową. Przyczyna jej, a może przyczyny, nie są nam jasne; czy owo zagadnienie rozwiążemy, czas to pokaże; w każdym razie prace ściśle chemiczne będą tego rozwiązania podstawą. Dziś już nie zapatrujemy się na kwas moczowy, jako produkt upośledzonej przemiany materyi, niejako niedokładnego spalenia się białka, lecz polegając na pracach głównie Kossla, który w produktach rozkładowych nukleiny znalazł adeninę i inne puryny, uważać musimy jako źródło pochodzenia tych ciał jądro komórki, a w ten sposób badania tu opisane stają się podstawą do rozwiązania najważniejszych zagadnień biologicznych. Jakiekolwiek będą dalsze wyniki, teraz z dumą możemy powiedzieć, — poznaliśmy jedną kartę więcej z tajemniczej księgi przyrody, poznaliśmy ją z taką dokładnością, na jaką nam pozwala znajomość dzisiejszych zasadniczych praw chemii.

IV. Wyciągi.

Hellendal (Berlin). **W sprawie leczenia chorób sercowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Często się zdarza, że chorzy na serce uczuwają pewną ulgę po przyłożeniu dłoni na okolicę uderzenia koniuszkowego. Otóż tę okoliczność wyzyskał autor, zakładając takim chorym opaskę (nakształt opaski przepuklinowej), której elastyczna pelotka równomiernie uciska okolicę serca. Oczywiście o wyleczeniu n. p. wady sercowej tym zabiegiem mowy być nie może, — co najwyżej może nastąpić niejaka ulga i to jedynie w przypadkach chorób serca na tle nerwowem. *Pisek.*

Dungern. **Praktyczny sposób uczynienia mleka krowiego więcej strawnem.** (*Münch. med. Wochsch.* Nr. 48 1900). Mleko krowie ścina się w żołądku w duże kawałki i dlatego, stając się trudno-strawne, sprowadza następowe zaburzenia w trawieniu. Z tego względu polecano mięszać mleko krowie z klejem roślinnym, z tłuszczem, usuwać częściowo zsiadły sernik, lub działać nań środkami trawiącymi, jak pankreatyna (mleko Backhausa, Voltmera i innych). Ponieważ domieszki do mleka są przez osesków źle znoszone, a przez usunięcie sernika pozbawiamy mleko znacznej ilości części pożywnych, — poleca autor mleko gotowane zagrzać do ciepłoty ciała ludzkiego w chwili, kiedy mamy je podać noworodkowi i zaprawić zaczynem podpuszczkowym (pegnin). Strącony w ten sposób sernik kłócić tak długo, aż rozdzieli się na drobne obłoczki takie, w jakich zsiada

się sernik w mleku kobiecem. Tak przygotowane mleko ma wprawdzie smak nieco odmienny od mleka zwykłego, mimo to noworodki piją je bardzo chętnie, sernik w żołądku ich nie zsiada się już w duże kawałki, a przez to i trawienie jest łatwiejsze. *P.*

Ebstein (Getynga). **Napady bezdechu** *(apnoë)* **w przebiegu porażenia błoniczego. Wyzdrowienie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). U 10-letniej dziewczynki z objawami, w części porażnymi, w części zaś niezbornościowymi, pochodzenia błoniczego, wystąpiły nagle napady bezdechu, trwające od 5 do 34 godzin. Pierwszy napad robił zupełnie wrażenie groźnego zaduszenia nadmierną ilością plwociny i śluzu, wypełniającą górne drogi oddechowe. Skoro jednak usunięto tę domniemaną przeszkodę, nietylko że stan chorej się nie poprawił, ale wystąpił całkowity bezdech, utrzymujący się przez 6 godzin, któryby niezawodnie życiu położył koniec, gdyby natychmiast i bez przerwy przez cały ten czas nie stosowano sztucznego oddechania; napadów takich było 5, najdłuższy trwał 34 godzin: — również i tutaj stosowano bez przerwy sztuczne oddechanie. Z uwagi, że ani porażenia mięśni wdechowych, ani porażenia przepony nie można było z innych względów przyjąć za przyczynę tego zjawiska, kładzie autor szczególny nacisk na przypuszczalne zmiany chorobowe w ośrodkach oddechowych, wywołane jadem błoniczym. *Dr. Henryk Pisek.*

Fehling: **O samo zatruciu ustroju w położnictwie** (*Münch. med. Wochensch.* Nr. 49, 1900). Jako źródło gorączki połogowej uważał Semelweis rozkład w macicy wód, resztek łożyska, skrzepów krwi, lub też zranienia sromu. Znacznie dalej posuwa się Ahlfeld, twierdząc, że nawet po zupełnie prawidłowym porodzie, gdzie nic nie pozostało i gdzie jest wykluczone zakażenie palcami badającego, narzędziami i materyałem opatrunkowym, może nastąpić samozatrucie ustroju, objawiające się podwyższeniem ciepłoty, lub nawet śmiercią. Twierdzenie to zbija Fehling, przytaczając na dowód przeprowadzone badania bakteryologiczne nad odkażaniem rąk, dalej udowadnia, że na sromie, mimo najlepszego odkażenia, znajdują się liczne bakterye że tak samo znajdują się bakterye i w pochwie, a nawet w samej macicy. Zatem chwilowe podwyższenie ciepłoty może powstać bądź przez bakterye mniejszej żywotności, które mimo odkażenia znajdowały się na palcu badającego, lub też za pośrednictwem palca zostały przeniesione ze sromu do pochwy i głębiej, albo które znajdowały się w pochwie przed porodem i dostały się podczas porodu do zranień pochwy i przedsionka, lub też wywędrowały z pochwy do macicy. Bakterye bowiem dolnej części pochwy, w miarę zatrzymywania się odpływu, dostają się do części głębszej, a ztąd mogą nawet przejść do jamy macicy.

Prócz tych źródeł zakażenia może ono nastąpić i bez badania, a to przez bakterye z powietrza, które mogły dostać się na otarcia i pęknięcia sromu, i jeżeli bakterye te są ropotwórcze, wtenczas powstaje miejscowe zapalenie z następowem mniejszem lub większem zatruciem ustroju. Na poparcie swego poglądu na przyczynę podwyższenia ciepłoty w połogu przytacza autor statystykę kilkunastu klinik z uwzględnieniem, czy rodzące były badane, czy nie. Główny nacisk kładzie na to, aby ręce nie stykały się poprzednio, bodaj kilka godzin przed badaniem rodzącej z ropą, bo mimo najskrupulatniejszego odkażania nie możemy być pewni, czy ręce nasze są należycie czyste. Przy badaniu przypadków mniej czystych radzi F. używać rękawiczek; wreszcie, aby uniknąć zakażenia z powietrza, poleca przez 6 dni po porodzie przykładać na srom waciki, zamaczane w rozczynie sublimatu 1:4000. Według zdania F. dopiero wtenczas wolno nam będzie mówić o samozatruciu, gdy będziemy napewno wiedzieć, że ręce nasze potrafimy całkowicie odkazić, oraz kiedy będziemy w możności oznaczyć czas, w którym możemy bezkarnie użyć rąk do badania położniczego po zanieczyszczeniu ich ropą, wreszcie gdy się dowiemy, czy i z jakiej przyczyny bakterye pochwy nabierają żywotności i czy bakterye z powietrza mogą w istocie zawędrować aż do macicy. *P.*

Wertheim. **Przyczynek do radykalnej operacyi raka macicy** (*Wien. klin. Wochensch.* Nr. 49, 1900). W połowie operowanych przypadków raka macicy, nawet przy niezajętej tkance łącznej przymacicznej, następuje po pewnym czasie nawrót, pomimo iż była wykluczoną możność przeszczepienia podczas operacyi komórek rakowych w ranę pooperacyjną. Pochodzi to ztąd, że przy stosunkowo małych zmianach nowotworowych w samej macicy znajdują się już, czuciem nie wybadalne, zmiany w tkance przymacicznej i w gruczołach miednicy małej. Aby mieć pewność, że z usunięciem pierwotnego ogniska usuwamy możność nawrotu, poleca autor wyciąć w każdym przypadku tkankę przymaciczną i powyjmować wszystkie gruczoły, przebiegające wzdłuż naczyń, aż po rozgałęzienie się tętnicy głównej. Przeciąwszy powłoki i otwarłszy otrzewnę, odpreparowuje W. przy ułożeniu chorej z miednicą podniesioną oba moczowody i grube naczynia, wzdłuż których wyłuszcza wszystkie gruczoły; następnie, oddzieliwszy pęcherz od macicy i pochwy, usuwa go ku przodowi i przecina oba parametrya, poczem zamknąwszy pochwę zaciskaczem poniżej nowotworu, odcina ją niżej zamknięcia. Operując w ten sposób, usuwa tkankę przymaciczną i gruczoły, a więc oddala możność powstania przerzutów; odcinając zaś pochwę w miejscu zdrowem i nie stykając się zupełnie z nowotworem, unika możności przeszczepienia. Ponieważ, badając przez pochwę, nie zawsze możemy określić, jak daleko jest zajęta tkanka przymaciczna i czy są zajęte gruczoły, dlatego autor poleca wydobywać macicę rakowatą nawet w tych przypadkach, gdzie wydobycie przez pochwę jest już niemożliwe. Tylko w tych przypadkach, gdzie guz wypełnia całą miednicę małą, autor nie operuje; zresztą, o ile siły chorej zezwalają na operacyę, to operuje zawsze. Jeżeli przy otwarciu jamy brzusznej okaże się, że rak zajmuje pęcherz, moczowody, a gruczoły tworzą pakiety, silnie zrośnięte z naczyniami, — to odstępuje od operacyi radykalnej, — a robi operacyę paliatywną, wyjmując samą macicę. Autor operuje w ten sposób od 2 lat i w 17 przypadkach wyleczonych nie spostrzegał nawrotu cierpienia. *P.*

Kretz. **Ropieniec** (*phlegmone*) **wyrostka robaczkowego w następstwie zapalenia migdałków.** (*Wien. klin. Wochs.* 1900) Nr. 49). Główną podstawą zapaleń wyrostka robaczkowego jest wprawdzie niewątpliwie jego budowa anatomiczna i histoloczna, usposabiająca w wysokim stopniu do zboczeń chorobowych (wąskość światła, ułatwiająca wytwarzanie się kamieni kałowych i uwięźnięcie ciał obcych; obfitość tkanki adenoidalnej, sprzyjająca zagnieżdżaniu się bakteryi i t. p.) jednakże niebezpieczeństwa, związane z zapaleniem wyrostka, polegają nietylko na tych anatomicznych stosunkach, gdyż znane są przypadki samowyleczenia, chociaż stosunki anatomiczne pozostają zawsze takie same. Pouczającym tego przykładem jest przypadek, spostrzegany przez Kretza, a odnoszący się do młodego człowieka, zmarłego na tężec: znaleziono mianowicie przy sekcyi w jamie brzusznej wolno leżący otorbiony koprolit, w okolicy ślimakowato skręconego wyrostka robaczkowego nieco zrostów, zresztą otrzewna prawidłowa. Niewątpliwie były to skutki dawniejszej zgorzeli i przedziurawienia wyrostka, pomimo których sprawa skończyła się pomyślnie, a koprolit, który wydostał się do jamy otrzewnej, uległ tam otorbieniu bez dalszych następstw dla ustroju. Jeżeli więc w większości przypadków sprawa kończy się niepomyślnie — zapaleniem otrzewnej lub posocznicą — nieraz jeszcze nawet przed przedziurawieniem wyrostka, to widocznie oprócz anatomicznych warunków wchodzi wówczas w grę inny jeszcze czynnik nadający przypadkom groźniejszym właściwe piętno.

W przypadku ropieńcowego zapalenia wyrostka u 30=l. kobiety, wychodzącego z dwóch małych owrzodzeń odleżynowych w sąsiedztwie pestek, które się dostały do wyrostka, a zakończonego zapaleniem otrzewnej, wykrył K. bardzo jadowite paciorkowce; takie same paciorkowce wyhodował z migdałków tej kobiety, zajętych (nierozpoznanem za życia) zapaleniem. Drugi zupełnie podobny przypadek dotyczył młodego mężczyzny z nawrotem zapalenia wyrostka. K. przyjmuje związek między schorzeniem migdałków a ropieńcem wyrostka robaczkowego, sądząc, że przy połykaniu dostało się do jelit dużo nader jadowitych paciorkowców, które natrafiwszy w wyrostku na podatny grunt, wywołały w nim ciężkie zmiany. Zwracając w końcu uwagę na znaczenie migdałków, jako wrót zakażenia w pewnych postaciach ropnicy i posocznicy bez znanego źródła (kryptogenetisch) oraz w pewnych zakażeniach jelitowych, sądzi K., że ropieńcowe zapalenie wyrostka należałoby pod względem etyologicznym wyodrębnić i postawić w jednym rzędzie z ropieńcowem zapaleniem żołądka, przełyku i okrężnicy. *C.*

Schattenfroh i Grassberger. **Stosunek nieruchomych prątków kw. mlekowego do szelestnicy.** (Rauschbrand) (*Münch. med. Wochs.* Nr. 50, 1900). S. i G. podają, że sprawca ropieńca gazowego (Gasphlegmone): *bacillus emphysematis* (Fraenkel, Lindenthal. Hitschmann) jest temsamem, co nader w przyrodzie rozpowszechniony *granulobacillus saccharobutyricus immobilis liquefaciens.* Prątek ten odgrywa rolę przyczynową także w znacznej części przypadków szelestnicy u bydła. *C.*

Muck. **O występowaniu ostrego zatrucia jodowego po zażywaniu jodku potasowego w związku z obecnością rodanów w wydzielinie nosa, spojówek i w ślinie.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 50, 1900). Zajmując się badaniami nad wpływem uszkodzenia struny bębenkowej (*chorda tymp.*) i splotu bęb. (*plexus tymp.*) wskutek ropienia w uchu środkowem na wydzielanie śliny, zauważył M., że u wielu osobników, dotkniętych przewlekłem ropieniem ucha, brak rodanów w ślinie, a ilość związków tych bywa u różnych osobników różna. Znaczna zawartość rodanów w ślinie, wydzielinach nosa i spojówek pociągała za sobą prawie zawsze objawy ostrego zatrucia jodowego o różnem natężeniu, — jeżeli dotyczącym osobnikom podano jodek potasu. Natomiast chorzy, których wydzieliny nie

zawierały rodanów, znosili jodek potasu bardzo dobrze. Wystąpienie objawów ostrej jodzicy zdaje się więc przyczynowo wiązać z nadmiarem rodanów w wydzielinach, a przypuszczenie to popiera także ta okoliczność, iż wogóle objawy jodzicy występują na tych błonach śluzowych, których własne lub sąsiednie gruczoły wydzielają rodany, jak na spojówkach i błonie śluzowej górnych dróg oddechowych.

C.

Doc. Ludomił Korczyński: **Kliniczne doświadczenia ze szpikiem kostnym.** (*Wiener mediz. Presse.* Nr 23—29, 1900). Na wstępie podaje autor obszerną literaturę o szpiku kostnym, wyczerpującą obecny stan nauki o nim ze stanowiska klinicznego, jakoteż fizyologicznego i histologicznego. Zadaniem zaś autora było określenie znaczenia leczniczego szpiku kostnego pod względem fizyologicznym i klinicznym. Praca więc rozpada się na dwie części: w pierwszej zamierzał autor odpowiedzieć na pytanie, czy wstrzykiwanie szpiku kostnego, lub podawanie go na wewnątrz wpływa na krążenie krwi, jej skład, wydzielanie bezwodnika węglowego i przemianę azotu; w drugiej miał na oku znaczenie lecznicze, a więc czy szpik kostny wpływa korzystnie na przemianę materyi i skład krwi w chorobach krwi, lub zboczeniach przemiany materyi. Do określenia działania fizyologicznego służył autorowi cały szereg doświadczeń na zwierzętach i dwóch chorych z cierpieniami nerwowemi, u których określał równowagę azotową, oznaczając azot w pokarmach, moczu i kale. Zwierzętom wstrzykiwano wyciągi wodne i glicerynowe szpiku kostnego w tkankę podskórną, lub podawano szpik surowy; ludziom podawano szpik surowy, lub „medulladen" Knolla w ilości 1·50 grm. dziennie. Wnioski, dające się wysnuć z tej pracy, wykazują, iż wstrzykiwania szpiku kostnego nie działają na krążenie i na oddechanie; natomiast wywołują leukocytozę trawienną i przyrost nagły ilości ciałek krwi czerwonych, zaraz po wstrzyknięciu, nazwany przez autora „Erythrochemotaxis". Obok tego widocznem było stałe zwiększenie się ilości ciałek czerwonych i wpływ korzystny na przemianę azotową w ustroju, objawiający się zatrzymywaniem azotu w ustroju, co uwidoczniają liczne tablice, przedstawiające bilans azotowy. Nadto szpik kostny wpływał korzystnie na podniesienie się stanu odżywienia młodych zwierząt. Spostrzeżenie to autora zgadza się z doświadczeniem Zuntza na małem dziecku, iż żywienie pokarmami, zawierającymi fosfor, np. żółtkiem jaj, nawet przy mniejszej zawartości kaloryj w pokarmach, wywoływało zaoszczędzenie azotu i fosforu. Danilewski zaś wykazał tosamo na młodem zwierzęciu przy żywieniu lecytyną. Do doświadczeń klinicznych użyto 7 chorych; z tych 4 przypadki niedokrwistości i błednicy, 1 białaczki i 2 przypadki cukrzycy. Pod wpływem „medulladenu" wzrastała ilość ciałek czerwonych i odsetek hemoglobiny, jak również poprawiało się odżywienie chorych. Wpływ korzystny na odżywienie był widocznym także w jednym przypadku cukrzycy; wpływu na wydzielanie cukru nie zauważono.

Dr. J. L.

Max Kahane. **Błednica.** (Odbitka z *Wiener Klinik* 1900). Choroby społeczne w ścisłem słowa znaczeniu są częste i nader rozgałęzione; nie przedstawiają one schorzeń pojedyńczych ludzi, lecz obejmują całe pokolenie szerokiego ogółu, a swojem istnieniem przynoszą ludzkości stały i znaczny uszczerbek na zdrowiu i zdolności do pracy. Do tych chorób społecznych należą kiła i gruźlica, a jako szkodniki dla zdrowia społecznego należy uważać alkoholizm i nerwice. Do tych chorób społecznych zalicza Kahane także błednicę, jako cierpienie, obejmujące pokaźną liczbę płci żeńskiej, będącej w okresie pokwitania; prowadzi ona do zaburzeń czynności płciowych i jest wyrazem masowego zwyrodnienia ustroju ludzkiego. W pojęciu Kahanego błednica (chlorosis) jest chorobą samoistną, należącą w myśl teoryi Kundrata do zaburzeń rozwojowych, charakteryzującą się wiekiem i płcią osobników, u których powstaje, jakoteż pewną zmianą w składzie krwi i sprawności narządów krwiotwórczych, a swojem istnieniem daje wyraz niestosunkowi między wrodzonem osłabieniem (Minderwerthigkeit) narządów krwiotwórczych, a wymaganiami ustroju kobiecego w okresie rozwoju płciowego. Do postulatów błednicy należą: 1) występowanie u płci żeńskiej; 2) wystąpienie w pierwszem pięcioleciu dojrzewania płciowego; 3) krew błednicza jest bledsza, ilość hemoglobiny w niej mniejsza, ciężar gatunkowy krwi niższy. Przedstawiwszy wszystkie teorye błednicy, a więc anatomiczną (Virchowa), zakaźną (Clémenta), z samozatrucia (bądź jako samozatrucie jelitowe — Andrew-Clark — bądź też jako jajnikowe, względnie tarczykowe): dalej — teoryę urazową, naczyniowo-ruchową i inne podrzędniejsze, nie mogąc mimoto wytłómaczyć sobie wszystkich objawów chorobowych błednicy, przedstawia autor swoją wyżej opisaną teoryę tej choroby. Istnienie błednicy przypuszczać należy od okresu płodowego, zależnie od rozwoju angiohematoplazmy, dającej początek krwi i układowi naczyniowemu. Stopniowe różnice w rozwoju tej plazmy dają z jednej strony obraz zmian układu naczyniowego pod postacią zmian Virchowa, tworzący „status thymicus", z drugiej zaś strony przychodzi tylko do wytwarzania mniej wartościowej krwi, dającej wyraz swego istnienia dopiero w okresie dojrzewania płciowego osobnika, tworząc obraz pospolitej błednicy. Ze błednica dotyczy tylko płci żeńskiej, jest to objaw czysto fizyologiczny, gdyż krew kobieca zawiera prawie 10% mniej hemoglobiny i erytrocytów, aniżeli krew męzka, a więc już fizyologicznie istnieje usposobienie płci żeńskiej do chorób, polegających na mniejszej wytwórczości narządów krwiotwórczych, a okres dojrzewania płciowego u mężczyzn odbywa się powoli, z cechą przeobrażeń. zaś u kobiet odbywa się nagle, z cechą rewolucyi. Po pierwszym okresie życia płodowego i rozwoju angiohematoplazmy, w miarę coraz większego różniczkowania pojedynczych narządów, powstają gruczoły, będące w ścisłym związku z tworzeniem się krwi. Gruczoły te, a przedewszystkiem gruczoł tarczykowy, jajnik i śledziona, jakoteż szpik kostny zdają się być w swej zdolności twórczej upośledzone, stanowiąc t. zw. niedorozwój wrodzony narządów krwiotwórczych (Hofman), który niekoniecznie musi polegać na zmianach anatomicznych tych narządów, gdyż jest to przeważnie zmniejszona czynnościowa zdolność twórcza pojedynczych głównych pierwiastków krwi, nawet niekoniecznie ilościowa, bo może być tylko jakościowa. Błednica. jako choroba rozwojowa, obejmuje cały ustrój, a więc objawia się zaburzeniami w całym stanie odżywczym, w układzie naczyniowym, w narządach trawienia, w układzie nerwowym, łącząc się z tak zwanemi nerwicami: histeryą i neurastenią, — dalej błednica jest w ścisłym związku z chorobliwym stanem czynnościowym, a nawet z patologicznemi zmianami w gruczołach krwiotwórczych, jak gruczoł tarczykowy, śledziona i w jajnikach, będących ogniskiem życia płciowego kobiety. Ponieważ błednica jest wadą rozwojową, polegającą na wrodzonym niedorozwoju narządów krwiotwórczych, przeto, jako taka, stale i zupełnie wyleczoną być nie może. Ciężkość przebiegu błednicy zależy od stopnia niestosunku niedorozwoju ustroju do wymagań ustroju kobiecego w okresie pokwitania płciowego. Wyleczeniu dostępne są stany, zbliżone objawami do błednicy, jeśli usuniemy przyczyny, ułatwiające powstanie błednicy, jak n. p. niedostateczne odżywienie, niekorzystne warunki higieniczne, wstrząśnienia psychiczne, wytężająca praca fizyczna, umysłowa etc. etc. Jako choroba społeczna, błednica, nabyta od przodków, zwiększająca się skutkiem nierozumnego wychowania i sposobu życia dorastającej płci żeńskiej, nawiedzająca ludzi biednych i bogatych, jest klęską społeczną, a temsamem i klęską dla państwa.

Dr. Bolesław Komorowski.

W. Freudenthal. **Samoistny wypływ cieczy mózgowo rdzeniowej z nosa.** (*Virchows Archiv* T. 161. Zeszyt 2). 50-letnia kobieta cierpiała na utratę węchu i ciężkie objawy ucisku mózgu, które ustąpiły z chwilą, gdy bez widocznej przyczyny poczęła z lewego otworu nosowego odpływać ciecz surowicza, zawierająca substancye redukujące, a niezawierające mucyny. Od tego czasu trwa wypływ cieczy już przeszło dwa lata; od czasu do czasu powracały dawniejsze objawy, gdy wypływ się przerywał. Badanie dna oka wykazuje zapalenie siatkówki po stronie lewej i nieznaczne zapalenie tarczy n. wzrokowego prawego, co przemawia za istnieniem guza przysadki mózgowej.

Od „hydrorrhoea nasalis" różni się „craniorrhoea" oprócz składu wypływającej cieczy nieustannem swem trwaniem w dzień i w nocy.

Z.

K. Winkler. **Myeloma pod względem anatomicznym i klinicznym.** (*Virchows Archiv*, T. 161, Z. 2). Autor opisuje szczegółowo przypadek, w którym po urazie rozwinęły się liczne guzy nowotworowe ze szpiku kręgów, kości czaszki i żeber, okazujące utkanie „*myeloma*", zbudowane z komórek okrągłych, pochodnych od komórek szpiku czerwonego. Guzy te rozwinęły się każdy odrębnie, nie tworząc przerzutów. Klinicznie nie zdołano dotąd rozpoznać jeszcze żadnego przypadku tej choroby, mięszając ją najczęściej z rozmiękczeniem kości, od którego różni się ona tem, że zmiany kośćca odpowiadają ściśle siedzibie guzów: najczęściej powstają ostre zagięcia kręgosłupa i mostka i dobrowolne (samoistne) złamania żeber.

Z.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Frieser (Wiedeń). **W sprawie leczenia gorączki.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 47, 1900). Główną, przez gorączkę wyrządzaną szkodą dla ustroju jest chorobowo zwiększony rozpad nietylko białka pokarmów, wprowadzonych do ustroju, lecz także białka ustrojowego, następstwem czego jest wychudnienie, zanik sił i ogólne

wyniszczenie. Od tej postaci gorączki „chorobowej“ trzeba odróżnić drugą, t. zw. nerwową, czyli odruchową, pojawiającą się napadowo u osobników nerwowych i histerycznych, a dochodzącą często do 42·0°, która atoli w krótkim bardzo czasie ustępuje bez szkody dla ustroju; — takie postacie nie wymagają leczenia. Jakkolwiek niektórzy autorowie utrzymują, że podwyższonej ciepłocie ciała nie można odmówić pewnego dodatniego wpływu na ustrój, to przecież do czynnego przeciw niej wkraczaniu jest sporo przyczyn: upośledzone trawienie, wyniszczenie, niekorzystne oddziaływanie na mięsień sercowy i na miąższ narządów wewnętrznych. Zdaniem więc autora, winno się natychmiast baczną zwracać uwagę na gorączkę, występującą u osób osłabionych lub u dzieci, u ludzi zaś, w sile wieku stojących, należy bez wyjątku zwalczać każdą gorączkę, która trwa dłużej niż 8 dni. Co się zaś tyczy środków leczniczych ku temu celowi służących, zasługuje na szczególniejszą uwagę jodopiryna (związek jodu i antipiryny), odpowiadająca wszystkim wymaganiom leku przeciwgorączkowego, — nieszkodliwa, przytem szybko działa i przechodzi przez żołądek prawie bez zmiany i bez szkodliwego wpływu na trawienie, wreszcie łączy w sobie własności przeciwgnilne i przeciwgorączkowe. Jednorazowa dawka 0·5—1·00 jodopiryny korzystnie wpływa na przebieg grypy, zakażenia połogowego i ropnicy; bardzo dobre były wyniki w durze brzusznym i zapaleniu płuc. Niemniej korzystnem okazało się działanie tego środka w gośćcu, zapaleniu stawów i nerwów, — już w trzecim dniu znikała bolesność i gorączka. Zwykła jednorazowa dawka dla dorosłych wynosiła 1,00 jodopiryny 3—4 razy dziennie, dla dzieci niżej 10 lat wystarczało 0·2—0·4, dla starszych 0·5—0·75 3 razy dziennie. *Dr. Henryk Pisek.*

Hontyna jestto keratynowany związek białka z kwasem garbnikowym, otrzymany przez Dr. Sztankaya *(Pharm. Post* Nr. 46—47, 1899), który znalazł zastosowanie w leczeniu chorób przewodu pokarmowego, a w szczególności jelit, jako lek działający ściągająco, podobnie jak tanalbina, tanigen, tanokol i tanoform. Hontyna, wyrabiana przez firmę G. Hell w Opawie, przedstawia proszek barwy szarobrunatnej, woni ani smaku nie posiada, w wodzie się nierozpuszcza łatwo; w wyskoku i rozczynach alkalicznych przybiera barwę jasnobrunatną. Z solami żelazowemi tworzy reakcyę kwasu garbnikowego, t. j. zabarwienie niebiesko-czarne. W jelitach rozpuszcza się hontyna dzięki ich alkalicznej treści. Hontyna może być wprowadzona do ustroju w znacznych dawkach, do 10 grm., bez wywołania jakichkolwiek przypadków ubocznych. Jest ona związkiem, działającym ściągająco i przeciwdziała w sprawach zapalnych, usuwając rozpulchnienie i bolesność schorzałej błony śluzowej jelita. Stosowaną bywa w leczeniu ostrych i przewlekłych nieżytów jelita, niemniej i podostrych. Kölbl (*Wiener. klin. Rundschau* Nr. 25, 1900) stosował hontynę w 44 przypadkach nieżytów jelitowych z bardzo dobrym skutkiem. Również u dzieci stosował autor hontynę skutecznie. Co do dawkowania, to u dzieci podawał hontynę 3—5 razy dziennie, u osesków 0·3—0·6 grm., dzieciom starszym 0·5—1·0 grm. z syrupem, miodem, lub też kleikiem owsianym. Mleko do stosowania hontyny nie nadaje się. Można ją również podawać w proszkach, — zmieszaną z cukrem mlekowym. Dla osób dorosłych stosował 3—5 r. dziennie 1·0 grm., a w przypadkach nadzwyczajnych, w którychby ta dawka nie odnosiła pożądanego skutku, można bez obawy zwiększyć ją i podać po 2 grm. na dawkę, a 10 grm. na dzień. Również Frieser (*Wien. med. Blätter* Nr. 29. 1900) zaleca stosowanie hontyny na podstawie doświadczeń w 38 przypadkach nieżytów jelitowych. Także Reichelt *(Wien. klin. Wochenschft* Nr. 36, 1900) opisuje 76 przypadków już to u osób dorosłych, już to u dzieci, którym podawał hontynę i otrzymał bardzo dobre wyniki, zachęcające do stosowania tego środka we wszystkich schorzeniach jelitowych, w których występuje biegunka, — jako środek działający ściągająco i nietrujący.

Dr. Ig. L.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21 grud. 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, — członków obecnych 27.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Wybrano »Komisyę Matkę«, złożoną z piętnastu członków.

Kol. Zgórski demonstruje i omawia jeden przypadek akromegalii; sprawa chorobowa dotyczy kobiety.

Kol. Jasiński podaje spostrzeżenia z podróży swej do Biarritz, do uzdrowisk w Pyreneach, na Mendoli i na Brennerze, w barwnych słowach opisuje panoramę groty Brenta-Dolomitów i nadmienia parę słów o kolei na Jungfrau.

Kol. Zajączkowski zdaje sprawę z spostrzeżeń, uczynionych na chorych szpitala powszechnego (Oddział w. II) w podaniu kilku nowych leków. Prelegent stosował: Hedonal, Resaldol i Hidragoginę. Wyniki badań będą ogłoszone w osobnej pracy.

Dr J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII. Nowy szpital prowincyonalny.

Doniosła dla szpitalnictwa krajowego ustawa z dnia 28 lipca 1897 r. nie potrzebowała długo czekać na wprowadzenie w życie zawartych w niej postanowień. Tchnęła ona nowego ducha w niepewną organizacyę szpitali, ubezpieczyła ich stanowisko i określiła jasno na przyszłość sprawę budowy nowych zakładów. Dążenie do ulepszenia szpitali prowincyonalnych w rozlicznych kierunkach, trzymane na wodzy właśnie brakiem tej ustawy, raźno poczęło się rozwijać, a korzyści tego zwrotu już dziś na całej linii są widoczne. Jednym z pierwszych szpitali, które skorzystały z ustawy dla zbudowania nowego gmachu, był szpital Sokalski. Wprawdzie stary budynek pod wieloma względami odpowiadał jeszcze swemu przeznaczeniu, ale położenie w samym środku miasta, ze szczupłem podwórzem, bez ogrodu, bez możności rozszerzenia się w przyszłych latach, wywoływało nieustanne objawy niezadowolnienia ze strony mieszkańców Sokala, jak niemniej i władz miejskich i politycznych. W dodatku cierpiał szpital na ciągłe przepełnienie, brak sali do operacyj aseptycznych, a na wypadek zastąpienia rządcy Siostrami miłosierdzia, nie miał dla nich pomieszczenia. Silną pobudkę dała gmina, ofiarowując pod budowę nowego szpitala obszar dwumorgowy w miejscu, oznaczonem przez znawców. Niezmordowany w pracy obywatelskiej marszałek powiatu sokalskiego, Dr. Wincenty Kraiński, nieszczędził zabiegów i trudu, by uzyskać pozwolenie i udział w kosztach ze strony Sejmu krajowego i przeprowadzić potrzebne rokowanie. Dzięki temu już z końcem 1897 roku Komitet szpitalny, złożony podług nowej ustawy z delegata Wydziału krajowego, marszałka powiatowego, delegatu Wydziału powiatowego i dyrektora szpitala, jako referenta, przystąpił do dzieła. Zajęto się przedewszystkiem planami. Ze względu na położenie terenu i względy wymagań miejscowych nie trzymano się normalnego planu, który przed kilkunastu laty poleciły Władze krajowe, lecz postanowiono najprzód utworzyć dokładny program przyszłego szpitala i na tej podstawie rozpisać konkurs, wychodząc z tej słusznej zasady, że zaspokojenie wspomnianych wymagań miejscowych jest głównym warunkiem użyteczności przyszłej budowli i że lekarz ma dokładnie określić budowniczemu, czego od niego potrzebuje, a nie odwrotnie, jak się niestety często jeszcze dzieje. Droga to zresztą nie nowa, bo wszystkie lepsze szpitale za granicą tym powstają sposobem.

Na podstawie zbadania terenu, przepuszczalności gruntu, stosunków sanitarnych i innych, oraz na podstawie studyów po szpitalach, uchodzących za wzorowe, utworzono szczegółowo opracowany program, jako podstawę konkursu. Konkurs dał dobry wynik, bo nadesłano 10 prac, z których dwie nagrodzono, a jedną z tych dwóch przyjęto za podstawę przyszłej budowy. Autorem szkicu był inżynier Tadeusz Obusiński ze Lwowa. Zanim szkic ten uzyskał ostateczne zatwierdzenie W. Rady Zdrowia i W. Wydziału krajowego, musiał uledz licznym poprawkom i zmianom na lepsze, podług doświadczonych wskazówek tych władz, — niektóre zaś ulepszenia powstały przy dalszych czynnościach komitetu i w ten sposób uzyskano ostateczny plan wraz z kosztorysem, a budowę oddano w przedsiębiorstwo w drodze licytacyi p. Pawłowi Lewickiemu z Dobraczyna. Rozpoczęto roboty w kwietniu 1899, ukończono we wrześniu 1900.

Po tym koniecznym wstępie przystępuję do opisu samego szpitala: We wschodniej części Sokala, lecz już po za miastem, wzdłuż gościńca, wiodącego do Tartakowa, zajmuje obszar szpitalny, kształtu prawie czworobocznego, przestrzeń do 10.000 m², otoczoną drewnianym parkanem. Obszar ten jest świeżo założonym ogrodem —*(planów dostarczyła bezpłatnie znana firma L. Späth w Baumschulenweg), a wśród niego wznoszą się rozrzucone pawilony szpitalne. Czoło budynku głównego, czyli administracyjnego, zwrócone ku zachodowi w tym celu, by umieszczone wzdłuż niego pod kątem prostym dwa pawilony chorych uzyskały światło południowe. Te trzy jednopiętrowe budynki, połączone, gankami, a podobnie, jak wszystkie inne, wykonane z niewyprawnej cegły *(Rohbau)* i pokryte czer-

woną dachówką, zamykają przednią część ogrodu, tworzącą piękny eliptyczny zajazd i dwa boczne półkola, obsadzone żywotnikami. — Po za tym głównym zrębem w tylnej części ogrodu, w stronie południowo-wschodniej, znajduje się parterowy pawilon dla chorób zakaźnych, otoczony gęstwiną świerków, zaś w stronie północno-wschodniej sala sekcyjna, dom przedpogrzebowy i desinfektor, a w połowie odległości pomiędzy tymi budynkami, na samej wschodniej granicy, budynek gospodarczy z lodownią, składami itp. W samym środku obszaru szpitalnego zgrabny kiosk, mieszczący studnię wodociągową.

Wchód do szpitala jest przez budynek główny administracyjny. Westybul, w którym czekają chorzy i goście ma posadzkę z „terazza“ i kamienne schody, a obok pokój portyera. Z westybulu wchodzi się do korytarza, który biegnie przez całą długość tego budynku, a po obu jego stronach rozmieszczone są następujące ubikacye: od frontu kancelarya zarządu, obszerna kuchnia z piecem kaflowym, płuczką jarzyn, wodociągiem; — od tyłu zaś dostęp z korytarza do śpiżarni, do pokoju praczek i kuchennych, do wychodku dla służby a w końcu do łaźni. Łaźnia składa się z sali głównej cementowanej i lakierowanej z wannami cynkowemi, zaopatrzonemi w kurki na ciepłą i zimną wodę, oraz w odpływy, posiada natryski górne i dolne i ławy do wypoczynku; — po jednej stronie wchód do łazienki lekarskiej i do parni, — po drugiej do szatni dla chorych i do osobnego klozetu. W ten sposób jest urządzona parterowa część budynku administracyjnego; osobna klatka schodowa prowadzi po kamiennych stopniach z wygodnym podostem w połowie wysokości na piętro. Tu po nad westybulem, t. j. w części środkowej od frontu, znajduje się kaplica szpitalna. Ołtarz pełen prostoty mieści w sobie obraz MP. Częstochowskiej pendzla artysty p. Kohlera, dar Pani Rybickiej, — po obu stronach w oknach piękne witraże; ławki i konfesyonał podobnie jak ołtarz dębowe, okryte ozdobami snycerskiemi z klonu, duży dywan i koce z kwiatami żywymi uzupełniają urządzenie. Całe to urządzenie kaplicy i wyposażenie jej w aparaty potrzebne zawdzięcza szpital szlachetnej ofiarności Pań, które pod przewodnictwem Hrabiny Platerowej i Marszalkowej Kraińskiej nie żałowały ani pracy, ani pieniędzy, by ten niezbędny, a pozabudżetowy przybytek stworzyć dla pociechy chorych szpitalnych. Korytarz z „terazza“, zasłany ceratą, prowadzi na prawo do mieszkania Siόstr miłosierdzia, które mają trzy pokoje i skład bielizny szpitalnej, a na lewo do części, przeznaczonej dla lekarzy. Tu od tyłu salka posiedzeń komitetu szpitalnego, urządzona z pewnym komfortem, obwieszona portretami Arcyks. Gizeli i trzech marszałków, a obok kancelarya lekarska, zaopatrzona w dzwonki elektryczne do służby. W części frontowej dwie sale; z tych pierwsza mieści w sobie skład opatrunków, szyn, większych przyrządów lekarskich i chirurgicznych, długi stół pod oknem do badań drobnowidowych i rozbiorów moczu, oraz stary stół operacyjny. W tej też sali zmienia się opatrunki, wstrzykuje hetol, wykonywa drobniejsze zabiegi i oczyszcza chorych przed większemi operacyami. Podłoga pokryta jednym płatem linoleum. Z tego pokoju wchód do sali operacyjnej. Tworzy ona prawie dokładny sześcian o kątach i krawędziach górnych, bocznych i dolnych bardzo silnie zaokrąglonych, posadzkę stanowi białe „terazzo“, pochylone ku środkowi, gdzie jest syfon odpływowy, ściany pokryte białą emalią Luza, tylko ściana, służąca do ogrzewania sali, jest ułożona gładko z białych kafli, a opalana z zewnątrz. Wentylacya górna i dolna, oświetlenie przez ogromne okno z matowego szkła w ramach żelaznych, nie występujących po za mury. W jednej ścianie wmurowane dwie szafy żelazne, ze szklanemi drzwiami, — nieprzekraczające powierzchni ściany; drzwi zupełnie gładkie o schowanych futrynach. W ten sposób cała sala posiada wszystkie powierzchnie gładkie, bez załamań, listew i wystających części, lekko zaokrąglone. Dwa stoły szklane, wpuszczone w ściany, umywalnia marmurowa z kurkami na ciepłą i zimną wodę i odpływowym syfonem. Ruchomy inwentarz składa się ze stołu operacyjnego Stelznerowskiego, z dwóch stolików na narzędzia, ze skrzyni ruchomej na opatrunki, ze stolika o płycie cynkowej z dwoma sterylizatorami podręcznymi, z ruchomych wieszadeł na ręczniki i z dwóch zydelków, — wszystko żelazne, pokryte białą emalią Luza, na szklanych kulkach ruchomych, wykonane tanio i starannie na miejscu. Wieczorne oświetlenie białą lampą wiszącą naftową z silnym reflektorem. Wszystkie naczynia, miski, kubły, tacki itp. szklane lub porcelanowe. Duży sterylizator Fritscha stoi dla braku miejsca w korytarzu. — Urządzenie piętra uzupełnia klozet angielski z wodnem zamknięciem, porcelanowy, w lakierowanej komórce, oraz stosownie rozmieszczone, równie jak na dole, kurki na wodę ciepłą i zimną z muszlami i odpływem. Na strychu żelazny zbiornik na wodę objętości 35 hektolitrów, otoczony podwójnemi ścianami z desek, wypełnionemi popiołem. Pływak, połączony z wodowskazem zewnątrz budynku, pokazuje ludziom, ciągnącym wodę, stan napełnienia zbiornika, rura zaś, wiodąca do rynny dachowej, zapobiega przepełnieniu. W suterenach tego samego gmachu znajdują się składy jarzyn, węgli, drzewa, nafty, pralnia z kotłami, kurkami, odpływami i maszyną do prania, suszarnia dla bielizny z szybko działającym kaloryferem, magiel, kocioł automatycznie napełniający się do grzania wody dla całego szpitala i kocioł dla parni. Posadzka w całem podziemiu betonowa.

Z tego budynku centralnego przechodzi się na prawo i na lewo do pawilonów, przeznaczonych dla chorych: na prawo kobiecy, na lewo męzki. Ponieważ pawilony w drobiazgach nawet jednakowo są urządzone, przeto opis jednego objaśni całość. Połączenie w parterze z budynkiem głównym odbywa się przez ganek drewniany, oszklony, o betonowej posadzce, przewietrzany przez okienka boczne i przez szparę, biegnącą między górnemi belkami wiązania po obu stronach — (na piętrze zaś połączenie odbywa się przez odkryty ganek z balustradą, umieszczony nad dachem ganku dolnego; podłogę stanowią tu poprzeczne, poodzielane szparami dla odpływu wody deszczowej deski). Z ganku wchodzi się do klatki schodowej, a z tej przez drzwi szklane do korytarza, który przebiega wzdłuż budynku, mając okna zwrócone ku północy. Korytarz ogrzewa piec żelazny, napełniany z góry; na ścianie zegar bijący, beton zasłany jednolitym chodnikiem ceratowym, w murze muszla i kurek na wodę, wreszcie, hermetyczna skrzynia, zawierająca ruchomy śmietnik z blachy cynkowej. W kierunku zachodnim korytarz nie biegnie do końca gmachu, lecz kończy się szklanemi drzwiami, wiodącemi do wielkiej sali Nr. I., zajmującej całą szerokość budynku, a więc otrzymującej światło od południa i od północy. Sala, przeznaczona dla chorych chirurgicznych, ma 10 łóżek. W połowie korytarza wchód do sali Nr. II o łóżkach chirurgicznych, oświetlonej z południa. Obie te sale oddzielone są od siebie pokoikiem dozorcy, który przez okna, umieszczone w ścianach, ma widok zarówno do jednej, jak do drugiej sali, a wchód z korytarza. Jestto nadzwyczaj wygodne i pożyteczne, bo dozorca, nie sypiając z chorymi, mając swój własny kąt, może ciągle wiedzieć, co się na sali dzieje. W pokoju dozorcy jest piecyk żelazny (Koloseusa z Wels) do szybkiego grzania wody, naparów, przyparek itp., szafa na naczynia, podręczna tacka opatrunkowa, mały zapas bielizny, rozliczne szafliki, kubły, szczotki i ścierki, wanna ruchoma i inne sprzęty, służące do utrzymania porządku. W dalszej części korytarza wchodzi się do małej sionki. Ta od północy zamiast okna ma drzwi zamknięte stale, z kluczem umieszczonym za szkłem, na wypadek ognia, — naprzeciw tych drzwi wchód do dwóch salek Nr. III i IV dla chorób skórnych i wenerycznych na 2 i 4 chorych, z posadzką, jak w całym parterze, betonową i południowem, a względnie południowo-wschodniem światłem. Zakończenie wschodnie korytarza stanowi wychodek, którego urządzenie jest następujące: Sciany z cementu, lakierowane, podłoga betonowa, silnie zaokrąglona ku ścianom, otwory kloaczne, utworzone z żelaznych, biało emaliowanych, obszernych lejków, osadzonych równo z podłogą, zaopatrzonych w syfonowe zamknięcie wodne tak, że cuchnąć może tylko powierzchnia, odpowiadająca światłu lejka w najwęższem miejscu, a gazy nie mogą się cofać. Takich lejków jest dwa w wychodku. Nad każdym, na 4 nóżkach żelaznych w beton wpuszczonych, 30 ctm. wysokich, umieszczony jest właściwy sedes, a tworzy go owalny pierścień drewniany grubości zwykłej poręczy, dębowy, lakierowany brunatno. W ten sposób zanieczyszczanie sedesu, stawanie na nim nogami itp, — wykluczone, a natomiast użycie wygodne, a oczyszczenie łatwo. Spłókiwanie wychodka zapomocą gumowego węża, przechowywanego w zamkniętej framudze, odbywa się w miarę potrzeby 2 do 3 razy dziennie; wszelki płyn dostaje się siłą spadku z całej ubikacyi do lejków syfonowych. Przewietrzanie przez wentylacyę w ścianach, ogrzewanie w porze mroźnej zapomocą piecyków naftowych Ditmara. Zupełnie na tę samą modłę urządzone piętro, do którego prowadzą wygodne schody z szerokim podestem — drewniane, lakierowane. Różnica polega w tem, że sale na piętrze mają podłogę drewnianą, napuszczaną pokostem i że inne jest ich przeznaczenie. Sala I dla chorób wewnętrznych, sala II dla gruźlicy (tu nie 7 lecz 5 chorych tylko do taje pomieszczenie ze względu na przyrodę choroby); w salkach zaś III. i IV mieszczą się choroby oczów; — jak niemniej rodzaj separatek dla chorych wykształconych. Pawilon kobiecy zupełnie tak samo urządzony i podzielony, opis więc pawilonu męzkiego wystarcza.

Wyposażenie wszystkich sal, przeznaczonych dla chorych, jest jednakowe. Sciany bielone, podłogi, a względnie betony, pokryte szerokimi chodnikami z ceraty. Łóżka żelazne ustawione dość daleko od siebie i odsunięte od ścian. W tylnem oparciu łóżka umieszczony pręt żelazny o przekroju półkolistym służy do przytwierdzenia tablicy nadgłównej, matowo lakierowanej, o połyskujących wypukłych brzegach. Na tablicy zapisuje się kredą dzień przybycia rozpoznanie i dyetę; poniżej na metalowym guziku biała okrągła tabliczka z liczbą łóżka i karta nadgłówna, z tyłu ręcznik i szlafrok.

Łóżka i tablice czarne. Pościel składa się z siennika wypchanego słomą, prześcieradła, poduszki w białej poszewce, czerwonej, wypełnionej sieczką lub pierzem, w miarę potrzeby i przyzwyczajeń chorego, z koca podszytego prześcieradłem, a pokrytego drelichowym pokrowcem w białe i czerwone pasy. Przy łóżku stolik żelazny o dwóch półkach, a na nich łyżka z białego metalu, szklanka na wodę i spluwaczka szklana kulistego kształtu ze zwężoną szyją i wygiętym brzegiem (chorzy kilowi i gruźliczy używają szkła zielono zabarwionego). Inne chorym potrzebne naczynia również z porcelany i szkła. W każdej sali żelazna umywalnia lakierowana z miednicą, dzbankiem i zlewem, — wszystko białe, porcelanowe. W salach większych kosze bambusowe z roślinami o bujnym liściu, w oknach patyczkowe rolety. Wieszadła na rzeczy, stół duży ciemno lakierowany i gięte krzesła dopełniają urządzenia sali. Przewietrzanie zapomocą kanałów w ścianach, prowadzących nad dachy; żaluzye dolne na zimę, górne na lato. Prócz tego w salach większych przewietrzanie sztuczne zapomocą osobnych piecyków wentylacyjnych, które opala się w pokojach dozorców; te jednak bywają w ruch puszczane tylko wówczas, kiedy przepełnienie na sali lub cuchnąca wydzielina jakiego chorego wywoła potrzebę silniejszej wymiany powietrza. Na każde łóżko wypada powierzchni podłogi u gruźliczych 10·9m², u innych 7 do 8 m², u skórnych i wenerycznych chorych 6 m², — zaś przestrzeni odpowiednio 13·6 m³, 30 i 28 m³. Opalenie sal zapomocą pieców kaflowych, oświetlenie wiszącą lampą naftową. Chorzy jedzą z miseczek żelaznych (menażek) emaliowanych, wykształceni jednak dostają zwykłą zastawę stołową: — u chorych na gruźlicę urządzenie jest trochę wykwintniejsze, lepsza pościel, zastawa, wygodne leżaki do spoczynku w dzień itp. Chorzy wszyscy po przyjęciu dostają kąpiel lub ciepły natrysk z obfitem użyciem mydła, a nawet i szczotek: włosy w wielu razach strzyże się maszynką, rzeczy zabrane idą do desinfektora lub wprost do składów na strychach pawilonów, — chorzy zaś dostają bieliznę szpitalną i łóżko bez wyjątku świeżo zasłane. Opatrunki zmienia się nie na sali, lecz w salce opatrunkowej, poprzednio opisanej. Odwiedzanie chorych, dozwolone od 2 do 4 popołudniu, licznym ulega wyjątkom, bo wiele osób przyjeżdża do chorych z odległych wsi i po lichych drogach, nie mogą one przeto przestrzegać ściśle godzin urzędowych.

Z pawilonów opisanych właśnie wraca się przez ganki do budynku głównego, zkąd przez tylne wyjście wiedzie droga do pawilonu dla chorób zakaźnych. Wchód do tego pawilonu oddalony od budynku głównego o 59 metrów. Jest to budynek, zwrócony przodem do północy (w celu zyskania południowego światła dla chorych), z czerwonej niewyprawionej cegły, pokryty dachówką. Środkowy, daleko naprzód występujący ryzalit, przyczepiony do głównego zrębu gmachu, mieści w sobie westybul z posadzką z „terazza“ i kamiennymi stopniami, a na prawo łazienkę z natryskiem i wanną, na lewo wychodek i wchód na strych. Obie te ubikacye mają dostęp od korytarza, a nie od westybulu. Budynek sam składa się z korytarza, (20 m.) — biegnącego przez całą długość budynku, doskonale przewietrzonego, z trzech stron oświetlonego i z rozmieszczonych szeregiem wzdłuż niego pięciu salek, z których środkowa, opatrzona w boczne okienka, służy dla dozorcy, zaś po dwie na prawo i na lewo dla chorych. W każdej dwa łóżka. Korytarz betonowany ozdobnie, pokryty chodnikiem z linoleum, ogrzany, zaopatrzony w lampę, zegar, w muszlę wodociągową i lakierowaną umywalnie z płynami do odrażania, mydłem, ręcznikami itp. Urządzenie salek bardzo proste, wystawa południowa, ściany bielone, a po każdym chorym bielone na nowo, podloga betonowa, krawędzie i kąty silnie zaokrąglone, piece kaflowe, przewietrzanie górne i dolne, wzmożone dopływem powietrza przez podziemne kanały, w cokole budynku otwarte. Naczynia stołowe chorych przechowują się na salach, a nie u dozorcy; — odwiedzanie chorych wykluczone. Bielizna, zdjęta z chorych i z łóżek, wkłada się do worków napojowych rozczynem sublimatu i odnosi do desinfektora; słoma ulega spaleniu w osobnym piecu. Pawilon ten ma swój odrębny dół kloaczny.

W północno-wschodniej części ogrodu szpitalnego znajduje się zgrabny budynek czerwony, jasną pokryty dachówką, a przeznaczony na dom przedpogrzebowy i na desinfekcyę. Są to właściwie dwa budynki parterowe pod jednym dachem — bo grube mury oddzielają obie części, które żadnymi nie są połączone otworami, ani drzwiami. Również osobne schody prowadzą z dworu osobno do każdego wnętrza. Część, przeznaczona dla zmarłych, ma wejście przez mały przedsionek, za którym jest sala sekcyjna o wielkiem matowem oknie, a za nią kaplica pośmiertna i mały skład: z kaplicy okazale drzwi prowadzą na zewnątrz na podwórko, otoczone kolczastym drutem i gęstemi zaroślami, zkąd brama stanowi wyjście na ulicę, zdala od całego ruchu szpitalnego. W ten sposób obecność gości pogrzebowych itp. nie dochodzi zgoła do wiadomości chorych, przechadzających się po ogrodzie. Część przeznaczona na desinfekcyę ma wchód od strony przeciwległej przez sionkę betonową, w której znajduje się na poziomie posadzki duży piec ze sklepionym otworem; tam wysypuje się sienniki, poduszki, szmaty, odpadki i opatrunki, wmiata do pieca i poddaje spaleniu. Desinfektor umieszczony jest obok w pokoiku, z tej sionki dostępnym. Jest to stary desinfektor patentu Rychnowskiego, odpowiednio przerobiony i zaopatrzony w dwoje drzwi. Po ustawieniu desinfektora na środku pokoju wymurowano nad nim ściankę i w ten sposób przedzielono pokój na dwie osobne ubikacye, z których każde mieści w sobie połowę desinfektora: jedna z tych salek jest dostępna zakażeniu, w niej opala się, nalewa wodę, wkłada rzeczy i puszcza się przyrząd w ruch; wyjmowanie zaś już odkażonych przedmiotów odbywa się w salce drugiej, która ma silne przewietrzenie i osobny wchód z dworu. w ten sposób rzeczy już oczyszczone nie potrzebują wracać tą samą drogą, jaką weszły nieczyste. Urządzenie to proste, ale wygodne i służba doskonale daje sobie z niem radę, Opis chlewów, lodowni, składów, całego budynku gospodarczego (ceglany z dachem pokrytym płytkami cementowemi) opuszczam jako zbyteczny.

Kanalizacya szpitala jest następująca: każdy budynek ma po za obrębem murów osobny dół kloaczny kształtu cylindra betonowanego; doły kloaczne są sklepione, zamknięte w poziomie gruntu podwójnem wiekiem żelaznem, a przewietrzają się przez rury żelazne, poprowadzone wysoko ponad dachy. Odchody i płyny zużyte dostają się z budynków do tych dołów przez połączenia syfonowe, doły zaś są od góry do dołu przedzielone pionowo dywizorami z łat dębowych. Części stałe opadają na dół, zkąd co pewien czas są wyczerpywane i wywożone; płyny zaś, rozrzedzone jeszcze obfitym napływem wody z łaźni, pralni, muszel wodociągowych itp., tworzą zwierciadło wodne, a nadmiar ich przechodzi do kanałów poziomych, których sieć zbiega się w głównym, peryodycznie opróżnianym, zbiorniku. Jest to stan przejściowy, bo zaraz z wiosną rozpocznie się budowa kanału 900 m. długiego do rzeki Bugu, a wówczas zbiornik główny uzyska odpływ przez ten kanał. Na odpadki stałe, jak popiół, łupiny, skorupy itp., które nie dają się spalić, ani do kloacznych dołów usunąć, — przeznaczony jest murowany śmietnik, opatrzony ściśle przylegającem zamknięciem.

Personal szpitala składa się z dwóch lekarzy (dyrektor i sekundaryusz), z czterech Siòstr Miłosierdzia pod wezwaniem św. Józefa, z których jedna jest przełożoną i prowadzi księgi gospodarskie, jedna zajmuje się kuchnią i pralnią, — dwie pielęgnują chorych: z pisarza samoistnego, prowadzącego kancelaryę. Służba niższa; portyer, kucharka, stróż, dwie praczki, dwóch dozorców, dwie dozorczynie i osobny dozorca dla zakaźnych. Opieka duchowna spoczywa w ręku dwóch katolickich kapelanów rzymskiego i greckiego obrządków. Dostawa środków żywności odbywa się w drodze licytacyi, w leki zaopatruje szpital miejscowa apteka.

Oto jest ile możności treściwy obraz nowego szpitala prowincyonalnego, wystawionego według zasad jaknajwiększej oszczędności, bo kosztem około 80.000 złr. austr., co w stosunku do 96 łóżek nie dosięga nawet 900 zł. austr. na jedno łóżko. Niema tu zbytków, ani wymysłów, — jest jedynie to, co Francuzi nazywają „stricte nécessaire“. Pojęciem konieczności objęto względy zdrowotne w dwóch kierunkach: stosunek chorego do szpitala i stosunek szpitala, jako całości, do zewnętrznego otoczenia i starano się jednemu i drugiemu warunkowi zgodnie z potrzebami miejscowemi odpowiedzieć. Lud nasz ma co do wygód inne wymagania, niż chorzy w szpitalach zagranicznych; już patrząc na szpital w Żywcu lub w Białej widzi się ogromną różnicę, opartą na wyższym stopniu potrzeb i przyzwyczajeń, wyniesionych z domu. Pod tym względem komitet stanął twardo na gruncie realnym, a mając zupełną swobodę działania,bo stawiał budowę od podwalin nową — starał się postawić w Sokalu szpital, stosowny dla ludności tego i sąsiednich powiatów, zgodny z jej zwyczajami i potrzebami. Nie wiele jeszcze w ostatnich czasach szpitali w kraju naszym zbudowano; każda więc nowa budowa jest zarazem krokiem doświadczalnym naprzód, jest praktyczną próbą, która ma być zarazem i stopniem nowym ku lepszemu. To było dla mnie pobudką do niniejszego sprawozdania: dla tego opisałem powstanie i cały ustrój nowego szpitala. Następcy mogą pójść w ślady tego, co dobrem się okaże, a uniknąć błędów, jakich dostrzegą. *Dr. Józef Łuszczkiewicz.*

Do obecnego, bardzo dokładnego opisu nowego szpitala w Sokalu, dodaję, że Dyrektor tego zakładu, Dr. Łuszczkiewicz, poświęcił w ciągu dwóch lat wszystkie chwile swobodne dopatrywaniu robót na placu budowy dokonywanych, studyował urządzenia wewnętrzne różnych szpitali zagranicznych i zastosowywał je do swego. Nic więc dziwnego, że obecnie posiada on szpital bezspornie najle-

piej ze wszystkich szpitali prowincyonalnych zbudowany i urządzony, w którym dobrze jest chorym, a lekarze posiadają wszystko, co potrzeba nie tylko dla leczenia, ale i dla nauki. Dr. Łuszczkiewicz przy budowie tego szpitala oddał wielką usługę powiatowi i krajowi.

Dr. J. Stella Sawicki.
Inspektor szpitali w Galicyi.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Łuszczyca błon śluzowych (Leucoplasia).

L. Perrin, (Marsylia). Łuszczyca błon śluz. jest tylko objawem, nie przedstawia zaś jednostki chorobowej; jestto bowiem tylko pewien sposób oddziaływania nabłonka błon śluz. na drażnienia mechaniczne. Anatomicznie okazuje dwa ważne szczegóły: naciek komórkowy błony śluzowej i zrogowacenie powierzchow. warstw nabłonka, czyli zamianę błony śluz. w skórę. Najczęstszą siedzibą tej zmiany jest błona śluz. jamy ust., rzadziej pochwy napletka itd. Przyczyna jest zawsze mechaniczna (szczególnie palenie tytoniu), a przebieg we wszystkich przypadkach przewlekły, opierający się leczeniu, wreszcie tem się cechujący, że może się przeobrazić w raka. Przeglądając większą liczbę przypadków, nie trudno dopatrzeć związku tego cierpienia z kiłą, choć nie zawsze, to jednak w znacznej większości przypadków, szczególnie zaś co do zmian na języku. Przytem Perrin odróżnia dwa rodzaje: jedne przypadki, w których kiła jest bezpośrednią przyczyną wywołującą, w innych zdaje się być ona przyczyną dalszą. Zwyrodnienia nowotworowe przedstawiają się również w dwóch postaciach: jedna brodawkowa z cechą łagodną, druga rakowa — złośliwa. Pierwsza może stanowić albo tylko przejście do drugiej, albo występować samoistnie. Rak rozwija się również w dwojaki sposób: albo nadmierne rogowacenie nakórka ustępuje, a wytwarza się rozrost nowotworowy, albo rak rośnie z istniejącego nadmiaru komórek zrogowaciałych. P. stwierdza zatem związek niewątpliwy między łuszczycą błon śluz., a rakiem, a to ostatnie cierpienie nie jest wedle niego tylko przypadkowem, albo wikłającem pierwotne zmiany naskórka, lecz jednym ze sposobów ich przetwarzania się, — a tem samem uważa łuszczynę błony śluz. *(leucoplasia)* za raka w początkowym rozwoju. Nowotwór w ten sposób powstały ma być mniej złośliwym i trudniej nawracającym.

Dyskusya: Barthelemy (Paryż) sądzi, że łuszczyca błon śluz. rozwija się prawie zawsze u osobników kiłowych, niedostatecznie leczonych, dodając, że leczenie przeciwkiłowe w licznych przypadkach usuwało w krótkim czasie takie zmiany. Odróżnia jednak kilka postaci tego cierpienia: jedne wrzodzieją łatwo i są bolesne, inne bujają znacznie, są twarde. Nie uważa jednak tej choroby za cierpienie, poprzedzające raka, który zdarza się tylko wyjątkowo, a zaznacza, że kiła sama, zmniejszając odporność tkanek, sprowadzać może łatwo, szczególnie u obciążonych, dziedzicznie, rozwój nowotworu.

Gaucher (Paryż) twierdzi, że łuszczyca błon śluz. jest zawsze pochodzenia kiłowego *(parasyphilitique)*. Badanie drobnowid. wykazuje brodawkę skóry zrogowaciałą, która jest zarodkiem raka; zupełnie zatem naturalną jest rzeczą przeobrażenie się tych zmian w raka. Doradza zatem, obok leczenia miejscowego, zawsze leczenie rtęciowe.

Zambaco-Pacha (Konstantynopol) spostrzegał łuszczycę bł. śluz. u mężczyzn, chociaż w prowincyach tureckich kobiety palą równie dużo; natomiast spotykał ją jedynie u kiłowych, a nigdy jednak nie widział zwyrodnienia rakowatego tej zmiany.

Dubrenilh (Bordeaux) sądzi, że brodawki skóry, lub też zrogowacenia nieprawidłowe nigdy nie przechodzą w raka, — a istnieją osobne rodzaje tych zmian przeobrażających się nowotworowo, które D. nazywa „hyperkeratoses précancereuses“.

Du Castel (Paryż) zwraca uwagę, że zmiany łuszczycowe błon śluzowych istnieją pod dwoma postaciami: jedne jako wyniosłości szare, powstałe skutkiem przewlekłego zapalenia błony śluz., drugie w postaci białawych zgrubień, jako objaw nadmiernego bujania naskórka. Tę ostatnią postać nazywać należy łuszczycą błon śluz. *(leucoplasia)* i ta przechodzi najczęściej w raka.

Balzer (Paryż) uważa zmiany te nie za kiłowe, ale od kiły pochodzące (*parasyphilitique*).

Petersen (Petersburg) twierdzi, że dna (*l'arthritisme*) jest często przyczyną tych zmian.

Nekam (Budapeszt) nie sądzi, aby to cierpienie było zawsze pochodzenia kiłowego, gdyż znajdował je u osobników niezakażonych kiłą.

Fournier A. (Paryż) wyciąga wnioski z 324 spostrzeganych przypadków i stwierdza, że łuszczyca błon śluz. jest przeważnie chorobą mężczyzn, co przemawiałoby za szkodliwym wpływem tytoniu, i osobników kiłowych. W $1/3$ cz. tych przypadków spostrzegano raka. Leczenie rtęcią nie wydało nigdy wyników dodatnich, dlatego zalicza to cierpienie do t. zw. *parasyphilis.*

Wyłysienie plackowate (Pelade, alopecia areata).

Lassar (Berlin) nie uznaje tego, jakoby wiek miał jakiś wpływ na występowanie tej choroby, a wejrzenie kliniczne jest wedle niego zawsze jednakowe; zdarzają tylko wyjątkowo przypadki nietypowe. Teorya wpływu nerwów traci coraz więcej zwolenników. Przypadki odosobnione, przemawiające za nią, nie dowodzą jeszcze jej powszechności, a na pewno twierdzić można, że nie może istnieć nagminne występowanie choroby nerwowej, której jedynym objawem byłoby wypadanie włosów na pewnych miejscach. Umiejscowienie okolic łysiejących (po jednej stronie, lub symetrycznie po obu, albo wyłysienie ogólne) nie przemawia również za związkiem tych zmian z jakimś pniem lub ośrodkiem nerwowym. Przypuszczenie, że jest to choroba zakaźna, najwięcej ma prawdopodobieństwa, bo doświadczenie poucza, że cierpienie to przenosi się z jednego osobnika na drugi, — chociaż przeszczepienia nikomu się dotychczas nie udały. Możliwem jest, że odszukamy w przyszłości jakąś przyczynę, z zewnątrz do ustroju się dostającą, która, zatruwając go, wywołuje wypadanie włosów. Leczenie opiera się na doświadczeniu, a wszystkie środki, dodatnio działające, należą do środków przeciwgnilnych.

Pawłow (Petersburg) znajdował we wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach zboczenia nerwowe różnego rodzaju. Włosy okazywały objawy zaniku (Sabourand). Z łusek i włosów wyhodowano zawsze gronkowce, które, przeszczepione na królika, wywoływały wypadanie włosów, połączone z zapaleniem skóry. Stwierdza zaś w końcu, że wyłysienie plackowate w Rosyi niema cech choroby zakaźnej.

Walker N. (Edymburg) sądzi, że z wielkiej liczby przypadków wyłysienia plackow. wyróżniają się wyjątkowo przypadki, które odnieść należy do zboczeń nerwowych. — Przytacza zarazem liczne dowody ze swej praktyki, świadczące o zakaźności tej choroby. Badania bakteryologiczne wykazały we wszystkich przypadkach obecność drobnoustrojów, dających na pożywce kwaśnej (Sabourand) hodowle w postaci białych nalotów, jakby porcelanowych; — nie udało mu się jednak wychodować drobnoustrojów łojotoku, chociaż we wszystkich przypadkach stwierdził objawy tego cierpienia. Natomiast otrzymywał zawsze jakiś drobnoustrój, którego wprawdzie nie uważa za swoisty, któremu jednak przypisuje pewne znaczenie w tej sprawie chorobowej.

Sabourand (Paryż) określa wyłysienie plackowate (pelade) jako chorobę, polegającą na nagłem powstaniu miejsc wyłysiałych, bez poprzedniego urazu lub sprawy zapalnej. A cierpienia tego odróżnia dwa typy: łysina wężykowata (Celse) i łysina łojotokowa (Bateman). Pierwsza rozpoczyna się w wieku chłopięcym na potylicy i rozszerza się zazwyczaj symetrycznie na obie strony. Drugorzędne łysinki powstają w bliskiem sąsiedztwie pierwotnej: skóra jest w miejscach wyłysiałych gładka, zcieńczała, zanikła i odbarwiona. Wokoło znajdują się w kształcie szerokiego pasa złamane włosy, barwy mahoniu, lub też tylko pojedyncze włosy nadłamane, mające kształt znaku wykrzyknika (!). Istnieją w tej odmianie i postacie nietypowe, zajmujące czoło lub miejsca za uszami, jednostronne, wężykowate, o licznych plackach, rozległe. Tym ostatnim zmianom towarzyszą zazwyczaj zboczenia w paznokciach i odbarwienia skóry *(vitiligo.)* Etylogia jest zupełnie nieznaną; trwanie rozciąga się na 15—20 miesięcy, przyczem sprawa nie jest zaraźliwą, a wyleczenie jest zawsze prawie pewne.

Druga postać, łojotokowa, rozpoczyna się między 15—45 rokiem życia jedną drobną (2—3cm.) łysinką, na której widać zazwyczaj tu i owdzie odłamany włos, w około zaś istnieje otoczka z włosów, mających kształt wykrzyknika. Ze skóry, pozbawionej włosów, wycisnąć można nitki łoju skórnego. Po paru miesiącach powstają nowe łysinki, a badanie drobnowidowe wykazuje w skórze zmiany łojotokowe (*seborrhoea*), zakażenie ujść torebek włosowych drobnymi prątkami, które Unna uważa za przyczynę trądzika. Ze względu na to, że we wszystkich przypadkach zakażenie to i te zmiany wykazać można, że następstwem zawsze jest wypadanie włosów, — uważać można tę postać wyłysienia za napad ostry łojotoku, ograniczający się do pewnych miejsc skóry. Postać ta właśnie bywa zaraźliwą, czego dowodzą liczne przypadki, spostrzegane przez S.,

który jednak nie wykazał nigdy nagminnego występowania tej choroby. Sądzi zatem, że nie można przyjmować dla tych różnych postaci wyłysień jakiejś jednej przyczyny, — mogą one bowiem być różne, zewnętrzne i wewnętrzne.

Fournier A. (Paryż) spostrzegał takie łysiny, jak przy wyłysieniu plack., po wybuchu kiły, ustępujące zazwyczaj samoistnie, nawracające się jednak nie rzadko parokrotnie. Takie postacie zdarzać się mają u osobników nerwowych, przebywających kiłę. F. jednak nie określa bliżej przyrody takich właśnie łysin u kiłowych.

Jacquet (Paryż) nie zaprzecza istnienia łysin zakaźnych; są one jednak wedle niego znacznie rzadsze, niż wyłysienia na tle nerwowem. We wszystkich przypadkach spostrzegał zboczenia w odżywieniu i zwiotczenie tkanek skóry. Szczepienie drobnego prątka (*microbacillus*) Unny dało zawsze wynik ujemny.

Jadassohn (Berno szwajc.), który dotychczas nie wierzył w zakaźność tego cierpienia, stwierdza, że dowodnie się przekonał w ostatnich czasach na swej klinice o zaraźliwości łysiny placków.

Hallopeau (Paryż) przytacza liczne przypadki ze swej praktyki, dowodzące zakaźności wyłysienia placków. (pelade).

Kaposi (Wiedeń) przyznaje, że widział i w Austryi nagminne wystąpienie łysiny plack., podobnej do paryzkich, — żadnego jednak pasorzyta nie znaleziono, a łysinki nie były tak regularne, jak to powszechnie opisują.

Sabourand (Paryż) tłómaczy występowanie łysin plackowatych u kiłowych tem, że wybuch kiły wprowadza zakażenie łojotokowe, a najczęściej jest nawrót istniejącego cierpienia. (*C. d. n.*)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 stycznia 1901.

* W warszawskiem Towarz. Higienicznem utworzono nową Sekcyę gruźliczą, której przewodniczącym wybrano Dr. A. Sokołowskiego.

* Statystyka wykazuje znaczne zwiększenie się samobójstw w Wiedniu: od stycznia do sierpnia włącznie r. z. odebrało sobie życie osób 382, liczba do tej pory niebywała. Najwięcej samobójstw było w czerwcu (60). Rzecz uwagi godna, że samobójstwa popełniają osoby coraz młodsze; pomiędzy tegorocznymi samobójcami był jeden chłopak 10-letni i dziewczynka 13-letnia. Co do rodzajów samobójstw, to zwraca na siebie uwagę coraz częstsze rzucanie się z okien.

* W gub. saratowskiej, pow. kamyszyńskim, stwierdzono chorobę groźną, którą wzięto za mór. Znany bakteryolog, prof. Zabołotnyj, po zbadaniu tej epidemii orzekł, że jest to wąglik, połączony z zapaleniem płuc, który w tamtych stronach często panuje w oborach Na 22 osoby, które zachorowały, zmarło 10

Natomiast we wsi Władimirowsku gub. astrachańskiej wybuchła niewątpliwie epidemia moru; z 19 osób, które zachorowały do 22 z. m., zmarło 15.

* Według urzędowej statystyki używanie napojów wyskokowych w Niemczech wynosi 3,4 litra czystego wyskoku na osobę, we Francyi 4,5 na osobę: gdy jednak w Niemczech użycie napojów wyskokowych z roku na rok się zmniejsza (w 1889 r. 4,7 litrów na osobę, w 1892 r. 4,5, w 1900 r. 3,4); to we Francyi odwrotnie: w r. 1855 przypadało na głowę czystego wyskoku 1,5 litra; w 1873 r. 2,59, a obecnie 4,5; ta ostatnia ilość odpowiada prawie 22 litrom zwykłej wódki.

* Deputowani włoscy uczynili wniosek, ażeby sprzedaż chininy stała się monopolem rządu, a to głównie dla tego, żeby ten przetwór uczynić tanim i chemicznie czystym.

* Władysław Alojzy Orłowski, otrzymał stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell.

Błędy druku: W artykule »O brakach w ustawie sanitarnej« etc. (»Przegl. lek.« Nr. 1 b. r.) na str. 9, w wierszu 6 od dołu, w miejsce 38,336 ma być: 38,337; w wierszu 27 od dołu, w miejsce 13/3 ma być 13/5; na str. 10, w wierszu 8 od dołu, w miejsce 15,398 ma być: 15,388; w wierszu 6 w miejscu 38,347, ma być: 38,337.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Ewald, został mianowany dyrektorem fizyolog. Instytutu w Strassburgu. Dr. Simon, mian. został prof. chirurg. patologii w Reims. Prosektorem przy katedrze histologii w Odessie mian. został A. Mańkowski.

Nekrologia. Zmarli: H. T. Hanks, prof. ginekologii w New-Yorku. R. I. Curtiss b. prof. ogólnej patologii w Chicago. Prof. Bérenger Féraud w Tulonie w 68 r. życia. Prof. Ed. Potain głośnego imienia patolog, zmarł w Paryżu w 75 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 52: Dr. Żydłowicza W.: Leczenie wrzodów miękich sposobem Andryego. Dr. Rosenthala I.: O skuteczności nowego środka »sidonal« w podagrze przewlekłej. Kopytowskiego W.: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy półpaścu (dok.) Biernackiego Ed.: O badaniu krwi we względzie praktycznym (dok.). Janowskiego W.: O wartości praktycznej nowoczesnych metod badania krwi. W *Medycynie* Nr. 1: Goldflama S.: Dalsze uwagi nad chromaniem przystankowem. Dr. Korybut-Daszkiewicza B.: Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa. W *Pamiętniku Towarz. Lekar. Warszaw.* Z. III: Dr. I. Ettingera: Krótkowzroczność i jej leczenie. Dr. Zaremby W.: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi (c. d.). W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 1: Biegańskiego Wł.: Główne prądy w medycynie XIX wieku. Dr. Wizela A.: Stosunek psychologii do psychiatryi (c. d.).

Zapiski bibliograficzne. W *La Presse Medicale* Nr. 1: Dr. Sergent E. Zanik trzew i niedorozwój tętniczy w rumieniu lombardzkim. Nr. 2. Prof. Gaulard M.: Leczenie drgawek porodowych. W *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 1: Vulpius: Leczenie stopy szpotawej u dorosłych. Edlefsen: Główne różnice między mlekiem krowiem a pokarmem kobiecym, oraz wartość i znaczenie środków, przeznaczonych do zastąpienia pokarmu macierzyńskiego. Marwedel: Przyczynek do kazuistyki ropni w trzustce. Haenel: O zaburzeniach czucia skórnego w przebiegu chorób narządów wewnętrznych, zwłaszcza schorzeń żołądka. Baumgarten: Przyczynek do etyologii pierwotnej marskości nerek. Schmidt: Wadliwości flaszek do karmienia osesków i sposób ich uniknięcia. Gebhardt: O nitropropiolowych kołaczykach, nowej próbie na cukier. Ekstein H. i Ekstein M.: Azoospermia i ojcowstwo. W *Berliner Klinische Wochenschrift*. Nr 1: Riedel: O kamieniach żółciowych. Kümmell H.: Promienie Röntgenowskie w usługach medycyny praktycznej. Hueppe F.: O nowoczesnych dążeniach kolonizacyjnych i o możliwem przystósowaniu się europejczyków do strefy podzwrotnikowej. Wolff M.: Sprawozdanie z berlińskiej polikliniki dla chorób na płuca za rok przeszły. Jolly: Kiła i choroby umysłowe. Lassar O.: Różnice między kiłą a chorobami skórnemi, wykazane przy pomocy demonstracyi. Saalfeld: Ogólna terapia chorób skóry. W *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 1: Brieger L.: Wstęp do odczytu „O ogólnej terapii.“ Prof. Wassermann: O przyczynach wrodzonej odporności przeciw niektórym zakażeniom. Blumenthal F.: O powstawaniu acetonu z białka jajowego. Prof. Loeffler i Dr. Uhlenhuth: O szczepieniu ochronnem przeciw zarazie pyskowej i racicznej, w szczególności o zastósowaniu w praktyce szczepionki w celu zwalczania zarazy u nierogacizny i u owiec. Dr. Bàskai D.: Patogeneza rzeżączkowego zapalenia przyjądrza. Prof. Deycke: Etyologia czerwonki.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Méthode pour obtenir des cristaux dans une solution sans formation de croute à la superficie. („Biuletyn Akad. Umiej. w Krakowie“).

Dr. Lachs: Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszym tygodniu ich życia. (Odbitka z »Przegl. Lekar.« 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 16 stycznia, o godz. 6-tej wieczorem *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 19 Stycznia 1901. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu Anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle.

Podał
Dr. L. K. Gliński.
asystent zakładu.

Wady rozwojowe trzustki [1]) należą wogóle do wielkich rzadkości; stosunkowo najczęściej jeszcze spotykamy na głowie trzustki jakby płat dodatkowy, przylegający zwykle do przedniej powierzchni dwunastnicy, pozostający jednak w ścisłym związku z głową trzustki, od której oddziela go tylko większe lub mniejsze przewężenie; jest to t. zw. trzustka mniejsza (*pancreas minus*), której przewód wyprowadzający uchodzi do przewodu Wirsungiusza, lub też, co częściej, wprost do dwunastnicy. Bez porównania rzadsze są właściwe trzustki dodatkowe (*pancreas accessorium, succenturiatum*), nie pozostające w związku z właściwą trzustką i tworzące jakby oddzielne narządy, umieszczone w niezwykłych miejscach, bo w ścianach żołądka lub jelit cienkich.

Dotychczas w piśmiennictwie nie zdarzyło mi się spotkać pracy, którąby sprawę powstawania trzustek dodatkowych przedstawiała we właściwem świetle; ten wzgląd, jak również i rzadkość samej sprawy skłoniły mnie do ogłoszenia niżej opisanego przypadku trzustki dodatkowej i do szczegółowego rozejrzenia się w odpowiedniem piśmiennictwie, które to poszukiwania doprowadziły mnie do wniosku, iż zestawienie opisanych przypadków może ze swej strony rzucić pewne światło na sam rozwój trzustki, a powtóre — na sprawę powstawania w pewnych przynajmniej razach uchyłków w jelitach.

Rozglądając się bardzo skrzętnie w dostępnem mi piśmiennictwie, zdołałem zebrać zaledwie 13 przypadków właściwej (oddzielnie leżącej) trzustki dodatkowej; z tych — 3 w ścianach żołądka i 10 w ścianach jelita cienkiego; do tej liczby być może należałoby zaliczyć i przypadek Schultzego, który przy badaniu pośmiertnem noworodka znalazł uchyłek jelitowy, „cujus apicem“, jak powiada autor, „glandulosa papilla quaedam quasi coronabat;“ wobec jednak braku szczegółowego opisu i badania drobnowidowego przypadkowi temu większej wagi przypisywać nie możemy.

Klob, który pierwszy badaniem drobnowidowem stwierdził istnienie trzustek dodatkowych, spostrzegał 2 przypadki: w 1-szym w środku wielkiej krzywizny żołądka u 20-letniej dziewczyny znalazł on płasko-okrągławy twór o wejrzeniu gruczołowem, który, jak to wykazało badanie drobnowidowe, posiadał utkanie trzustki i leżał w ścianie żołądka między błoną mięsną a otrzewną; przewodu wyprowadzającego autorowi nie udało się odnaleźć. W przypadku drugim trzustka dodatkowa leżała w początkowej części jelita czczego, lecz i tutaj autor nie znalazł przewodu wyprowadzającego. Bliższych szczegółów co do tych przypadków Klob nie podaje.

Zenker widział 6 przypadków trzustki dodatkowej, zawsze jednakże spotykał ją w jelicie cienkiem i to raz w dwunastnicy, 3 razy w początkowej pętli jelita czczego, w przypadku 5 znalazł Zenker 2 trzustki dodatkowe: jedna z nich znajdowała się w odległości 16 ctm., druga 48 ctm. poniżej dwunastnicy; przypadek 6 wreszcie zasługiwał na uwagę ze względu na to, iż tutaj 54 ctm. powyżej zastawki Bauhina znajdował się $5^1/_2$ ctm. długi uchyłek z wązką krezką o znacznej ilości tkanki tłuszczowej, wśród której, w małej odległości od szczytu uchyłku, leżała trzustka dodatkowa. Wielkość trzustek dodatkowych w przypadkach tych wahała się między wielkością ziarna soczewicy a talara. Stosunek do warstw jelita bywał różny; w 3 przypadkach trzustka dodatkowa leżała w warstwie podśluzowej; w pozostałych zaś trzech główną swą masą spoczywała ona między otrzewną a warstwą mięsną i tylko gdzieniegdzie pęczki mięsne wdzierały się w tkankę gruczołową. We wszystkich tych przypadkach Zenkerowi udało się wykazać przewód wyprowadzający, którego ujście znajdowało się zwykle (w 4 przypadkach) na szczycie drobnej wyniosłości, leżącej (nie zawsze) w części środkowej trzustki dodatkowej; gdzie wyniosłości nie było, (pozostałe 2 przypadki), tam przez ucisk udawało się w pewnem miejscu wycisnąć z gruczołu nieco cieczy i miejsce to uważa Zenker za ujście przewodu. We wszystkich przypadkach było wykonane badanie drobnowidowe; właściwa trzustka leżała zawsze w miejscu prawidłowem i nie okazywała żadnych zboczeń w kształcie i wielkości. Wszystkie wymienione trzustki dodatkowe znalezione były przez Zenkera u ludzi dorosłych, w wieku 17—54 lat.

Wagner znalazł dwukrotnie trzustkę dodatkową: jedną w jelicie cienkiem, której opis pomija milczeniem, drugą w ścianie żołądka. W przypadku tym trzustka dodatkowa leżała na przedniej ścianie żołądka bezpośrednio obok małej krzywizny, prawie w równej odległości od wpustu i odźwiernika; stanowiła ona twór płaski, kształtu owalnego, leżący głównie w błonie podśluzowej, otoczony wiotką tkanką łączną i tylko w jednem miejscu silniej zrośnięty z błoną śluzową; wymiary trzustki wynosiły 4‴ × 5‴×7‴. Grubszego przewodu W. nie znalazł; sądzi jednakże,

[1]) Spotykany niekiedy u płodów niedokształconych (bezgłowych) całkowity brak trzustki, jako nie pozostający w ścisłym związku z omawianemi niżej sprawami, pomijam w tej pracy. (*Przyp. autora*).

iż musiał on się znajdować (a raczej uchodzić) w miejscu silniejszego zrostu trzustki dodatkowej z błoną śluzową; badanie drobnowidowe wykazało typowe utkanie trzustki, a wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej rozgałęziające się przewody gruczołowe.

Gegenbaur opisuje przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka, zresztą zupełnie prawidłowego; w blizkości małej krzywizny, w odległości 2 ctm. od odźwiernika znajdował się twór okrągły, długości 14 mm., grubości 6 mm., wypuklający błonę śluzową; badanie drobnowidowe wykazało budowę trzustki; masa gruczołowa leżała w błonie podśluzowej; przewód wyprowadzający udało się odnaleźć dopiero po bardzo długich i żmudnych poszukiwaniach.

Neumann znalazł u 10-miesięcznego dziecka w jelicie cienkiem, w odległości 2 stóp (=60 ctm.) powyżej zastawki Banhina uchyłek długości 1½; cała o budowie ściany jelitowej; na szczycie uchyłka znajdowało się na szypułce ciałko wielkości ziarna grochu, wykazujące pod drobnowidem utkanie trzustkowe; w szypułce przebiegał przewód, przez który łatwo dało się wprowadzić szczecinę.

Nauwerck ogłosił przypadek, w którym u 43-letn. mężczyzny znalazł w jelicie biodrowem, w odległości 2·3 metra powyżej zastawki Banhina uchyłek długości 9 ctm. grubszy od ołówka, nieco przypłaszczony, ku końcowi zgrubiały, nie posiadający własnej krezki, pokryty całkowicie otrzewną; uchyłek ten posiadał w części, przylegającej do jelita, lejkowato zwężające się ku górze światło, pozostające w związku ze światłem jelita i był tutaj wysłany błoną śluzową o budowie prawidłowej błony śluzowej jelita. W górnej części uchyłek ten nie posiadał światła i był wypełniony całkowicie przez ciało szarawo zabarwione o wejrzeniu gruczołowem; mniej więcej przez środek tego ciała przebiegał przewód, w który udało się wprowadzić cienki zgłębnik; badanie drobnowidowe wykazało budowę trzustki; trzustka właściwa niezmieniona leżała w miejscu prawidłowem. Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, iż tutaj, w odległości 80 ctm. powyżej zastawki Bauhina znajdował się z boku od przyczepu krezki drugi uchyłek, posiadający 3 ctm. długości i uważany przez Nauwercka za rzeczywisty uchyłek Meckela.

Przypadek trzustki dodatkowej, którą znalazłem w zwłokach 24-letniej kobiety w zakładzie anatomiczno patologicznym prof. Browicza, przedstawiłem jeszcze w kwietniu r. 1899 w krakowsk. Towarzystwie lekarskiem. Trzustka właściwa w przypadku tym leżała w miejscu zwykłem i ani kształtem swoim, ani wielkością, nie różniła się od stanu prawidłowego; trzustka ta posiadała przewód wyprowadzający, biegnący wzdłuż narządu i uchodzący razem z przewodem żółciowym wspólnym do dwunastnicy; przewodu dodatkowego (Santoriniego) w głowie trzustki nie znalazłem. Na górno-tylnej ścianie żołądka, w małej odległości (około 2 ctm.) od odźwiernika, znajdowało się wypuklenie błony śluzowej kształtu owalnego, łagodnie wznoszące się ze wszystkich stron ku środkowi; pod wypukleniem tem dawało się wyczuć jakieś ciało, miernie zbite, od otoczenia dość wyraźnie odgraniczone; niezmieniona błona śluzowa ponad ciałem tem dawała się łatwo przesuwać; na przekroju prostopadłym do powierzchni widać było już makroskopowo, jak warstwa mięsna żołądka w kierunku od brzegów ku środkowi tego ciała powoli stawała się coraz grubszą, przybierając wejrzenie ciała szaro, miejscami czerwonawo-szaro, zabarwionego o wejrzeniu gruczołowem; wymiary tego ciała wynosiły: długość $4^1/_2$, szerokość 3, grubość (w środku, a więc w miejscu najgrubszem) 1 ctm. Ciało to wypuklało również i zewnętrzną ścianę żołądka, miejscami nawet więcej, niżeli błonę śluzową.

Badanie drobnowidowe wykazało wśród warstwy mięsnej obecność licznych zrazików gruczołowych, odpowiadających swą budową drobnowidową budowie trzustki prawidłowej i pooddzielanych od siebie pasemkami tkanki łącznej; zraziki te, łącząc się ze sobą, tworzyły większe skupienia, pooddzielane od siebie pasmami mięśni gładkich; skupienia te zrazików znajdowały się prawie wyłącznie wśród wewnętrznej (okrężnej) warstwy mięsnej, miejscami tylko zachodząc i w warstwę mięsną zewnętrzną. Wśród pasemek tkanki łącznej, a nawet i wśród pasm mięśni gładkich, odgraniczających większe skupienia zrazików gruczołowych, znajdowały się przewody, miejscami dochodzące dość znacznej grubości i wysłane jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym; w świetle grubszych przewodów widoczna była drobno-ziarnista masa. Warstwa mięsna oczywiście była znacznie rozszerzona, nie tworzyła jednolitego pokładu, lecz w postaci dość szerokich pasm odgraniczała większe skupienia zrazików gruczołowych.

Co się tyczy innych warstw ściany żołądka w tem miejscu, to błona śluzowa nie przedstawiała nic nieprawidłowego; natomiast w błonie podśluzowej uderzało nagromadzenie znacznej ilości gruczołów, budową swą odpowiadających budowie gruczołów Brunnera, zwykle spotykanych wyłącznie tylko w dwunastnicy; między otrzewną a warstwą mięsną podłużną znajdowało się dość znaczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej

Wobec wyniku badania drobnowidowego nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, iż mieliśmy również i w danym razie do czynienia z przypadkiem trzustki dodatkowej, leżącej w warstwie mięsnej żołądka, czego dotychczas jeszcze nie spostrzegano: w opisanych przypadkach trzustka dodatkowa spoczywała zwykle w warstwie podśluzowej, lub też między otrzewną, a warstwą mięsną. Przewodu wyprowadzającego odszukać mi się nie udało w tym przypadku; poszukiwania jednak w tym kierunku przedsięwziąłem dopiero po ustaleniu całej trzustki dodatkowej w formalinie; biorąc jednakowoż na uwagę zachowanie się przewodów w obrazie drobnowidowym, sądziłbym, iż i w tym przypadku istniał przewód wyprowadzający wspólny, którego tylko nie udało się odszukać w okazie już ustalonym.

Zestawiając obecnie wszystkie wyżej omówione przypadki, widzimy, iż prócz t. z. trzustki mniejszej (*pancreas minus*), spotykanej dość często i stanowiącej tylko jakby dodatkowy płat, pozostający zresztą w ścisłym związku z prawidłową trzustką właściwą, znajdujemy, co rzadziej w ustroju ludzkim i rzeczywiste trzustki dodatkowe (*pancreas accessorium*), stanowiące zupełnie oddzielne narządy, nie pozostające w związku z trzustką właściwą i leżące w ścianach przewodu pokarmowego — żołądka, dwunastnicy i wogóle jelita cienkiego; trzustki, spotykane w ścianach jelit, posiadają prócz tego niekiedy tę właściwość, iż leżą w dnie lub na szczycie uchyłków, których ściany stanowią bezpośrednie przedłużenie ściany jelita.

Hyrtl w swoim podręczniku anatomii topograficznej

wspomina, iż do wielkich rzadkości należy „dass sich eine Partie von Läppchen des Pancreas von dickem Ende dieser Drüse weg hinter die A. u. V. mesaraica superior begiebt, oder diese Gefässe an ihrer Wurzel umschlingt,“ ogranicza się jednakże tylko do tej krótkiej wzmianki, z której nie można nawet wywnioskować, czy te zraziki tworzą narząd oddzielny, czy też pozostają w jakimś związku z trzustką właściwą; w pierwszym razie należałoby je zaliczyć do rzędu trzustek dodatkowych właściwych *(pancreas accessorium)*, w razie zaś przeciwnym uważać je należy tylko za odszczepienie części głowy trzustki, a więc za t. z. trzustkę rozszczepioną *(pancreas divisum)*, o czem niżej.

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał

Dr. W. Chlumsky,

I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dokończenie).

Rozpoznanie klatki piersiowej lejkowatej (zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych) jest bardzo łatwe: Typowe zagłębienie lejkowate w środku przedniej ściany klatki piersiowej z wygięciem mostka ku tyłowi i odpowiedniem wygięciem przednich końców żeber ku wewnątrz, które jest najwyraźniejszem w miejscu największej głębokości lejka.

Klatka lejkowata jest bardzo podobną do klatki piersiowej rynienkowatej (thorax gouttière); ta ostatnia jest również wadą wrodzoną i posiada kilka cech wspólnych pod względem swego pochodzenia z piersią lejkowatą (Féré i Schmidt, Marie). Jednak w przypadku piersi rynienkowatej mostek jest zupełnie prosty, a tylko przednie końce żeber są i to dosyć równomiernie wygięte, wskutek czego powstaje na przedniej ścianie klatki piersiowej rodzaj żłobka.

Do wrodzonych zniekształtnień klatki piersiowej należy jeszcze »thorax en proue« z silnem wypukleniem mostka ku przodowi i bocznem spłaszczeniem klatki piersiowej, wskutek czego przednia ściana klatki piersiowej przybiera trójkątny kształt garbu. Bezkształtność ta jest przeciwstawieniem do klatki piersiowej lejkowatej. Wspominam tu o niej jedynie ze względu, że i ona jest wadą wrodzoną. Zagłębienia i wpuklenia boczne okołomostkowe wykazują pewne podobieństwo z klatką piersiową lejkowatą, są jednak one zwykle nieregularne, leżą z boku i nieobejmują mostka, tylko w rzadkich przypadkach mostek jest w wej bocznej części nieco wchylony, ale i wówczas wierzchołek zagłębienia nie leży na mostku. Spostrzegałem pacyenta, który obok zagłębienia w środku, odpowiadającego kształtem piersi lejkowatej, miał jeszcze po obydwóch jego stronach dwa inne dołki, łączące się z środkowem zagłębieniem. W całości miały te 3 dołki kształt listka koniczyny i dlatego nadaliśmy temu zniekształtnieniu nazwę pierś kształtu trójlistka („*Kleeblattbrust*“).

Przy rozpoznawaniu nabytych zniekształtnień przedniej ściany klatki piersiowej powinniśmy pamiętać o możliwych w niej zmianach z powodu syringomyelii. Te nie mają jednak żadnego kształtu charakterystycznego i nie przekraczają zawyczaj dolnej graniey mięsnia piersiowego, (Picqné i Colombani). Pierwotna postępująca myopatya powoduje jedynie przypłaszczenie przedniej ściany klatki piersiowej z odgięciem się dolnych łuków żebrowych ku zewnątrz *(Taille de guèpe)*. Podług Mariego można w tych przypadkach zauważyć wgniecenie, które ogromnie przypomina pierś lejkowatą.

Przy różniczkowem rozpoznaniu nie należy spuszczać z uwagi zniekształtnień klatki piersiowej t. zw. »zawodowych«, jakie się wytwarzają u krawców, szewców, pisarzy, z wygięciem łuków żebrowych ku zewnątrz, — a również myśleć należy i o niektórych innych nietypowych zboczeniach; we wszystkich tych przypadkach brak jednak wyżej wymienionych charakterystycznych cech klatki piersiowej lejkowatej.

Metody leczenia. Pierś lejkowata, o ile nie jest powikłana z innemi chorobami, — nie powoduje żadnych przypadłości. Wszyscy nasi pacyenci byli w stanie tak swobodnie się poruszać, jak gdyby nic im nie brakowało. Zniekształcenie to wykrywano zwykle przypadkowo, przy sposobności badań z innej przyczyny. Z tego powodu chorych, dotkniętych tą wadą, nie leczono wcale, lub też bardzo pobieżnie. Chapard zaleca przeciw chorobom klatki piersiowej w ogólności leczenie zapomocą przyrządów i rozmaitego rodzaju ćwiczeń gimnastycznych. Każe on pacyentom wykonywać silne wydechy do spirometrów według konstrukcyi Fortuda, Heniego, względnie Mathieugo, de Joalego, które to wydechy należy wykonać kilkakrotnie, raz po razie. Po tych wydechach następują (jak to się samo przez się rozumie) głębokie wdechy, w których pacyenci chętnie nieco przesadzają, aby następnie otrzymać wyższe liczby w skali spirometrycznej. Tym sposobem ulega klatka piersiowa rozszerzaniu we wszystkich kierunkach, co wobec klatki piersiowej lejkowatej odgrywa rolę zabiegu leczniczego.

Dalej Chapard poleca chodzenie po górach, Redard i Chapard — pewien rodzaj gimnastyki oddechowej, przyczem lekarz uciska na boczne ściany klatki piersiowej i to w ten sposób, że patologicznie skrócone wymiary wydłużają się, a wydłużone ulegają skróceniu.

Pacyentom profesora Hoffy chodziło głównie o względy kosmetyczne. Były to przeważnie panienki z dostatniejszych domów. Wchodziły tu w grę również i względy tualetowe. Leczyliśmy te przypadki ze skutkiem wcale niezłym mniej więcej w sposób następujący: przedewszystkiem były stósowane ćwiczenia gimnastyczne, w rodzaju tych, jakich używał Redard. — Klatkę piersiową ugniotano z boków, rękami płasko ułożonemi po obydwóch jej stronach, przy głębokim wydechu, a pacyentom kazano wśród tego wykonywać głębokie wdechy. Tym sposobem wymiar przednio-tylny klatki piersiowej musiał się wydłużać pod działaniem ciśnienia wewnątrz niej, a lejkowate wgłębienie klatki stawało się płytszem z powodu utrudnienia w rozszerzaniu się jej w wymiarze poprzecznym. Tego rodzaju ćwiczeń dokonywano przez przeciąg kilku minut i to po kilka razy dziennie.

W dalszym ciągu musieli pacyenci grać na trąbach, przyczem rozszerza się klatka tak samo, jak przy leczeniu spirometrami. Następnie przylepiano wązkie paski przylepca

do dna zagłębienia klatki piersiowej, poczem za nie z lekka pociągano, aby i w ten sposób zagłębienie uczynić płytszem.

Takie same zadanie miała spełniać wydrążona miseczka rogowa, dająca się zupełnie dokładnie przyłożyć do zewnętrznych granic wgłębienia. Na górnej jej powierzchni znajduje się pompa ssąca z urządzeniem wentylowem, zapomocą której można było wypompować powietrze pod miseczką zawarte i w ten sposób podnieść podstawę, na której ona spoczywa. Sporządzenie takich, dokładnie przylegających miseczek było jednak zawsze połączone z wielkiemi trudnościami.

Jak już wspomniałem, wyniki, osiągnięte tymi sposobami leczenia, były stosunkowo dosyć dobre Naturalnie tylko u młodszych pacyentów. U tych bowiem kości były jeszcze giętkie i podatne, wskutek czego można jeszcze było tymi zabiegami wpłynąć na ich kształt. W przypadkach cięższych, a zwłaszcza u osób starszych, należałoby może próbować zabiegów operacyjnych, jak przecięcia mostka z następowem podniesieniem wygiętych części kości, lub podobnych zabiegów. Jest to jednak zabieg już dosyć poważny i powinien być stósowany przy wskazaniu ścisłem.

Sądzę też, że ze względów li tylko kosmetycznych chory nie tak łatwo zdecyduje się na operacyę, tem więcej, że pozostaje po niej blizna, która jest rzeczą również nieestetyczną.

Co się tyczy sposobów leczenia nabytych zniekształtnień piersi lejkowatej, to oprócz powyżej wspomnianych metod należy stósować przedewszystkiem leczenie przyczynowe.

Piśmiennictwo: Luschka: Journal d'anatomie de Robin, 1869. Eggel: Virchow's Archiv B. 49 p. 230, 1870. Flesch: Virchow's Archiv B. 57 p. 289, 1873. Hagman: Jahrbuch der Kinderbeilkunde XV. p. 455, 1880. Klemperer: Wiener med. Bl. 50, 1880. Ebstein: Deutsch. Archiv für klin. Med. B. XXX. p. 241, 1882. Ebstein: Deutsch. Arch. für klin. Med. B. XXXIII. p 100. 1883. Graeffner: Deutsch. Archiv für klin. Med.B. XXXIII p. 95, 1883. Mühlhauser: Deutsch. Archiv für klin. Med. B. XXXIII. p. 98, 1880. Coen: Bull. des sciences médicales de Bologne V 14 p. 5, 1884. Percival: Revue clinique de Bologne p. 401, 1884. Klemperer: Deutsch. med. Wochenschrift, 1888. Brunon: Annales d'hygiéne. Paris 520, 1891. Hoffa: Lehrbuch der ortop. Chirurgit Stuttgard p. 220, 1891. Ramadier et Serieux: Nouvell. Iconograph. de la Salpetriére p. 337, 1891 Hagman: Traité pratique de chirurgie orthopédique 1892 Ribbert: Zur Aetiologie der Trichterbrust. D. m. W.; 1894, N. 33 apitan: Médicine moderne 1892. Féré et Schmid: Journal de l'anatomie et de la physiologie p. 564, 1893 Marie: Journal de la Société med. des hopitaux, 1895. Marie: Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie 1896. Marie: Leçons de cbin. médic. de l'Hôtel Dieu, 1896. Piqué et Colombani: Revue d'orthopédie, 1890.

• • •

III. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne [1]).

Z oddziału chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Doc. Dr. J. Wiczkowskiego.

Hedonal, Resaldol i Hidragogina.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski, sekund. oddziału.

Od szeregu lat świat lekarski jest formalnie zasypywany „nowymi lekami“, — a szumne pochwały, rozliczne reklamy i broszury torują im drogę do najdalszych zakątków. Wobec tego bezkrytycznego nawału nie należy ślepo ufać podejrzanym częstokroć ocenom, ogłoszonym w dziennikach zagranicznych; — sami powinniśmy przyłożyć nóż krytyki do tych rzekomych zdobyczy, aby się nie dać porwać uniesieniu i nie zastósowywać wszystkiego, co nam do zastósowania podają, lub też odwrotnie nie odrzucić w czambu wszystkiego, gdyż nie trudno z jednej przesady wpaść w drugą, a kto wie, czyby się w takim razie nie uroniło wówczas niejednego pożytecznego środka, który przedstawia rzeczywisty nabytek i postęp w rozwoju nauki terapeutycznej.

W pierwszym rzędzie do tej krytyki powołane są szpitale, gdzie codzienne troskliwe i oględne spostrzeganie może i potrafi odróżnić leki dobre od złych, korzystne od niepożytecznych, a czasem i szkodliwych.

Tem zapatrywaniem wiedziony Doc. Dr. Wiczkowski, prymaryusz oddziału, zachęcił mię do tych spostrzeżeń, których tem chętniej się podjąłem, że obfity materyał szpitalny, umożliwiona wszechstronna obserwacya, pomoc i zachęta na każdym kroku szefa oddziału, umożebniły mi choć w ten skromny sposób przysłużyć się nauce polskiej. Przystępując do szeregu doświadczeń z nowymi lekami, nie mam zamiaru podawać ich w całej rozciągłości, a to, by nie znużyć czytelnika i nie zatrzeć istotnego celu; — zależeć mi będzie głównie na podaniu wyników, a historye chorób przytaczać będę tylko takie, które do wytłómaczenia i uzasadnienia tych wyników mogą się przyczynić.

Przy zastósowaniu każdego leku starałem się, aby mojej baczności nie uszedł żaden szczegół, mogący być policzony na korzyść lub niekorzyść nowego środka, a nadto przystępowałem do pracy z całą bezstronnością; uwagę moją zajmowało zachowanie się moczu, tętna, oddechania, ciepłoty i wszelkie inne szczegóły, a nie spuszczałem przytem nigdy z oczu ogólnego stanu chorego.

Hedonal.

Hedonal należy do gromady uretanów, czyli estrów kwasu karbaminowego.

Jeżeli w etyl-uretanie, powszechnie zwanym uretanem $\left(OC{<}^{OC_2H_5}_{NH_2}\right)$ w miejsce etylu wprowadzimy wyższe rodnie alkoholowe, otrzymamy połączenie o własnościach podobnych, lecz silnej działające, niż uretan. Drezer (1899) doszedł do najlepszych wyników, podstawiając w miejsce etylu metyl-propyl, otrzymał połączenie metyl-propyl-karbinol-uretan, czyli hedonal. Jestto proszek biały, krystalizujący się w igiełkach, łatwo się rozpuszczający w rozcieńczonym wyskoku i gorącej wodzie. Polecony przed kilkunastu laty przez Jakscha i Schmiedeberga, etyl-uretan cieszył się krótkiem względnie powodzeniem głównie dlatego, że do wywołania snu potrzeba było nieraz użyć dawki, dochodzącej do 6 grm.

Badania Drezera, przeprowadzone z hedonałem na królikach i psach, wykazują, że do wywołania równych skutków potrzeba 4-krotnej ilości etyl-uretanu, a 2-krotniej wodnika chloralu. Dawka od 1—2 grm. okazała się skuteczną u ludzi. Jako wskazania do zastósowania hedonalu, wymienia Drezer bezsenność w neurastenii, hipochondryi, zadumie i innych stanach przygnębienia umysłowego; mniej korzystne wyniki dostrzegał w histeryi, a żadnych — w stanach podnieecnia w przebiegu obłędu i urojeń, gdzie i inne środki nasenne zwykle zawodzą.

Jak widzę z całego szeregu sprawozdań, które dostały się do moich rąk, hedonal był stósowanym wyłącznie w kierunku, wskazanym przez Drezera, a tego kierunku doświadczeń obrać nie mogliśmy, głównie z tego powodu, że nie rozporządzamy podobnym materyałem na oddziele chorób wewnętrznych. Mając za to pod dostatkiem chorych na niewyrównane wady serca, u których, jak wiadomo, bezsenność jest jednym z najdolegliwszych objawów, stósowa-

[1]) Doc. Dr. Wiczkowski powziął chwalebną myśl urządzenia w swoim Oddziale szpitalnym we Lwowie »Stacyi kontrolnej nowych leków«. Reklamowane bezkrytycznie nawet przez poważne czasopisma zawodowe, »nowe leki«, z małym wyjątkiem, przynoszą tylko dotkliwy zawód dla lekarza i dla chorego. Skwapliwie więc otwieramy nową rubrykę, w której pomieszczać będziemy, w miarę dostarczenia nam, wyniki spostrzeżeń nad działaniem leczniczem »nowych leków«, zaznaczając jednocześnie, że spostrzeżenia te prowadzone są z całym zasobem badań naukowych, a ogłaszane będą tylko w ostatecznych swych wynikach i wnioskach *(Red.)*

liśmy u nich hedonal, zachęceni minimalnem jego korzystnem działaniem na serce i stwierdzonem przez Drezera zwiększonem wydzielaniem moczu.

Hedonal podawaliśmy w proszkach 1—2 gramowych, w opłatku lub bez niego, polecając popić małą ilością wody. Można go podawać również w gorących płynach, najlepiej w gorącym ocukrzonym naparze miętowym, lub też w roztworze wyskokowym, według przepisu:

Rp. Hedonali 6,₀
Spirit. vini dil.
Syrupi Cinamomi aa 30,₀.
Olei carvi aether gttas II.

MDS. jedną łyżkę na noc. (W łyżce tego roztworu zawiera się $1\frac{1}{2}$ grama hedonalu).

Z powodu jednak nieco przykrego smaku najlepiej podawać go, zwłaszcza osobom wrażliwym, w opłatku, w $1\frac{1}{2}$ god. po wieczerzy.

Mając dwadzieścia kilka przypadków, w których stosowaliśmy hedonal, przytoczymy tylko kilka, które i tak nam dadzą wyobrażenie o skuteczności tego leku.

Zatem u chorej z rozpoznaniem: *Insuff. valv. semilunaris aortae et stenosis ostii arteriosi sinistri*, która od dłuższego czasu cierpiała na bezsenność, podaliśmy 2 gramy hedonalu w opłatku około god. 9tej wieczorem, polecając popić małą ilością wody. Chora po $\frac{1}{2}$ godzinie zasnęła, sen trwał nieprzerwanie do god. 6tej rano; chora uczuła się znacznie pokrzepiona; skaży się tylko na nieznaczny zawrót głowy.

Ilość moczu nieco zwiększona, — brak w nim składników nieprawidłowych. Zmian w tętnie nie zauważyliśmy. W dniu następnym nie podaliśmy chorej hedonalu, — Chora nie spała.

Próby następne uwieńczone były zawsze pomyślnym skutkiem.

W. G. z rozp. *Insuff. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri in st. incomp. — insuff. relat. valv. tricusp., cirrhosis hepatis cardiaca*, skarży się na bezsenność, trwającą z małemi przerwami od kilku miesięcy. Chorej tej podaliśmy 2 grm. hedonalu bez opłatka; lek ten zażyła z małą ilością wody; w $\frac{3}{4}$ godz. po podaniu zasnęła, sen trwał nieprzerwanie do $6\frac{1}{2}$ rano. Wypytywana chora podaje, że od dłuższego czasu nie spała tak smacznie, i że czuje się znacznie pokrzepioną; nie doznaje ani bolu, ani zawrotu głowy.

Liczba i jakość tętna niezmienione: ilość moczu wzrosła z 500 ctm.³ na 760 cm.³, — w moczu ta sama ilość białka (0.007%).

W dniach następnych nie podano hedonalu, mimo tego chora spała od 4—5 godzin.

Chorej *P. P.* z rozp.: *Insuff. mitralis in stadio incomp* podaliśmy również 2 grm. hedonalu w sposób wyżej podany, chora jednak nie zasnęła. Powtórzona dawka następnego wieczora sprowadziła w $\frac{1}{2}$ god. u chorej sen, który trwał do godziny $5\frac{1}{2}$ rano. Kilka nocy następnych chora spała dobrze, mimo, że hedonalu nie podawaliśmy.

Ograniczamy się na podaniu tych 3 spostrzeżeń zaznaczamy jednakowoż, że podobny skutek osiągnęliśmy w mniejszym lub większym stopniu i u innych chorych, cierpiących na niewyrównane wady serca. Jeżeli zaś obok bezsenności chorych trapi n. p. ból jakiś, jak to bywa n. p. w dusznicy bolesnej, henodal tak długo działał, dopóki ból snu nie przerwał. Za szczególniejszym naciskiem podnieść musimy, że nasenne działanie tego środka rozciągało się niekiedy na kilka następnych nocy, mimo niepodawania hedonalu.

A więc z całą sumiennością możemy hedonal polecić, jako lek, względnie pewnie działający bez wybitniejszych ubocznych następstw, a już na chlubę tego środka trzeba policzyć, że skutecznie działa u chorych na serce, gdyż po 1) nie spostrzegaliśmy osłabienia akcyi serca, po 2) chory nie doznawał lęku po obudzeniu, jak to czasem bywa po innych środkach nasennych, — a pozostawało jedynie nieznacznego stopnia oszołomienie, na które jednak chorzy się nie uskarżali, a po 3) wpływa choć w małym stopniu, na zwiększenie wydzielania moczu. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Waldvogel. **O metodzie Salkowskiego oznaczania alkaliczności krwi.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 43, 1900). Autor zajmował się oznaczaniem alkaliczności krwi sposobem Salkowskiego i podaje wyniki, otrzymane tą metodą. Do oznaczenia alkaliczności krwi używa Salkowski przyrządu Schlösinga, jaki służy do oznaczenia amoniaku metodą miareczkową. Do dolnego naczyńka przyrządu daje się 20 grm. siarkanu amonowego i 20 ctm.³ wody, nie czekając na rozpuszczenie się soli amonowej: do górnego zaś naczynia odmierza się dokładnie 10 ctm.³ krwi i przykrywa szczelnie wszystko kloszem szklanym. Wydzielony działaniem alkalicznem krwi, amoniak zagęszcza się w normalnym kwasie siarkowym, zobojętniając takowy częściowo. Po upływie pięciu dni odmiareczkowuje się kwas siarkowy $\frac{1}{10}$ norm. roztworem wodorotlenku sodowego. Z ilości teraz mniej użytych ctm.³ ługu sodowego oblicza się alkaliczność krwi. Autor przeprowadzał odmiareczkowanie w ten sposób, iż odmierzał pipetką z roztworu kwasu siarkowego dwa razy po 4—3 ctm.³ kwasu, ilości te miareczkował ługiem, obliczając przeciętnie z tych dwóch oznaczeń na całą ilość kwasu siarkowego, jaka w naczyńku pozostawała, a którą znów obliczał przez odciąganie jej zapomocą pipetki na $\frac{1}{10}$ ctm.³ podzieloną. Z odmierzonych początkowo 10 ctm.³ kwasu pozostawała zwykle mniejsza ilość cieczy, a mianowicie 6·3—8·8 ctm.³ wskutek częściowego wyparowania wody. — Postępując w ten sposób otrzymywał autor zgodne wyniki.

(Co do odmierzania pozostałej ilości kwasu siarkowego w naczyńku w sposób, jak go opisuje autor, muszę zaznaczyć, iż on nie jest ścisłym, a nawet grubym błędem analitycznym: wszak nie je, steśmy w stanie z naczynia odciągnąć ciecz w całości, choćby przy zastosowaniu największych ostrożności, a to z tej prostej przyczyny, iż małe kropelki cieczy zawsze pozostają przyczepione do ścian naczyńka. Jeżeli się dalej zważy, iż operujemy tu kwasem stosunkowo silnym, bo normalnym, to wynik otrzymany musi być błędny, t. j. alkaliczność znajduje się za wysoką. Co do samej metody Salkowskiego, to okoliczność operowania z tak znacznemi ilościami jest niedogodną i nie każdy lekarz się zdecyduje do tak znacznego upustu krwi. — *Przypisek referenta*). *Lemberger.*

Sandmeyer. **O mleku Rosego dla dotkniętych cukrzycą.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1900, Nr. 44). Wiadomo z jakiemi trudnościami walczy lekarz ze sprawą dyety, w przebiegu leczenia cukrzycy, szczególnie w tych przypadkach, w których ilość wodorotlenków musi być minimalną, albo całkowicie wykluczoną z dyety. Tym trudnościom zapobiedz ma na celu sztucznie przyrządzone mleko, otrzymywane od kilku lat przez reńskie fabryki spożywek w Kolonii, według przepisu aptekarza Dra Rosego. Mleko to wolne jest zupełnie od cukru, ubogie w białko, bogate w tłuszcz i posiada smak przyjemny. Fabryki przyrządzają mleko, zawierające 5% tłuszczu, a nadto na polecenie Sandmeyera mleko, zawierające 10% tłuszczu. Według analiz Sandmeyera zawiera: mleko

	5-procentowe	10-cioprocentowe
tłuszczu	4·96	9·98
białka (sernika 62·5%, białka 37·5%) .	1·14	2·29
istot mineralnych	0·176	0·178
istot wolnych od azotu	1·234	1·244

Sandmeyer podawał mleko Rosego w 50 przypadkach cukrzycy z najlepszym skutkiem. Nawet w ciężkich przypadkach można było utrzymać chorego nietylko w równowadze jego ciężaru ciała, ale nadto uzyskać zwiększenie ciężaru. Mleko Rosego przedstawia napój podobny do śmietanki, o smaku aromatycznym, słabo słodkawym. Najstosowniej podawać to mleko w stanie chłodnym; w tym stanie spożywali chorzy po $\frac{1}{2}$—1 litra mleka chętnie w przeważnej ilości przypadków, w niektórych mieszano go z małemi ilościami koniaku, herbaty lub kakao. Zboczeń ze strony przewodu pokarmowego autor nie zauważył, nawet w przypadkach kilkomiesięcznego leczenia. Podanie mleka Rosego wskazanem jest, według autora, w tych wszystkich przypadkach cukrzycy, w których nam zależy na utrzymaniu w równowadze ciężaru ciała chorego, dalej we wszystkich ciężkich przypadkach, w których ilość wodorotlenków ma być zredukowaną do *minimum*, jak również u dzieci w powikłaniach z zapaleniem nerek, w dnie, lub w schorzeniu serca lub układu krwionośnego. W końcu wskazuje autor i na tę okoliczność, iż ilość i jakość białka

i tłuszczu w mleku Rosego może być dowolnie zmienianą, co znacznie podnosi wartość mleka. *Lemberger.*

Zappert. **Nowe środki do odżywiania noworodków.** (*Wien. klin. Wochs.*, Nr. 51, 1900). Najczęściej używane do karmienia noworodków mleko krowie różni się od mleka kobiecego ilością odsetkową składników, t. j. białka, tłuszczu, cukru i soli, stosunkiem zawartości białka nierozpuszczalnego do rozpuszczalnego i zbitością zsiadłego sernika. Aby mleko krowie zrobić podobnem do kobiecego, lub zastąpić go inną mieszaniną, wytworzono cały szereg pokarmów sztucznych, z których najważniejsze autor podaje z uwzględnieniem ich ceny i sposobu użycia.

Dla łatwiejszego rozpatrzenia się dzieli Zappert wszystkie środki, służące do karmienia noworodków, na 2 gromady: do pierwszej zalicza przetwory mleka, oraz inne przetwory sztuczne, służące jako dodatek do mleka krowiego. Tu należą: 1) mleko tłuste Biederta, bądź w puszkach, z którego podaje 1 łyżkę na 13 łyżek wody, bądź też we flaszkach już przygotowane do bezpośredniego karmienia; flaszka po 10 halerzy. 2) Mleko tłuste Gärtnera podaje się rozcieńczone $^1/_3$ wody; flaszka kosztuje od 10—28 halerzy. 3) Mleko roślinne Lahmana: do odpowiedniej mięszaniny mleka krowiego z wodą dodaje się 1 łyżeczkę; puszka 1·50 mk. 4) Mleko dla noworodków „Wiener Molkerei"; przed podaniem rozpuszcza się $^1/_3$ wody; flaszka litrowa 48 hal. 5) Mleko Voltmera jest albo gotowe we flaszkach wprost do karmienia, albo zgęszczone w puszkach. Puszka, kosztująca 2·50 Mk. wystarczy na 4 litry wody. 6) Mleko Backhausa jest we flaszkach do karmienia w cenie 10—19 hal. 7) Mleko dziecięce Hempel-Lehman powstaje przez dodanie do litra mleka, posiadającego odpowiednią ilość tłuszczu, 105 grm. cukru mlecznego i $9^1/_2$ grm. białka kurzego; to zaś przygotowuje się w ten sposób, że do białka jednego jaja dodaje się 4 łyżki wody i cedzi się przez czyste płótno. Mleka takiego gotować nie należy, gdyż białko się zetnie. W daleko lepszy sposób postępuje Wenaepfelmacher; białko świeże jednego jaja rozpuszcza w $^1/_4$ litra wody przegotowanej, oziębionej i to dodaje do odpowiedniej mięszaniny mleka przegotowanego. 8) Białko sproszkowane Hesse-Pfunda jest dobrym dodatkiem do mleka tłustego, jako mającego mało istot białkowatych. Jeden proszek 2·3 grm. wystarcza na 50 grm. mleka tłustego. 9) Mleko Rietha posiada białko rozpuszczalne, nie strącające się przez gotowanie. 10) Mleko sztuczne Rosego, zrobione sztucznie bez mleka krowiego, tylko ze składników, odpowiadających mleku kobiecemu.

Z innych dodatków należy jeszcze wspomnieć somatozę, którą Wolf poleca podawać 2 grm. na litr wody i tego rozczynu dodawać zamiast wody do mleka; proszek mleczny z pankreatyny i cukru Timpesa dodaje się po $^1/_4$ łyżeczki na 100 grm. mleka przed lub po gotowaniu. Pakiet za 60 fenig. wystarczy na 5 dni.

Do drugiej gromady należą przetwory skrobiowate z mlekiem, lub bez niego. Z przetworów tych przyrządzają się zaprawione wodą zupki lub kleiki; ponieważ przetwory te, a zwłaszcza mączki czyste, nie zawierają w sobie tłuszczów, ani białka, dlatego nie są odpowiednie do dłuższego karmienia noworodków: 1) zupa Liebiga zawiera oprócz części składowych mleka także wytwory przemiany skrobi. Podaje się stósownie do wieku dziecka $^1/_3$—3 łyżeczek, którą to ilość zarabia się małą ilością mleka na papkę i tę dopiero dodaje się do odpowiedniej mięszaniny mleka. 2) Mączka Nestlego podaje się na 10 łyżek wody 1 łyżkę mączki. 3) Pożywienie dla dzieci Theinhardta dodaje się do mięszaniny mleka łyżeczkami od $^1/_4$—$2^3/_4$, zależnie od wieku noworodka; dla smaku można dodać trochę cukru. 4) Sucharki Loeflunda podaje się dzieciom starszym od 4-go miesiąca życia; jedna łyżka proszku na 10—12 łyżek wody, mięszając zagotować. 5) Sucharki pożywne Opela podaje się w drugiej połowie pierwszego roku życia noworodka; $^1/_2$ sucharka rozmiękczonego w ciepłem mleku. 6) Mączka Kufekego składa się ze skrobi, zamienionej w dekstrynę i cukier. Pełną łyżkę zaprawia się 5 łyżkami wody, rozmięszawszy dolewa się wody do 1 litra, wszystko razem gotuje się przez 15—20 minut. W ten sposób przygotowaną zupką rozpuszcza się według potrzeby mleko krowie. 7) Mączka owsiana Kenorra. Łyżkę mączki gotuje się w litrze wody przez 30 minut i to następnie dodaje się w odpowiedniej ilości do mleka. 8) Quaker Oats podaje się dzieciom starszym, gotując 8 grm. w litrze wody, z dodatkiem jednego kawałeczka cukru. 9) Mellins Food $^1/_2$ łyżki proszku do 8 łyżek mleka i 8 łyżek wody. 10) Pożywienie dla dzieci Timpeyera jest to mączka, zawierająca proszek kakaowy.

Prócz tych, najczęściej używanych, jest jeszcze cały szereg rozmaitych mączek, jak n. p. ryżowa, jęczmienna, bobowa, grochowa, soczewicza, mąka strączkowa Hartensteina (Leguminosenmehl) cały szereg kaszek i grysików, jak kaszka owsiana, sago, tapioka, nadto rozmaite przetwory słodu, miodu i t. p. — Wszystkie te przetwory służą jako pożywki dla noworodków starszych. *P.*

Escherich. **Różnice między sztucznym a naturalnym pokarmem noworodków.** (*Wien. klin. Wochs.*, Nr. 51, 1900). Dzieci, karmione sztucznie, daleko później powracają do wagi pierwotnej; przyrost ich jest wogóle powolniejszy; nawet po kilku miesiącach, jeżeli zrównają się co do wagi z karmionemi piersią matki, to mimo to są bledsze, ruchy ich gnuśniejsze, mięśnie słabiej rozwinięte, nawet mimo prawidłowego lub zwiększonego rozwoju podściółki tłuszczowej; u nich też częściej występuje krzywica i łatwiej podlegają chorobom. Przyczyna słabszego rozwoju leżeć będzie w tem, że pokarm sztuczny, chociażby przygotowany tak, iż w zupełności odpowiada składem mleku kobiecemu, nie posiada pewnych składników, bliżej chemicznie nam jeszcze nieznanych, jakie znajdują się w mleku kobiecem. Jednym z takich składników jest wykryty przez Sigfrieda nukleon, którego ślady tylko znajdujemy w mleku krowiem. Z doświadczeń Ehrlicha wiemy, że dzieci, karmione przez matkę, nabierają odporności na pewne cierpienia, a więc muszą z pokarmem wyssać jakieś odpowiednie antytoksyny. Wydzieliny gruczołowe, jak n. p. ślina, sok trzustkowy i t. p., wpływają u osób dorosłych na przemianę pokarmów spożytych; ponieważ zaś noworodki, jak wykazują doświadczenia Zweifla, Pfaundlera, nie posiadają prawie żadnej funkcyi gruczołowej, dlatego mleko niewieście posiada tę własność, że ulega wchłanianiu bez działania jakichkolwiek zaczynów, nadto z mlekiem kobiety dostają się do ustroju noworodka pewne jeszcze składniki, ułatwiające przyswajanie wytworów, potrzebnych do budowy ciała i wzrostu noworodka. Przeciwnie, dziecko, żywione pokarmem sztucznym, musi wytworzyć przemianę pokarmu spożytego, poczem może dopiero nastąpić wchłanianie i przyswajanie; dlatego też tylko dzieci dobrze rozwinięte, u których zdolność wydzielnicza gruczołów jest tak rozwinięta, że może sprowadzić przemianę pokarmu sztucznego, mogą rozwijać się należycie przy karmieniu sztucznem. Z tego to powodu radzi autor dokarmiać dzieci tylko mlekiem krowiem, w tej nadziei, że choć w małej ilości z mlekiem kobiecem będą pobierać składniki dla nich konieczne, a których mleko krowie nie posiada; to i tak ta mała ilość wywrze dobry skutek na ich rozwój. *P.*

Saft. **Zaszycie pochwy ze sztuczną przetoką pochwowo-odbytniczą po nawrocie raka.** (*Deutsche med. Wochensch.*, Nr. 52, 1900). Autor opisuje przypadek nawrotu raka po wyjęciu całkowitem macicy, który powstał w końcu pozostałej pochwy, przeniósł się na przyrośle do blizny jelito cienkie i sprowadził jego przedziurawienie, w następstwie czego kał odpływał częściowo przez pochwę. Chcąc usunąć te straszne dla chorej przypadłości, zrobił autor poza zwieraczem odbytnicy przetokę pochwowo-odbytniczą, grubości palca, poniżej której zeszył całkowicie pochwę. Aby uniknąć gromadzenia się kału w uchyłku pochwy, wprowadził przez przetokę od odbytnicy gruby cewnik, którym wydzielina odpływała, tą drogą też później chora sama uchyłek sobie przepłókiwała. *P.*

Buschke. **Przyczynek doświadczalny w sprawie łysienia.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 53, 1900). Przyczyny łysienia są wogóle mało jeszcze znane; tyle tylko wiadomo, że mogą być rozmaite, jak przebycie pewnych chorób zakaźnych (dur, kiła), nerwowych, zapalne sprawy w skórze i t. d. Najmniej znane są przyczyny t. zw. łysienia samoistnego (łysina plackowata, łysina przedwczesna, łysina łupieżowa); choroby te usiłowano wyjaśnić bądź ogólnem osłabieniem ustroju, bądź wpływami nerwowymi, bądź wreszcie działaniem drobnoustrojów (w łysinie plackowatej). Nie wyczerpuje to jednak wszystkich przyczyn łysienia, których dokładna znajomość może jedynie dostarczyć podstaw do skutecznego leczenia. Giovannini i kilku innych autorów zauważyło łysienie suchotników po podawaniu *thallium aceticum*, jako środka przeciwpotnego. Aby zbadać, czy środek ten istotnie może być przyczyną sztucznego wyłysienia, podjął B. szereg doświadczeń na zwierzętach. Próby, podjęte z królikami i morskiemi świnkami nie wydały pewnych wyników, podobnież z początku i myszy padały przedwcześnie, dopiero kiedy dawkę środka zmniejszono do homeopatycznej ilości (około 0·0002 *pro die*) powiodło się wywołać ostro występującą łysinę plackowatą, jak i rozlane łysienie, przyczem badanie histologiczne skóry i włosów, (podobnie jak w spostrzeżeniach na ludziach) — nie wykazywało żadnych zmian. Wobec tego, że tak małe dawki leku wywołują łysienie przy podawaniu wewnętrznem, chociaż znacznie większe, zastósowane miejscowo, nie sprowadzają łysiny, należy przypuszczać, że środek ten działa na włosy szkodliwie za pośrednictwem nerwów, za czem zresztą z góry przemawiają własności jego przeciwpotne. *Z.*

Friedberger. **O przechodzeniu substancyi, zlepiających ciałka czerwone, do moczu.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 53, 1900). Nie przytaczając szczegółów pracy F. i teoretycznych z nich wniosków, godzi się zaznaczyć, że doświadczeniami swemi udowodnił on po raz pierwszy niewątpliwie, iż substancye zlepiające (aglutyniny) przechodzą z krwi do moczu, nie zmieniając swych własności;

oczywiście działanie aglutynujące moczu jest znacznie słabsze, niż surowicy krwi. Spostrzeżenie to, odnoszące się dotąd tylko do substancyi, zlepiających ciałka krwi, może nie być pozbawione niejakiego znaczenia praktycznego. *C.*

Prof. L. Kugel (Bukareszt). **O nowem postępowaniu operacyjnem w celu usunięcia odwinięcia powieki starczego.** (*Ectropium senile*). (*Arch. Graefego* T. L.). Postępowanie Kugela czyni zadość dwom wskazaniom: usuwa zgrubienie powieki aż do prawidłowej grubości i przez wycięcie trójkąta skóry skraca wydłużoną powiekę w kierunku szpary powiekowej. Autor robi cięcie skórne tuż przy zewnętrznej krawędzi brzegu powiekowego i wzdłuż jej, odpreparowuje skórę i wycina najprzód mięsień aż do chrząstki równolegle do powierzchni, aż płytka Jägera zacznie przeświecać, tj. aż pozostanie tylko spojówka z cienką warstwą chrząstki. Po odprowadzeniu powieki wycina trójkąt ze skóry w zewnętrznej ćwiartce powieki, ściągając brzegi szwem. Na ranie, równoległej do brzegu powiekowego, szwów nie zakłada. W 8-miu dniach następuje wyleczenie. Operował tym sposobem 8 przypadków z dobrym wynikiem przy odwinięciu powieki starczem i mięsistem (*Ectropium senile* i *luxurians*). *Dr. A. Bednarski.*

Dopter. **Fagocytoza w czerwonce.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). W stolcach czerwonkowych znajdują się bardzo rozmaite składniki: przybłonki jelitowe złuszczone, ciałka czerwone, ciałka białe i najróżniejsze bakterye; między temi przeważa zwykle *bacterium coli*, znajdujące się nieraz wyłącznie i będące, jak się zdaje, przyczyną choroby. W przypadkach lżejszych spotyka się w stolcach dysenterycznych prątki okrężnicowe przeważnie we wnętrzu leukocytów: w przypadkach cięższych, w których zazwyczaj, prócz prątków okrężnicowych, pojawiają się w stolcach paciorkowce i gronkowce (zakażenie następowe), leżą te bakterye zazwyczaj swobodnie, nie pochłonięte przez leukocyty. W miarę polepszania się stanu zmniejsza się ilość prątków okrężnicowych, równocześnie zmniejsza się też i fagocytoza. Na podstawia tych wyników swych badań wnosi D., że pomiędzy rozwojem choroby a fagocytozą jelitową istnieje w czerwonce ścisły związek: przebieg jest łagodny, jeśli fagocytoza jest znaczna, niekorzystny, gdy fagocytozy brak. Wpłynąć na zwiększenie fagocytozy, a więc i na przebieg, można, zdaniem autora, zapomocą podskórnych wstrzykiwań 0·6% roztworu Na Cl. Po każdem wstrzyknięciu pojawia się odczyn w postaci dreszczu i znacznego podniesienia się ciepłoty (aż do 39·5—40°), po 6 — 8 godz. gorączka opada i wówczas pojawia się fagocytoza jelitowa, choćby nawet przedtem wcale jej nie było. Zapomocą powtarzania tych wstrzykiwań można podtrzymać fagocytozę, a z nią i poprawić stan chorego. W każdym razie w badaniu stolców w kierunku fagocytozy zyskuje się, zdaniem autora, cenne wskazówki dla rokowania w czerwonce. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Heichelheim (Giessen). **Doświadczenia kliniczne z hedonalem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). Autor podawał ten środek 72 osobom, cierpiącym na bezsenność pochodzenia nerwowego (histerya, neurastenia i t. d.,) przyczem stwierdzono, że sen występował w ½ — 1 godz. po zażyciu hedonalu i trwał prawie 8—9 godzin. Dawka użyta wahała się między 0·5 — 2·00; w szczególności zaś dawano chorym silniejszym zawsze 2·00, dla słabszych wystarczało 1·00. Dla próby podano także hedonal w przypadkach bezsenności, będącej następstwem bólów,— skutku pożądanego jednak nie było. Na podstawie tych wyników twierdzi autor, że a) można podawać hedonal w wyżej oznaczonych dawkach bez obawy w przypadkach bezsenności, nie spowodowanej przez bóle; b) środek ten nie pociąga za sobą żadnego ubocznego a szkodliwego działania: wreszcie, c) ma tę zaletę przed innymi środkami nasennymi, że można dojść do względnie wysokich dawek. *Dr. H. Pisek.*

Bodenstein (Steinach). **O braku łaknienia.** (*Wiener med. Presse* Nr. 50, 1900). W przypadkach braku łaknienia (*anorexia*) z najrozmaitszych przyczyn, a szczególniej pochodzenia czynnościowego, podawał autor kołaczyki garbnikanu oreksynowego po 0,25 —0,40 kilka razy dziennie, zawsze z pomyślnym skutkiem. *H. P.*

Kreozotal stosował w praktyce prywatnej na wsi z dobrym wynikiem Meitner w Wosticach (*Med. Chirurg. Centr. Bl.* Nr. 25, 1900) w przebiegu zapalenia płuc i ostrego nieżytu oskrzeli, podnosząc, iż jedynie w dawkach niezbyt małych działanie jego jest wybitne. Podawał on kreozotal w odstępach trzygodzinnych dorosłym w dawce nie mniejszej od 10 grm. na dzień (w przypadkach wysięku lub gorączki do 15 grm.); oseskom dawki nie mniejsze, jak 1 grm.; dzieciom do 2 lat od 2 grm., starszym od 3—10 lat 3—6 grm. w 24 godzinach. Dzieciom podawał kreozotal w zawiesinie, starszym w stanie czystym, łyżeczkę. W tych dawkach kreozotal nie działał szkodliwie i dobrze był znoszony. Działanie kreozotalu jest pewne, nie należy jednak przerywać podawania bezpośrednio po wystąpieniu polepszenia stanu chorego.

Również Eberson w Tarnowie (*Wien. aertz. Centr. Ztg.* Nr. 27, 1900) bardzo wychwala działanie kreozotalu, który podawał dzieciom w 25 przypadkach zapalenia płuc (21 krupowych, 2 nieżytowe), — wszystkich, jako następstwa po grypie. Ebersohn podawał kreosotal w postaci mieszanki, składającej się z odpowiedniej dawki kreozotalu i 40 grm. zawiesiny z ol. migdałowym, z dodatkiem 25 grm. syr. ipekakuany; mieszaninę podawał co godzinę łyżeczkę. a po przełomie — co trzy godziny łyżeczkę. Stainer (Wattens) podawał kreozotal ze skutkiem w przebiegu zapalenia płuc po odrze, zapisując: *Creozotal 5·0 Spirit. Camphor. Spir. Menth. pip. aa 1·0, Syr. simpl. ad 100.0, S: po zakłóceniu co 6 godzin łyżeczkę.*

Politzer (*Croat. Aertz. Ztg.* Nr. 7, 1900) zaleca kreozotal, jako środek najdzielniejszy ze wszystkich tego rodzaju nowych leków, szczególnie w przebiegu zapalenia płuc i również, jak to sam miał sposobność w jednym przypadku spostrzegać, w krztuścu. U chłopca 5 letn., który od roku cierpiał na ksztusiec, nie dający się usunąć różnymi innemi lekami, w przeciągu kilku dni krztusiec ustąpił po podawaniu kreozotalu, zażywanego co 3 godziny po 3 kropel.

Przy podawaniu kreozotalu istnieje ta niedogodność, iż on trudno się miesza z cieczami, jak n. p. winem, koniakiem, syrupem. Tę niedogodność udało się usunąć aptekarzowi Zollnerowi w Löfflingen (*Südd. Apoth. Ztg.* Nr. 65, 1900) przez przyrządzenie zawiesiny 10%, która, należycie przyrządzona, utrzymuje się bez zmiany tygodniami, a nadto posiada smak przyjemniejszy, aniżeli dotychczasowe mieszanki: Rp. *Pulv. Gummi arab. 20.0 Sub continua agitatione affunde paulatim mixturam continuo conquasatam : Ol. amygdal. dulc. 40·0, Creosotali 20,0, Aq. dest. 15.0, Cognaci opt. 50·0, Succ. Citri 10·0 grm.* *Dr. Ig. L.*

Munter (Berlin). **O stosowaniu zabiegów wodoleczniczych w kile i rzeżączce.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Po dłuższych wywodach, nie nadających się do krótkiego streszczenia, dochodzi autor do wniosku, że wodolecznictwo bez współudziału rtęci i jodu nie jest w stanie usunąć kiły; jest ono jedynie zabiegiem pomocniczym podczas całego leczenia. *Dr. H. P.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia z. r.

Przewodniczący kol. prof. Jordan; obecnych 29

I. Odczytano i przyjęto protokoły z posiedzeń w dniach 21 i 28 grudnia z r.

II. Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Doc. Lembergera.

III. Kol. Gliński przedstawił okaz z całym szeregiem niezwykłych zmian w obrębie przewodu pokarmowego. Okaz ten pochodzi ze zwłok 39-letniego mężczyzny, u którego przed 1½ rokiem wykonano gastro-enterostomię w zwykły sposób (po przecięciu początkowej części jelita czczego wszczepiono odcinek odprowadzający do żołądka, odcinek doprowadzający zaszyto na ślepo i utworzono boczne połączenie, entero-enteroanastomozę — między obydwoma odcinkami). Badanie pośmiertne wykazało, iż ślepo zaszyty odcinek uległ z biegiem czasu bardzo znacznemu rozszerzeniu i rozdęciu poniżej miejsca entero-entero-anastomozy, skutkiem czego powstał uchyłek, posiadający około 15 ctm długości. Uchyłek ten uległ okręceniu około własnej osi, do zmian następowych jednakowoż w ścianach jego jeszcze nie przyszło. Z drugiej strony między odcinkiem odprowadzającym od żołądka a odcinkiem doprowadzającym (dwunastnicą i początkową częścią jelita czczego), przesunęło się całe jelito cienkie w ten sposób, iż w utworzonej skutkiem tego pętli swobodnie przesuwał się dolny odcinek jelita biodrowego; pociągając za jelito biodrowe bez trudności udaje się (co prelegent demonstruje) węzeł ten rozplątać, a wtedy ułożenie jelit odpowiada całkowicie stosunkom, stale powstającym w następstwie

gastro-enterostomii. Jeśli dodamy, iż u tegoż osobnika istniał jeszcze bardzo silnie rozwinięty *recessus subcoecalis*, to widzimy, że u jednego i tego samego osobnika nagromadził się cały zapas warunków do niedrożności jelit, do której jednakże w danym przypadku nie doszło i chory zmarł z powodu rozległej gruźlicy płuc. Ciekawą dalej w danym przypadku była przyczyna wykonania gastroenterostomii: w żołądku badanie pośmiertne nie wykazywało zmian nowotworowych, ani blizn po wrzodach okrągłych, które to zmiany zwykle dają powód do zwężenia odźwiernika; natomiast górna powierzchnia okolicy odźwiernikowej była zrośnięta z dolną powierzchnią lewego płatu wątroby, odźwiernik sam nieco węższy niż prawidłowo, pierścień mięsny odźwiernika silnie rozwinięty i wysterczający do światła; skutkiem wspomnianego zrostu z wątrobą i uniesienia okolicy odźwiernikowej ku górze dwunastnica tuż na pograniczu z żołądkiem była nieco załamana. Zboczenia te (wrodzona wąskość odźwiernika, wysterczający do światła silnie rozwinięty pierścień mięsny, wreszcie w następstwie zrostu z wątrobą załamanie do pewnego stopnia dwunastnicy) razem wzięte, o ile wnosić można z obrazu anatomicznego, dawać musiały objawy zwężenia odźwiernika i dały powód do wykonania gastroenterostomii. Błona śluzowa żołądka okazywała cechy nieżytu przewlekłego. Co się tyczy przełyku, to i ten okazywał znaczne zmiany, górna ((szyjna) jego część posiada szerokość i wejrzenie prawidłowe, natomiast ku dołowi przełyk ten znacznie się rozszerza, dosięgając w najszerszem miejscu przeszło 11 ctm. obwodu następnie zaś w odległości kilku ctm powyżej wpustu znowu się zwęża, tak że sam wpust posiada już wymiary prawidłowe. Na całej tej przestrzeni (z wyjątkiem części szyjnej) błona śluzowa nie okazuje wejrzenia prawidłowego, jest pokryta licznemi dość gęsto obok siebie usadowionemi płaskiemi szarawo-białemi wyniosłościami — obraz odpowiadający makroskopowo całkowicie obrazowi *leucoplakiae* w obrębie tych zmian ściany przełyku są znacznie zgrubiałe. Zdaniem prelegenta zmiany te w przełyku powstały niezależnie od zmian w dalszych częściach przewodu pokarmowego, lecz przeciwnie w następstwie nieżytu chronicznego przełyku, spostrzeganego zwykle u pijaków. Podobny zupełnie przypadek przed kilku laty objaśniał Leichtenstern długo (całymi latami) trwającym skurczem przełyku na tle nerwowem; w danym jednakowoż razie ani przebieg kliniczny w ostatnich tygodniach życia, ani też obraz anatomiczny za tego rodzaju tłómaczeniem nie przemawia. Wyniku badania drobnowidowego przełyku na razie prelegent nie podaje, gdyż takowe ze względu na świeżość przypadku jeszcze nie mogło być dokonane. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos: kol. Doc. Rutkowski tłómaczy przyczynę rozdęcia ślepo zaszytego odcinka doprowadzającego tem, że wskutek skręcenia około osi odcinka odprowadzającego, wywołanego wśliźnięciem się przez pętle, utworzone przez połączenie obu odcinków jelit cienkich — treść żołądkowa nie krążyła przez sztucznie wytworzony otwór, ale przez odźwiernik i dwunastnicę, powodując w ślepo zasłonionym odcinku zaleganie treści i następowe rozszerzenie. Obraz kliniczny w przypadku tym zna, gdyż on go operował i to z powodu objawów zwężenia odźwiernika, wykazanego badaniem czynności mechanicznej i chemicznej żołądka, a stwierdzonego wśród operacyi. Odźwiernik w części przejściowej w dwunastnicę był załamany kątowato wskutek zrostów z wątrobą.

Kol. Doc. Kryński podnosi, że celem unikania tworzenia się podobnych, jak w opisanym przypadku uchyłków, lepiej jest wczepiać koniec odcinka doprowadzającego wprost w odcinek odprowadzający.

Kol. prof. Trzebicky nie zgadza się z tłómaczeniem kol. Rutkowskiego co do powstania onego uchyłku i sądzi, że najpewniejszym jest pierwotny sposób Wölflera z modyfikacyą, polegającą na skośnem wszyciu pętli jelitowej.

Kol. prof. Ciechanowski zaznacza, że za wpływem stosunków znalezionych w odźwierniku (wązkość, silny pierścień mięśniowy, zrost z wątrobą i ztąd pewnego stopnia zagięcie dwunastnicy) na czynność żołądka, przemawia także przerost warstwy mięśniowej jego ściany. W każdym razie, jak podał kol. Gliński, zmiany te nie wystarczają do tego, aby wytłómaczyć całkowicie zmiany w przełyku. Co do rozszerzenia ślepo zaszytego końca pętli doprowadzającej, zgadza się z kol. Rutkowskim.

IV. Kol Doc. Baurowicz 1) okazał watonośniki Krausego. Preleg. przedstawia w porządku historycznym obok pierwotnego pędzla Türcka dziś jeszcze używanego, szereg modeli watonośników, jak zwykły zgłębnik, na który nawija się watę, dalej przyrządy, które mają na celu chwytać watę. Opierając się na wypróbowaniu osobistym tych przyrządów, omawia krytycznie watonośniki Herynga, Steinera, Jurasza, Szymanowskiego, B. Frankla i E. Meyera, i zaleca watonośnik Krausego, który mu z okazyi dyskusyi na ten sam temat w sekcyi laryngologicznej tegorocznego Zjazgu lekarzy i przyrodników polskich, został zalecony przez kol. Sokołowskiego z Warszawy. Przyrząd ten w odpowiedniej krzywiźnie znajduje zastósowanie jako watonośnik do krtani względnie do gardła i jamy nosowo-gardłowej, różniąc się zamknięciem od oryginalnego przyrządu Krausego. 2) O wartości lysolu do odkażania i zapobiegania pokrywaniu się parą wodną zwierciadełek krtaniowych i noso-gardłowych.

Używając zwierciadełek do badania krtani, musimy obok jego odkażenia zapobiedz przyćmieniu się zwierciadła parą, czemu zapobiega się w ten sposób, iż zwierciadło po osuszeniu ogrzewa się, a po skontrolowaniu jego ciepłoty przez dotknięcie do grzbietu ręki, wprowadza się je do ust badanego. Choćby więc odkażenie zwierciadła odbyło się nie jak zazwyczaj przez pozostawienie go w 5% karbolu, ale nawet i wygotowanie w 2% roztworze sody, co ostatnie prelegent bardzo zaleca, przecież postępowanie dalsze obniża wartość poprzedniego odkażenia, zostawiając i ze względów estetycznych wiele do życzenia. Sposób Kirsteina pociągnięcia zwierciadła delikatną warstwą mydła szarego, zapobiega wprawdzie osiadaniu pary, ale jest w zastósowaniu bardzo niepraktycznym. Za postęp uważać należy postępowanie Vochera, który zwierciadło dokładnie oczyszczone, odtłuszcza w rozczynie 1% sody, a następnie wrzuca do roztworu $1‰$ sinku rtęci, mogąc z niego zwierciadło mokre, pokryte cieniutką jednostajną warstwą płynu wprowadzać odrazu do ust badanego. Sposób ten znalazł w prelegencie gorącego zwolennika i był przez niego używany od chwili podania go przez Vochera, to znaczy od r. 1897 wyłącznie.

Dopiero w roku bieżącym Rupprecht wpadł na pomysł użycia lysolu, który mając własności mydła, równocześnie zmydliwszy tłuszcz na zwierciadle, pokrywa je jednostajną warstwą, odpada więc poprzednie odtłuszczenie zwierciadła w rozczynie sody. Nie przeceniając wartości $\frac{1}{2}\%$ lysolu jako środka odkażającego, sposób ten po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu zwierciadeł i ich wygotowaniu, zaleca prelegent bardzo i sam go obecnie wyłącznie stosuje.

V. Kol. Lewkowicz wygłosił odczyt: O etyologii czerwonki (przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabierają głos: kol. Gertler uważa enterokoka za paciorkowca w pewnym okresie rozwoju.

Kol. prof. Bujwid zaznacza, że sprawy przemian paciorkowca podniesionej przez kol. Gertlera, nie można jeszcze uważać za skończoną. Roztrzygającym momentem będzie tu Serodyagnoza. Co się tyczy badań kol. Lewkowicza, to są one bardzo ważne, gdyż rzucają wiele światła na nieznaną sprawę etyologii czerwonki.

Kol. prof. Ciechanowski podnosi również ważność badań kol. Lewkowicza, a głównie ten moment, że udało mu się wynaleźć sposób oddzielenia paciorkowca, co wytycza drogę dalszym badaniom. Następnie podnosi w formie zapytania następujące punkta: 1) Czy było wykluczonem w doświadczeniach zranienie jelita? 2) Czy badał histologicznie florę bakteryologiczną w ścianach jelit? 3) Czy badane przypadki należały napewno do epidemicznych? i 4) Jak pojmuje stosunek paciorkowców w *enteritis* a czerwonce *streptococcica* Eschericha.

Po odpowiedzi kol. prelegenta na poszczególne punkta podniesione w dyskusyi, zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Rozprawy o guziczkach gruźliczych (les tuberculides Francuzów).

Boeck (Chrystyania). Istotą tych zmian na skórze jest symetryczność drobnych guziczków, pojawiających się u osobników

gruźliczych i dających wyraźny odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. Hallopeau przypuszcza, że powstają one pod wpływem działania toksyn (toxi-tuberculides), w przeciwieństwie do zmian gruźliczych skóry, w których znaleziono prątki Kocha (bacillo-tuberculides). Teorya ta zdaje się być bardzo możliwą, szczególnie, gdy porównamy symetryczne powstawanie rumieni, powstających po wstrzykiwaniu tuberkuliny; w tych przypadkach bowiem przypuszczać trzeba działanie toksyn na ośrodki naczyniowe. Chociaż więc mają one pewne cechy swoiste, nie można jednak znaleźć ścisłej granicy między niemi, a innymi objawami gruźlicy skóry; dlatego wszystkie zmiany gruźlicze rozdziela B. na powierzchowne *(lichen scrophulosorum, tuberculide papulo-squameuse, t. perifolliculaire pustuleuse)* i głębokie *(lupus erythem., tub. papulo-necrotique, tub. nodulaire)*.

Colcott Fox (Londyn) mówi o liszaju zołzowym (*lichen scrophulosorum)* i o rumieniu stwardn. (*erythema indurat.*), twierdząc, że ich częsty związek z innemi zmianami gruźliczemi, budowa histologiczna (jak guzków gruźliczych), niejednokrotne znalezienie prątków i dodatni wynik przeszczepiania, — przekonuje go, że te cierpienia są rzeczywiście przyrody gruźliczej.

Roberto Campana (Rzym) mieni mianem „tuberculides“ wszystkie zmiany w skórze, wywołane sprawą gruźliczą, niemożliwem bowiem jest klinicznie odróżnić zmian, wywołanych samymi prątkami, od zmian, powstałych skutkiem działania toksyn gruźliczych. Sądzi zarazem, że ogólne „zatrucie“ jadem gruźliczym jest przyczyną tych zmian, a postać ich zależną jest od stanu samej skóry.

Riehl (Lipsk) odrzuca zupełnie powyższą nazwę (tuberculides). Liszaj zołzowy nie jest, wedle niego, wcale swoistym dla gruźlicy; podobne zmiany około torebek włosowych istnieją i w kile, a budowa histologiczna nie dowodzi również jakiegoś tła swoistego. Nikt również nie dowiódł, jakoby liszaj rumieniowy *(lupus erythemat.)* był następstwem gruźlicy, bo nie zbyt często znajdowano go u gruźliczych.

Darier (Paryż) rozdziela wszystkie objawy gruźlicy skórnej na dwie gromady: do jednej należą postacie, w których pod drobnowidem znajdujemy cechującą tkankę gruźliczą z ugrupowaniem się jej w guziczek lub około torebki włosowej *(lichen scrophul., acnitis, lupus nodularis dissem.)*, drugą stanowi liszaj rumieniowy *(lup. erythem.)* i jego odmiany, w których pod drobnowidem widzimy naciek wokoło naczyń, ich rozszerzenie lub zwężenie, a czasem i ogniska zgorzelinowe. Klinicznie stwierdzić można w obu tych gromadach związek z gruźlicą, drobnowidowo, że nie zawierają prątków gruźliczych. Dane więc kliniczne i anatomiczne, oraz badania bakteryologiczne (ujemny wynik przeszczepiań) nie dają nam podstaw do wypowiedzenia stanowczego zdania. Możliwe więc są różne przypuszczenia: 1) Zmiany te wywoływać mogą jakieś drobnoustroje, które potrzebują do swego rozwoju ustroju gruźliczego. 2) Objawy te powstawać mogą pod wpływem toksyn gruźliczych. Obie te teorye jednak nie tłómaczą nam znalezienia w pewnych, choć rzadkich przypadkach prątków gruźl. i dodatniego wyniku przeszczepiań. Dlatego D. przyjmuje trzecią teoryę powstawania tych zmian. 3) Zmiany gruźlicze skóry, nazywane przez Francuzów „les tuberculides“, powstają skutkiem zaczopowania naczyń przez prątki gruźlicze, wycieńczone i mało żywotne, co tłómaczy szczegóły, znajdowane w tych sprawach chorobowych, a można je porównać ze zmianami gruźliczemi gruczołów chłonnych lub kości.

Dyskusya:

Andry (Tuluza) oddziela zmiany gruźlicze skóry od wysypek, pojawiających się u osobników gruźliczych, niepolegających jednak na zakażeniu gruźliczem — i tym ostatnim daje miano „les tuberculides“.

Neisser (Wrocław) odrzuca powyższą nazwę, przyjętą przez szkołę francuzką, bo wszystkie te zmiany polegają na zakażeniu skóry gruźlicą, bez żadnych zastrzeżeń.

Petrini-Galatz (Bukareszt) sądzi, że do wystąpienia takich zmian wystarczają pewne własności, odziedziczone po rodzicach gruźliczych.

Leredde (Paryż) przemawia za teoryą Dariera, szczególnie ze względu na to, że znajdowane w tych zmianach twory olbrzymie przemawiają stanowczo, wedle niego, za działaniem samych prątków gruźliczych.

Barthélemy (Paryż) uznaje tylko jeden typ zmian, powstałych na skórze na tle gruźliczem i te mogą nosić nazwę „les tuberculides“, inne oddzielić należy zupełnie, jako wywołane innemi zakażeniami ustroju gruźliczego, który znajduje się w stanie mniejszej odporności.

Jadassohn (Berno Szwajc.) przemawia także tylko za jedną gromadą zmian gruźliczych na skórze, które pojawiają się pod różnemi postaciami. Niektóre powstawać mogą drogą zatorów; liszaj zołzowy jednak jest wedle niego pochodzenia zołzowego.

Rona (Budapeszt) utrzymuje nazwę „tuberculide“ dla pewnej postaci liszaja zołzowego o guzkach drobnych, mało widocznych, w gromadki ułożonych.

Hallopeau (Paryż) odróżnia dwa typy zmian gruźliczych, „les tuberculides“ i „les toxi-tuberculides“. Te ostatnie mają pewne stałe cechy: ustępują łatwo, nie zawierają prątków i dają przy przeszczepianiu wynik ujemny. Znalezienie prątków tłómaczy tą okolicznością, że te postacie zjawiają się zazwyczaj u osobników, okazujących jakieś ognisko gruźlicze czynne; prątki więc, dostając się do krwi, mogą przypadkowo dostać się i w skorę. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Statuta zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy, wraz z odezwą i zaproszeniem na pierwsze Walne Zgromadzenie, zostały już rozesłane wszystkim lekarzom w kraju i zgłoszenia na członków wpływają nader licznie, zwłaszcza z prowincyi. Walne Zgromadzenie odbędzie się dnia 3 lutego lutego b. r. o godzinie 5 wieczór w sali Kopernika (*Collegium novum*) z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi organizacyjnej. 2) Wybory. 3) Uchwalenie wpisowego i wkładki na rok 1901. 4) Wnioski.

Komisya organizacyjna uprasza najuprzejmiej tych PP. Kolegów, którzy dotychczas się nie zgłosili, aby raczyli nadesłać zgłoszenia swe koniecznie przed dniem 3-cim lutego, jeżeli chcą brać czynny udział w Walnem Zgromadzeniu, zwracając ich uwagę, że tylko zgłoszonym poprzednio przyszłym członkom Towarzystwa przysługuje przemawiania, stawiania wniosków i głosowania na tem zgromadzeniu.

Kraków, w styczniu 1901. *Komisya organizacyjna.*

O wykazach szczepienia ospy

podał

Dr. Zasacki.

Ludzkość dąży do tego, aby za pomocą *minimum* wysiłków osięgnąć *maximum* wyników pracy. Dążność ta stworzyła postęp i cywilizacyę.
Henryk George.

Podział pracy przy szczepieniu, a mianowicie przy sporządzaniu wykazów I i II w dotychczasowej ich formie (Rozp. Nam. z 12 kwietnia 1890, l. 18,936), jest zbyt nierówno rozłożony i bez istotnej potrzeby obciążający nadmiernie jedną tylko stronę, t. j. szczepiących lekarzy, a to tem bardziej, że za sporządzanie tych wykazów, obejmujących po kilka tysięcy imion i nazwisk, lekarze nie pobierają żadnego wynagrodzenia. To bowiem, co urzęda parafialne, względnie prowadzące metryki i izraelickie zarządy szkół w całym topograficznym okręgu napiszą zbiorowemi niejako siłami, to lekarz szczepiący ma w wykazie I i II powtórnie przepisać. Uniknąć możnaby tego, zmieniwszy dotychczasową formę wykazów I i II, odpowiednio do podanych w odnośniku wzorów *A B* i *C* (patrz na stronie następnej) formatu dotychczasowych wykazów I i II t. j. 40×25 ctm.

We wzorach tych rubryki od 2 do 6 obejmują to, co zawsze dotychczas wypełniały urzęda parafialne, względnie prowadzące metryki, lub zarządy szkół w swoich wykazach: rubryki zaś 8 do 10 obejmują to, co dotychczas stanowiło treść wykazu względnie II. Rubryka 7 pozostaje jak w dotychczasowych wykazach parafialnych dla lekarza do notowania wyniku szczepienia tymczasowo (ołówkiem), co każdy lekarz wykonuje na swój osobisty sposób.

Według podanych wzorów lekarz delegowany wpisywać będzie w rubryce 1 liczbę porządkową (niezależnie od liczby porządkowej wykazów parafialnych, jak we wzorze *A.)*; a w rubryce 8 i 9 wynik szczepienia wprost na drukach, wypełnionych już poprzednio (w rubrykach 2 do 6) przez urzęda parafialne (względnie prowadzące metryki izraelickie, lub zarządu szkół), przezco lekarz oszczędzi sobie uciążliwej a bezmyślnej pracy przepisywania w dotychczasowym wykazie I i II prawie całych wykazów parafialnych, metry-

Wzór A.

Wypełnia urząd parafialny prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Powiat | Gmina

Wypełnia lekarz |

Nr. I. a) Wykaz szczepienia ospy

w okręgu w r. 19

Wypełnia urząd paraf. prowadzący metryki (Zwierzchność gminna). | Wypis z ksiąg metrykalnych dzieci żyjących, urodzonych od 1 kwietnia 19 r. do 31 marca 19 r. W tym czasie zmarło dzieci

Wypełnia lekarz | Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2	3.	4.	5.	6	7.	8		9.	10
L. p.	L. p.	Data urodz. dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem po myślnym	Zaszczepiono ze skutkiem nie pomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga
					np.:					
1	1	6/6 1899	219	Antoni D. . .	Ludwik Róża		1	–	–	
—	2	26/7	41	Piotr F. . .	Michał Barbara	chory	—	—	—	
2	3	30/8	56	Tomasz G. . .	Antoni Zofia	przesiedlił się do Korsowa	—	1	—	
—	4	15/9	82	Michał H. . .	Łukasz Marja		—	—	-	
3	5	4/11	76	Stefania J. . .	Jan Katarzyna		—	—	1	
—	6	8/[illegible]	28	Marja K . .	Stefan Joanna	umarł 10/5	–	—	—	
—	7	12/3 1900	14	Józef L.	Roman Seweryna		—	—	—	nie stawił się bez przyczyny
3					Razem		1	1	1	

Wzór B.

Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Powiat | Szkoła w

Wypełnia lekarz |

Nr. I b) Wykaz szczepienia ospy u dzieci szkolnych

w okręgu w r 19

Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Wykaz dzieci uczęszczających do szkoły w a nie mających znaku szczepionej ospy.

Wypełnia lekarz | Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2.	3.	4	5.	6.	7.	8.		9.	10.
L. p.	L. p.	Data urodzenia dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym	Zaszczepiono ze skutkiem niepomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga

Wzór C.

Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Powiat | Gmina

Wypełnia lekarz |

Nr. II. Wykaz rewakcynacyi

w okręgu w r. 19

Wypełnia urząd paraf., prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypis z ksiąg metrykalnych 10-letnich żyjących dzieci t. j. urodzonych od początku do końca roku 19 (Ilość zmarłych w tym czasie nie podaje się)

Wypełnia lekarz | Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2.	3	4	5.	6	7	8		9.	10.
L. p	L. p.	Data urodzenia dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko 10-letniego dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem pomyślnym	Zaszczepiono ze skutkiem niepomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga

UWAGA. Nagłówki we wzorze A i C, wypełniane przez urzędy parafialne, także w języku ruskim.

kalnych i szkolnych, oraz obliczania wieku szczepionych i rewakcynowanych dzieci.

Ażeby jednak uniknąć przekreślań i poprawek, które przy szczepieniu zdarzać się muszą, gdy np. inna osoba o podobnem nazwisku w miejsce właściwej, wywołanej do szczepienia, się stawi, — wskazanem jest, aby zwierzchności gminne obowiązane były przepisać na takich samych drukach wykazy parafialne, metrykalne i szkolne, dostarczone im na kilka dni przed szczepieniem przez lekarza delegowanego. W takim razie na tych odpisach lekarz delegowany notować będzie wynik szczepienia w rubryce 7 tymczasowo ołówkiem; na wykazach zaś z urzędów parafialnych, metrykalnych i szkolnych przepisywać ten wynik niejako na czysto, notując w rubrykach 8 do 10, a z pominięciem rubryki 7.

Korzyść z proponowanego systemu, t. j. zmienionych wykazów I i II, jest widoczna:

a) Unika się podwójnej pracy: dotychczas bowiem raz pisały urzęda parafialne, metrykalne i zarządy szkół, a to samo po raz drugi przepisywał lekarz delegowany.

b) Praca zostaje sprawiedliwiej rozłożoną: to, co dotychczas sam lekarz delegowany przepisywał to pisać będą częściowo urzęda parafialne, metrykalne i zarządy szkół, t. j. nazwiska, wiek, l. domu i t. d., częściowo lekarz delegowany, t. j. wynik szczepienia, a w części (odpisy) zwierzchność Gminna.

c) Odpadnie uciążliwa praca pisania wykazu I i II, gdyż lekarz wpisze to tylko, co go właściwie obchodzi, t. j. wynik szczepienia.

d) Obliczanie ilości lat i miesięcy szczepionych, względnie rewakcynowanych, odpadnie i ze względu na możliwe pomyłki przy obliczaniu, wiek będzie prawdziwie podany.

e) Takie druki, wypełnione przez urzęda parafialne, będą mieć wartość więcej urzędowego dokumentu, a wykazy takie c. k. lekarz powiatowy łatwiej i szybciej będzie mógł sprawdzić, niż przy dotychczasowym systemie. Wykazy takie nietylko zatem nic nie stracą na wiarogodności i dokładności, lecz przeciwnie, zyskają. Nadto c. k. Namiestnictwo w danym razie może mieć dokładniejszą ewidencyę i kontrolę.

Nadto zauważyć należy, że dotychczasowy system prowadzenia wykazów mijał się właściwie z celem. Przepisanych kilku tysięcy nazwisk, prócz piszącego, nikt absolutnie nie czytał. C. k. lekarz powiatowy obowiązany był sprawdzić tylko „czy liczba szczepionych, rewidowanych i t. d., podana w rachunku, zgadza się z liczbą wymienioną w wykazach“ (Rozp. Nam z 12 kwietnia 1890, l. 18936, punkt 32) i sprawdzał to bez czytania tych wszystkich nazwisk, gdyż czytanie takie byłoby rzeczą zbyteczną.

W niektórych powiatach zaprowadzono, że dzieci do rewakcynacyi są wpisywane w wykazach parafialnych, a dzieci szkolne — w wykazach szkolnych na odmiennym (kolorowym) papierze, niż dzieci 1-roczne, które wpisuje się na papierze zwykłym. Możnaby to i tutaj z korzyścią zastosować przy wzorze *B.* i wzorze *C.* przez co ułatwiony byłby przegląd.

Dzieci rzekomo 10-letnie są przez urzęda parafialne rozmaicie do rewakcynacyi wykazywane w rozmaitych powiatach; i tak n. p. w r. 1900 w niektórych powiatach rewakcynowano dzieci urodzone w ciągu całego roku 1890; w innych — urodzone w ciągu całego roku 1889; w innych wreszcie urodzone od 1 kwietnia 1889 do 31 marca 1890 r., a nawet, — jak mi mówiono, w jednym z powiatów w tej samej gminie urzędy parafialne różnych wyznań różnie wykazywały dzieci do rewakcynacyi, gmina ta bowiem była na małą skalę rodzajem wieży Babel.

Tak w celu zaprowadzenia ładu i ujednostajnienia systemu, który nie ma powodu być rozmaitym, — aby w końcu uniknąć pomyłek, które zwłaszcza przy zmianie c. k. lekarzy powiatowych lub duszpasterzy z roku na rok przez urzędy parafialne, i prowadzące metryki izraelickie, mogą być popełniane, wskazanem jest ustawowe uregulowanie rewakcynacyi. Rok 1901 np. powinien być oznaczony, jako przejściowy; w roku tym powinny być wyrównane te stosunki tam, gdzie nie są jeszcze uporządkowane. Od następnego zaś roku, poczynając np. od 1902 urzędy parafialne powinny wykazywać do rewakcynacyi dzieci urodzone w ciągu całego roku o 10 lat wcześniejszego od daty tego roku, w którym się rewakcynuje, a więc np. w 1902 r. rewakcynować się będzie dzieci urodzone w r. 1892 itd.

Rewakcynacyom z resztą dzieci, urodzonych od 1 kwietnia do 31 marca itp. zawiłym kombinacyom, zapobiegnie po części nagłówek wzoru *C.* — : „wypis..... urodzonych *od początku do końca* 19... r.“

Streszczając to wszystko uważam za wskazane:

1) aby wykazy parafialne były odtąd pisane przez urzędy parafialne, względnie prowadzące metryki i zarządy szkół, na drukach, sporządzonych podług podanych wzorów *A. B.* i *C.*, formatu dotychczasowych wykazów, t. j. 40×25 ctm;

2) aby wykazy te parafialne metrykalne i szkolne według podanych wzorów sporządzone, mogli lekarze delegowani po odpowiedniem wypełnieniu, nie przepisując, przedkładać w miejsce dotychczasowych wykazów I i II;

3) aby zwierzchność gminna obowiązaną była na takich samych drukach sporządzać odpisy według wykazów parafialnych, metrykalnych i szkolnych, które to wykazy lekarz delegowany na kilka dni przed szczepieniem zwierzchności gminnej przyszle;

4) aby po jednym roku przejściowym rewakcynacya została ujednostajniona w ten sposób, aby odbywała się zawsze u dzieci urodzonych w ciągu całego roku (od 1 stycznia do 31 grudnia) o 10 lat wcześniejszego od daty roku tego, w którym się rewakcynuje, a więc np. w r. 1902, aby rewakcynowano urodzonych w r. 1892 i t. d.

Naturalnie, jeżeli do podanych wniosków przychylą się te władze, od których to zależy, — w takim razie okólnik namiestnictwa z dn. 12 kwietnia l. 18936, w punkcie 9, w którym jest mowa, aby „urzędy parafialne wykazywały dzieci, mające się szczepić bez względu na to, czy umarły czy żyją“ odnośnie do wzoru *A* zmienić należy; resztę podanych wniosków dotychczasowe ustawy uzupełnić, oraz zmienić formularze Nr. I i II, stosownie do podanych wzorów *A B* i *C*. Zmiany takie, prócz oszczędności na papierze i formalistyce, przyniosą ulgę setkom lekarzy w ich syzyfowej pracy.

IX. Wiadomości bieżące.

† Dr. Klemens Koehler.

Dnia 12 bm. zakończył życie w Poznaniu Dr. Klemens Koehler, radca zdrowia, lekarz znakomity, mąż zasłużony w społeczeństwie wielkopolskiem. Urodził się w Bydgoszczy r. 1840, nauki gimnazyalne odbył w Poznaniu i Ostrowie; medycynę studyował w Wrocławiu, Gryfii i Berlinie i tu w r. 1869 otrzymał dyplom doktorski. Część życia spędził w Kościanie, a następnie w Poznaniu, gdzie brał udział niemal we wszystkich polskich stowarzyszeniach naukowych i mających na celu oświatę. Ogłosił 10 cennych rozpraw w czasopismach polskich. Cześć pamięci zasłużonego.

Kraków, 17 stycznia 1901.

* W ostatniej chwili dowiadujemy się o śmierci dra Władysława Tyrchowskiego, wieloletniego prof. Uniw. warszawskiego, jednego z najzasłużeńszych ginekologów polskich. Zmarł w Warszawie, licząc lat 82.

* Pierwszy tegoroczny Zeszyt »Nowin Lekarskich«, przeobrażonych na organ przeważnie sprawozdawczy, wyszedł pod kierunkiem dotychczasowego redaktora Dr. H. Święcickiego. Karta tytułowa poucza nas, że w redakcyi tego miesięcznika weźmie współudział 77 lekarzy, ludzi w nauce znanych, w pracy pewnych. Ta poważna liczba niezbicie świadczy, że w swym zreformowanym programie „Nowiny Lekarskie“ dotknęły istoty jednej z wielkich potrzeb umysłowego życia lekarzy polskich, że powstał typ czasopisma, którego potrzebę głęboko odczuwano.

Tajemnicą powodzenia każdego przedsięwzięcia jest dar stania się potrzebnym. Światowe piśmiennictwo lekarskie przybrało rozmiary olbrzymie: któż jest dziś w stanie posiadać wszystkie, bodaj tylko pierwszorzędne wydawnictwa? a jeśliby je posiadał, to gdzież jest czas na ich przeczytanie? temu stanowi rzeczy zaradzić mogą tylko streszczenia. Czego nie mogą wykonać tygodniki, co nie jest zadaniem archiwów, to uzupełnić może organ, poświęcony, jeśli nie wyłącznie, to przeważnie sprawozdaniom z piśmiennictwa bieżącego. »Nowiny Lekarskie« w Nrze 1-szym podały: 105 wyciągów (str. 10—59), sprawozdania z ruchu w Towarzystwach lekarskich, oraz z bieżących czasopism lekarskich; znajdujemy tu jeszcze: oceny, korespondencye (3), notatkę o nowszych przyrządach, zapiski lecznicze i pomniejsze wiadomości bieżące. Obfitości treści odpowiada gruntowne jej opracowanie. W przeobrażeniu programu „Nowin Lekarskich“ dopatrujemy pierwszego kroku na drodze organizacyi polskiej prasy lekarskiej; mamy wszelką pewność, że wkrótce podamy w tym zakresie drugą niemniej pomyślną wiadomość.

Do czego nie doprowadziły narady w zjazdowej Sekcyi prasowej, to wcieli w życie prawidłowy rozwój umysłowych potrzeb stanu lekarskiego.

* Na wczorajszem administracyjnem posiedzeniu Towarz. lekar. krakow. funkcyonaryusze Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej swej działalności.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Józef Władysław Owsiński.

* Sekcya Dentystyczna IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podjęła myśl wydania polskiego podręcznika dentystyki zbiorowemi siłami. W tym celu zawiązał się Komitet redakcyjny, w skład którego wchodzą: Doc Dr. W. Łepkowski jako przewodniczący, Dr. Gońka, Dr. Leszczyński i Dr. Dzierżawski — jako wydawca. Na posiedzeniach odbytych w dn. 1—3 listopada z. r. w Warszawie Komitet ten wypracował program podręcznika. Termin dostarczenia rękopisów przez współredaktorów podręcznika został oznaczony na dzień 1-go października 1902 r., a całe dzieło ma być wydrukowane w pierwszej połowie 1903 r.

Opracowanie pojedyńczych działów przyrzekli następujący autorowie: Dr. Ad. Bochenek, Doc. Dr Maziarski, prof. Dr. Kostanecki, Dr. L. Leszczyński, Dr. B. Dzierżawski, prof. Dr. Rydygier, Dr. Bohosiewicz, Dr. Gońka, Doc. Łepkowski, Dr. Kozerski. Dr. Unsin, prof. Wachholz, dentysta Idzikowski, Dr. Zbořil, dentysta Zieliński.

* W Zakopanem zawiązał się Komitet w celu wystawienia trwałego pomnika śp. prof. Tytusowi Chałubińskiemu, twórcy tego tyle przez niego umiłowanego uzdrowiska. Komitet poczynił starania u władz trzech zaborów, w celu uzyskania przyzwolenia na zbieranie składek. Listy należy adresować do p. K. Filipowicza, sekretarza Komitetu wykonawczego w Zakopanem; przesyłki pieniężne odbiera p. T. Piątkiewicz, skarbnik Komitetu w Zakopanem.

* Towarz. lekarskie warszawskie odbyło wybory na rok 1901. Na prezesa wybrano Dr. Stan. Markiewicza, na wiceprezesa Dr. H. Nussbauma, na sekretarza Igo Dr. Lud. Dydyńskiego, na IIgo sekretarza Dr. Stan. Kopczyńskiego.

* Według urzędowej statystyki w państwie rakuskiem, przebywa 10.576 lekarzy; z tych przypada na Galicyę 1313, na Bukowinę 134.

* Fizyk m. Pesztu wystąpił z żądaniem obowiązkowego odkażania mieszkań, w których miał miejsce zgon z gruźlicy. Komisya sanitarna ten wniosek poparła, jako bardzo potrzebny i ważny dla zdrowotności stolicy Węgier.

* W związku ze Zjazdem Towarzystwa otyatrycznego we Wrocławiu dn. 24 i 25 maja r. b., ma być urządzona Wystawa środków naukowych, należących do dziedziny otologii i rynologii.

Mianowania i odznaczenia Doc. Robinson mian. został prof. anatomii w Kings College. Dr. Verworn mian. prof. fizyologii w Getyndze. Doc. Kirchhoff mian. prof. nadzw. psychiatryi w Kilonii. Dr. Mya mian. profes zwycz. pedyatryi we Florencyi. Dr. Jentzer mian. prof. ginekologii w Genewie. Dr. Gemmel mian. prof. kliniki lekar. w Glasgowie. W Palermo mianowani zostali prof. zwyczajnymi: Manfredi i Montalti. Docenci: Voit i May mianowani zostali prof. nadzwycz. w Monachium.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Kazimierz Kraków, lat 34, w Warszawie. Prof. farmakologii. Dr. Tobold, zmarł w Pensylwanii. Dr. Alfons Dubreuil, prof chirurgii, zmarł w Montpellier.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 1: Dr. Pawińskiego J.: Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych. Wattena J.: Kilka uwag o resekcyi żołądka sposobem Kochera, na podstawie 2-ch przypadków operowanych. Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu. — Nr. 2: Skłodowskiego J.: Przypadek porażenia Brown-Sequarda. Dr. Pawińskiego J.: Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych (c. d.). Wattena J.: Kilka uwag o resekcyi żołądka sposobem Kochera, na podstawie 2 ch przypadków operowanych (dok.). Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu (dok.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 1: Dr. Noiszewskiego K.: Przyczynek do nauki o odczuwaniu barw. Dr. Hermana: Kilka słów w sprawie aseptyki cewnikowania. Dr. Zanietowskiego: O faradyzacyi i ulepszonych przyrządach indukcyjnych. W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 12: Goldberga L.: Przyczynek do zachowawczego leczenia miazgi zębowej za pomocą czterotlenku osmu. Ossowskiego A.: Przypadek złośliwy posocznicy, pochodzącej z zepsutego zęba. W *Postępie Okulistycznym* Nr. 12: Prof. Wicherkiewicza B.: Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklistego, oraz kilka uwag dotyczących rozpoznania i operacyi tychże. Wadzyńskiego P.: Przypadek wągra podsiatkówkowego. Dr. Talko J.: Meningocele intraorbitalis posterior. W *Medycynie* Nr. 2: Dr. Korybut-Daszkiewicza B. Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa (dok.). Goldflama S.: Dalsze uwagi nad chromaniem przestankowem (dok.).

Zapiski bibliograficzne.

— *La Semaine médicale* Nr. 1: Chauffard M.: O wewnętrznem leczeniu zapobiegawczem nawrotnej kolki wątrobnej. Cheinisse L.: O przeobrażeniach doktryn lekarskich w wieku XIX.

— *Časopis Lekařů českých* Nr. 1 i 2: Prof. Dr. Maixner: Některé poznámky ku pathogenesi a symptomatologii výduti srdečnice. Prof. Dr. Deyl: Povšechná diagnostická důležitost „Neuritis retrobulbaris“ a zajímavý případ této choroby. Dr. Prochazká F.: O achondroplasii čili chondrodystrofii foetalni.

— *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 2: Prof. Dr. Levin: Wymioty po zastósowaniu chloroformu oraz innych leków znieczulających wziewanych. Sposób zapobiegania im. Dr. Bendix E.: O chemizmie bakteryj. Dr. Baumgarta: O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnowej. Dr. Wolff-Becher: Oznaczenie dolnej granicy żołądka przy pomocy Röntgenowskiego prześwietlania. Dr. Kohn: „Mors thymica“. Dr. Wołowski: O oznaczeniu ilościowem i klinicznem znaczeniu indykanu w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2: Dr. Schmidt R.: O prątkach żołądka: okrężnicowym i krezkowym, oraz uwagi nad florą prątków kwasu mlekowego. Dr. Fajersztain: O objawie skrzyżowanym rwy kulszowej. Dr. Gross O.: Teorya wzajemnej zależności chorób serca i nerek. Prof. Zweifel: Tran z fosforem. Doc. Knapp: O świeczkach (bougie) aseptycznych.

— *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 2: Everbusch: Godny uwagi przypadek widocznych w obrębie źrenicy wyrostków rzęskowych. Schattenfroh i Grassberger: Przyczynek do wiedzy o czynniku kiśnienia masłowego i jego stosunek do wąglika. Dr. Kühn: O wykryciu indykanu w moczu, zawierającym jod. Dr. Braatz: Odkażanie parą w chirurgii. Dr. Grossner: Wpływ podskórnych wstrzykiwań żelatyny na krwotok z miedniczek nerkowych. Dr. Marian: Przypadek zastoiny z ucisku. Dr. Cramer: O wgnieceniu przodującej główki w położeniu Walcherowskim przy zwieszonych nogach.

— *La Presse Médicale* Nr. 4: Jeanselme E.: Walka przeciw trądowi w koloniach angielskich.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2: Escherich: O błonicy. Riedel: O kamieniach żółciowych (c. d.). Kümmel: Promienie Röntgenowskie w usługach medycyny praktycznej (dok.). Hueppe: O nowoczesnych dążeniach kolonizacyjnych i o możliwem przystosowaniu się europejczyków do strefy podzwrotnikowej (dok.). Goldflam S.: O wstrząśnieniu nerek.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. prof. Browicz: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki?“ 2) kol. dr. Zydłowicz: „Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 26 Stycznia 1901. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

† Dr. WŁADYSŁAW TYRCHOWSKI

rzeczywisty Radca stanu,
b. profesor i dziekan b. Szkoły głównej warszawskiej, a następnie Uniw. warszawskiego,

zmarł w Warszawie 15-go b. m., w 81 roku swego życia, — a było to życie bardzo pracowite, wielce znane i zasług rzetelnych.

Urodzony w roku 1820 w Krakowie, tu uczęszczał ś. p. profesor do gimnazyum św. Anny i tu w r. 1844 ukończył studya lekarskie ze stopniem doktora medycyny i chirurgii, oraz magistra położnictwa. Zdolny i pilny, znalazł zaraz umieszczenie w Uniwersytecie Jagiellońskim, początkowo jako adjunkt t. j. asystent kliniki lekarskiej, a następnie od r. 1845, jako adjunkt kliniki położniczej. Gdy jednak skromny materyał naukowy i niedostateczne urządzenia kliniczne nie dostarczały naówczas w Krakowie sposobności do wykształcenia dokładnego, wyjechał w r. 1848 do klinik zagranicznych. Od r. 1850 pracował w Płocku jako lekarz szpitala św. Trójcy i szpitala więziennego, uzyskal przytem w krótkim czasie przez swe gruntowne wykształcenie lekarskie i szczere oddanie się pracy zawodowej, a niemniej przez swe taktowne postępowanie, rozległą praktykę, oraz powszechne uznanie, czego dowodem, że w dwa lata po przybyciu do Płocka powołany został na członka honorowego urzędu lekarskiego w tem mieście.

Po zdobyciu konkursu objął w r. 1861 w Warszawie katedrę położnictwa jako profesor zwyczajny: na tem stanowisku pozostawał przez 23 lat, najpierw w cesarsko-królewskiej Akademii medyczno-chirurgicznej, potem w Szkole głównej, gdzie dwukrotnie wybierany był na dziekana, a nareszcie w Uniwersytecie warszawskim, w którym aż do r. 1884 naukę położnictwa w języku polskim wykładał.

Jak ś. p. prof. Tyrchowski obowiązki swoje nauczycielskie sumiennie pojmował i spełniał, świadczy najlepiej ta okoliczność, że pomimo nawału pracy tak w klinice, jako też w rozległej praktyce prywatnej, znalazł przecież dosyć czasu i sił do napisania podręcznika, który wydał w r. 1864 p. t. „Rys położnictwa praktycznego“ — a pamiętać należy, że nie było w owym czasie żadnego podręcznika, z któregoby w Warszawie uczniowie lub uczennice szkoły położnych w języku swoim uczyć się mogli. Ścisłe i sumienne spełnianie swych obowiązków nauczycielskich uważał zawsze za swe najpierwsze zadanie i nie umiał ich poświęcać dla zyskownej praktyki, a ponieważ nadto posiadał w niezwykłym stopniu dar nauczania i wykładu, powszechny odezwał się żal, gdy w r. 1884 z chlubnie i użytecznie zajmowanej przez siebie katedry profesorskiej ustąpił. Liczne grono lekarzy, byłych uczniów, uczciło naówczas zasługi jego profesorskie, wręczając wspaniałe album pamiątkowe.

Zamiłowany w uprawianej przez się gałęzi medycyny dzielił się chętnie z światem lekarskim swojemi praktycznemi i naukowemi spostrzeżeniami. Pamiętniki Towarz. lekar. warsz. począwszy od r. 1860 zawierają kilkadziesiąt jego odczytów i rozpraw naukowych, które kolegom na posiedzeniach tego Towarzystwa przedstawił. Widać w nich doskonały dar spostrzegawczy, loiczność wnioskowania i gorącą chęć posuwania nauki naprzód, o ile mu zezwalały na to skromne warunki kliniki, w których pracował. W uznaniu zasług zdobytych w tym kierunku, oraz zasług położonych dla rozwoju Towarzystwa lekar. warszaw. zamianowało go to Towarzystwo w r. 1880 swym prezesem, a w r. 1884 swym członkiem honorowym.

Dla ubogich prawdziwym był opiekunem: jak długo mu zdrowie dopisywało, nie odmawiał im nigdy swojej rady, spieszył też do nich chętnie na każde zawołanie z pomocą lekarską, najczęściej bezpłatną, a nie rzadko dzielił się z nimi swem mieniem. Wszelkie instytucye dobroczynne warszawskie miały w nim gorliwego orędownika.

Z powodu podeszłego wieku cofnął się ś. p. prof. Tyrchowski w latach ostatnich w zacisze domowe; młodsza przeto generacya lekarzy mało miała już sposobności poznania go i ocenienia, jak na to zasłużył; starsi natomiast, a zwłaszcza uczniowie jego, czują dobrze, że w nim straciło społeczeństwo nasze nie tylko nestora położników polskich, ale także człowieka zacnego, który swój zawód, naukę lekarską i swoje społeczeństwo szczerze miłował i na wdzięczne wspomnienie rzetelnie zasłużył. *Dr. H. Jordan.*

II. Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej.

O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym.

Przez
Dra Wł. Ołtuszewskiego.

Zboczenia mowy należą do najważniejszych, a zarazem najmniej opracowanych objawów niedorozwoju psychicznego. Ponieważ pozostają one w ścisłym związku z upośledzeniem sfery umysłowej, dokładne przeto zrozumienie ich patogenezy wymaga uprzedniej choćby pobieżnej wzmianki, co należy rozumieć przez nazwę niedorozwój psychiczny, jakie mu towarzyszą zmiany anatomiczno-patologiczne, jakie są jego przyczyny i objawy, jak stan ten umysłu rozpoznać, jakie daje rokowanie, or z jakie są podstawy jego leczenia. Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają mi zająć się szczegółowem wyjaśnieniem wymienionych pytań; odsyłając przeto czytelnika do pracy mojej, poświęconej temu przedmiotowi[1]), ograniczam się jedynie do zaznaczenia najważniejszych pod tym względem danych, bezpośrednio wiążących się z zajmującą nas obecnie sprawą.

Niedorozwój psychiczny, albo upośledzenie umysłowe stanowi najogólniejszy termin dla stanów umysłu noszących nazwę: idyoty, głuptaka. oraz zacofanego Podział ten oparty na zasadzie psychologicznej i symptomatycznej jest dotychczas najdogodniejszy, gdyż, odpowiednio do stopnia instynktów, uczuć, oraz inteligencyi, pozwala nam uszeregować dzieci z niedorozwojem psychicznym w pewne gromady, niezależnie od tego, czy przyjmujemy tylko idyotyzm różnego stopnia. czy też idyotę oddzielimy od głuptaka i zacofanego. Podział Bournevillea, oparty na danych anatomicznych, niewątpliwie byłby racyonalniejszy, o ile jednak osobiście mogłem się przekonać w zakładzie, prowadzonym przez niego w Bicêtre, bardzo niewielu tylko kategoryom zmian w mózgu odpowiadają w rzeczywistości pewne postacie kliniczne niedorozwoju, a z tego względu, zgodnie z większością autorów, oraz na zasadzie własnego doświadczenia, przyjmuję wyżej pomienioną klasyfikacyę psychologiczną i symptomatyczną. Przy rozpatrywaniu zmian anatomiczno-patalogicznych, towarzyszących niedorozwojowi, uderza nas to, że w jednych przypadkach nie można wykryć żadnych dostępnych dla badania śladów przebytego procesu patologicznego, a z tego względu przypisujemy go uwstecznieniu (pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu, lub zboczenia od typu prawidłowego), w innych przeciwnie owe ślady spraw zapalnych możemy odnaleźć (wtórny niedorozwój, uwarunkowany właściwemi zmianami anatomiczno-patologicznemi, jak zapalenie opon i mózgu, zanik i przerost mózgu. twardziel wysepkowata i t. d.) Oprócz zmian dostępnych dla oka należy również pamiętać, że istnieje wiele przypadków idyotyzmu, w których przy prawidłowym kształcie i wielkości mózgu znajdujemy tylko drobnowidowe zmiany jego substancyi (budowa zarodkowa). W rzędzie przyczyn niedorozwoju rozróżniamy zwyrodnienie dziedziczne od przyczyn przypadkowych, a ztąd dzi poał idyotyzmu na wrodzony i nabyty. Lubo oba łączy czynnik dziedziczny, w pierwszym jednak razie dziedziczność odgrywa rolę zasadniczą, w drugim zaś, obok pewnego usposobienia dziedzicznego, najczęściej przyczyna przypadkowa powoduje uwstecznienie osobnicze. Owa przyczyna przypadkowa może działać na płód bezpośrednio lub pośrednio przez matkę w czasie ciąży, porodu, lub też po porodzie. Do objawów niedorozwoju psychicznego należą przedewszystkiem tak zwane piętna zwyrodnienia. Z trojakiego rodzaju znamion charakterystycznych dla całej klasy zwyrodniałych anatomicznych, fizyologicznych i społecznych, osobniki z niedorozwojem podlegają przedewszystkiem znamionom anatomicznym i fizyologicznym, względnie psychicznym. Znamiona anatomiczne odnoszą się głównie do zboczeń w układzie mózgowo-rdzeniowym (odnośne zmiany anatomiczne w mózgu) i szkielecie (kości czaszki, twarzy, kręgosłupa i kończyn). Do zmian anatomicznych. po części fizyologicznych, zaliczamy zbyt duży język, zgrubiałe wargi, ślinienie się, zmiany oka, zniekształtnienie uszu, zmiany na skórze, przepukliny, żarłoczność. zboczenia w narządzie płciowym i t. d. Ze znamion psychicznych należy wspomnieć o dziedziczności, wspólnej wszystkim zwyrodniałym, oraz o pobudliwości. Społeczne znamiona są skierowane do dwu zasadniczych czynników porządku społecznego: poszanowania jednostki i własności. Do objawów fizyologicznych ze strony układu nerwowego należą wszelkiego rodzaju porażenia, pląsowica, atetoza, oraz padaczka. Daleko ważniejsze objawy psychiczne zmieniają się odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z idyotą zupełnym, niezupełnym, głuptakiem, lub zacofanym. U idyoty zupełnego, z powodu braku percepcyi, pomimo prawidłowych zmysłów, nie ma wrażeń zmysłowych, pamięci i uwagi, a z tego względu dzieci tego rodzaju nie rozpoznają, nie wyróżniają i nie mają żadnych wyobrażeń Brak im również czuć zmysłowych, oraz najprostszych instynktów. Idyoci niezupełni przedstawiają różne kategorye. poczynając od dzieci z zachowanemi tylko instynktami, a kończąc na wyraźnych śladach zdolności umysłowych, czuciowych i ruchowych (woli). Inteligencya głuptaka dochodzi do wyższego stopnia, aniżeli idyoty; z powodu jednak słabej pamięci, w szczególności zaś nietrwałej uwagi, utrzymywanie wyobrażeń jest utrudnione, a z tego względu kojarzenia, sądy i wnioski odbywają się w sposób powierzchowny lub fałszywy. Niektóre z uczuć egoistycznych są u głuptaków bardzo silnie wyrażone, a uczucia sympatyczne i etyczne najczęściej bywają spaczone. W dziedzinie woli należy zauważyć przewrotne instynkty oraz popędy patologiczne. Czyny dowolne występują u głuptaków daleko wybitniej, aniżeli u idyotów. Co się tyczy dzieci zacofanych, to są one dobrze obdarzonymi głuptakami, posiadają więc prawie zawsze pewne ukryte ich cechy. Rozpoznawanie niedorozwoju opiera się na zebranych wywiadach, wejrzeniu zewnętrznem, oraz dokładnem zbadaniu sfery umysłowej. Największe trudności przy rozpoznawaniu przedstawiają porażenia mózgowe wieku dziecięcego, łączące się zazwyczaj z większem lub mniejszem upośledzeniem sfery umysłowej. Jak się to starałem wykazać w pracy. „O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy“. *(Gaz. Lek.*, 1898), między niedorozwojem a porażeniami upatruje ścisły związek i z wyjątkiem niektórych przypadków idyotyzmu oba zboczenia odnoszę do jednego działu. Na rokowanie największy wpływ ma stan sfery umy-

[1]) Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy *Gazeta Lek.*, 1899.

słowej. Idyota niezupełny, a tembardziej głuptak i zacofany, przedstawiają dużą szansę podniesienia sfery psychicznej i uczynienia z nich mniej lub więcej pożytecznych członków społeczeństwa. Przy leczeniu oprócz wyrabiania zręczności do ruchów i zwykłych zajęć, usiłowania nasze kierujemy głównie ku kształceniu zmysłów, wyrabianiu uwagi, kojarzeń, uogólniań, porównań, a prócz tego zwolna staramy się przygotować dzieci do życia społecznego.

Przechodzę obecnie do wyjaśnienia patogenezy zboczeń mowy przy niedorozwoju psychicznym, które zaliczam do ważnych znamion zwyrodnienia. Dla należytego zdania sobie sprawy z nieprawidłowego rozwoju mowy u dzieci, dotkniętych niedorozwojem i właściwych jej zboczeń, należy uwzględnić choćby w ogólnym zarysie psychologię mowy, jej rozwój, podstawę psycho-fizyologiczną tego rozwoju i stosunek umysłu do mowy u dziecka prawidłowego. Ważnym tym działom logologii poświęciłem oddzielne prace [1]), na tem więc miejscu pozwolę sobie jedynie przytoczyć najogólniejsze wnioski, do których w tym przedmiocie doszedłem.

Funkcya fizyologiczna mózgu przy mowie polega na tem, aby rozumieć mowę ustną lub pisaną, oraz gotowe w naszym umyśle idee i pojęcia przyoblekać w szatę słowa ustnego lub pisanego. Do tego celu służą nam przedewszystkiem pewne ośrodki w korze mózgu, stanowiące zakończenia korowe narządów zmysłowych ucha i oka, oraz nerwów ruchowych, rządzących ruchami narządów artykulacyi lub gromadami mięśni czynnych przy pisaniu. Stanowią one tak zwane pamięci słowne zmysłowe: słuchową (ośrodek Wernickego w pierwszym zwoju skroniowym) i wzrokową (ośrodek zmysłowy wzrokowy, stanowiący zakończenie rozgałęzień nerwu wzrokowego w okolicy *fissura calcarina*, po części w *cuneus*, *lobulus lingualis* i tylnym biegunie zrazu potylicznego) oraz pamięć ruchów, potrzebnych do artykulacyi, lub pisma (ośrodek Broca w pierwszym zawoju czołowym). Pamięci słowne zmysłowe potrzebne są tylko do uskutecznia nia różnych ruchów przy artykulacyi i piśmie, oraz do słyszenia wyrazów, jako kombinacyi tonów i szmerów lub postrzegania znaków pisma, jako prostych zjawisk wzrokowych. Nabywanie mowy ustnej rozpoczyna się od powtarzania wyrazów, które polega na licznych kojarzeniach wyrobionej już pamięci zmysłowej, słuchowej i ruchowej. Powtarzanie to pozostawia, zdaniem mojem, ślady wyrazów w ośrodku średnim (wyspa Reila), wytwarzając pamięć zmysłową skojarzeniową. Owe nagromadzone ślady, wyłaniając się w następstwie automatycznie jako wspomnienia wyrazowe, nieodzowne są do mowy samodzielnej. Należy jednak zaraz nadmienić, że początkowo świadomie wyrabiany mechanizm wyłaniania wyrazów przechodzi w automatyzm dopiero przez bardzo długą wprawę, analogicznie jak każdy człowiek uczy się początkowo świadomie chodzić, pomimo to, że w następstwie chodzimy automatycznie. Jest to pierwszy akt mowy organiczny, automatyczny. Rozumienie mowy, oraz mowa samodzielna ze zrozumieniem, wymagają już ośrodków wyższych, psychicznych. Przy rozumieniu mowy kojarzymy pamięć słuchową zmysłową z wyobrażeniami i nabywamy w ten sposób pojęć słownych; przy mowie zaś samodzielnej ze zrozumieniem łączymy gotowe nasze pojęcia słowne z automatycznemi wspomnieniami wyrazów, mającemi, jak powiedziałem, swe siedlisko w ośrodku automatycznym średnim. Jest to drugi akt mowy — psychiczny. Owa psychiczna strona mowy wyraża się przedewszystkiem w tak zwanej mowie wewnętrznej, polegającej na zdolności łączenia pojęć słownych z automatycznemi wspomnieniami wyrazów. Pomijam w podobny sposób powstający automatyzm pisma, oraz psychiczny mechanizm rozumienia pisma i pisma samodzielnego ze zrozumieniem, ponieważ obecnie zajmuje nas tylko psychologia mowy ustnej.

Rozwój mowy u dziecka prawidłowego odbywa się zazwyczaj w ten sposób, że naprzód ma miejsce rozumienie mowy, następnie powtarzanie, a dopiero w końcu mowa samodzielna. Podstawę psychiczną tego rozwoju objaśniam sobie w następujący sposób: pierwotny język dziecka przeważnie samogłoski, pochodzenia odruchowego, oraz giesty, nie ma nic wspólnego z daleko później powstającemi pamięciami słownemi. W miarę gromadzenia się pamięci słuchowej zmysłowej, pozwalającej rozróżniać głosy i szmery, występuje około ósmego miesiąca możność kojarzenia wyrazów z wyobrażeniami (pojęcia słowne), a więc zdolność rozumienia mowy. Rozumienie z tego względu wyprzedza powtarzanie i mowę samodzielną, że do tego potrzeba tylko pewnego stopnia rozwoju sfery poznania (zapasu wyobrażeń oraz zdolności kojarzenia ich z wyrazami), co rozwija się daleko wcześniej, aniżeli wola, nieodzowna tak do powtarzania, jako też i mowy samodzielnej. Z rozwojem woli, a przedewszystkiem naśladownictwa, zaczyna się wytwarzać pamięć zmysłowa ruchowa (artykulacyjna), to jest zdolność kojarzenia słyszanych głosek z odpowiedniemi czuciami, zależnemi od ruchów w narządach artykulacyjnych, jakie mają miejsce przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków. W miarę coraz większego wyrabiania się pamięci ruchowej oraz wzrostu pamięci słuchowej, dziecko mniej więcej w końcu pierwszego roku zaczyna powtarzać wyrazy, a powtarzanie to, oparte na licznych kojarzeniach pamięci słuchowej i ruchowej, pozostawia ślady w ośrodku średnim (automatycznym) przygotowując najpóźniej się rozwijający, gdyż dopiero w końcu 2-go roku, okres mowy samodzielnej. Powtarzanie wzrasta z każdym miesiącem i rozwija się równolegle do rozwoju śladów pamięciowych w ośrodku automatycznym. Najpóźniej, bo dopiero w końcu 3 roku, powstaje mowa samodzielna, gdyż do tego musi dziecko już posiadać wyrobiony automatyzm mowy, oraz zdolność łączenia automatycznych wspomnień wyrazowych z pojęciami słownemi (mowa wewnętrzna). Podczas formowania się automatyzmu mowy, ma ono do przezwyciężenia bardzo dużo przeszkód, zarówno ze strony wytwarzania się przeróżnych dźwięków, utrzymywania w pamięci słuchowej w należytym porządku następowania po sobie sylab wyrazów, jako też zdobywania mechanizmu artykulacyjnej ekspiracyi [1]), należącego do kategoryi pamięci ruchowej. Oto dla czego powstanie omawianego automatyzmu łączy się z dużym nakładem pracy umysłowej dziecka, a w czasie jego formowania nawet u dzieci prawidłowych powstają chwilowe za-

[1]) Rozwój mowy u dziecka i stosunek tego rozwoju do jego inteligencyi. Warszawa, 1896. Psychologia oraz filozofia mowy. Warszawa, 1899.

[1]) Pod tym mianem należy rozumieć drobne wahania wydechu, różne dla każdej sylaby, a nawet zawartych w niej oddzielnych głosek.

miany głosek, przestawianie, opuszczanie głosek lub zgłosek, jednem słowem pewna nieprawidłowość mowy, którą nazywam bełkotaniem fizyologicznem. Z powyższego widzimy, że zdobycie mechanizmu mowy automatycznej w okresie jej wytwarzania się jest sprawą psychiczną, polegającą na świadomem wyrabianiu pamięci słownych, oraz świadomem kojarzeniu ich w ośrodku średnim. Wprawdzie cała ta praca umysłowa dziecka pozostaje dla niewprawnego badacza ukryta u dzieci z pojętnością prawidłową; przy pewnem jednak osłabieniu sfery umysłowej lub też przy wyrabianiu mowy u tego rodzaju dzieci, jesteśmy dopiero świadkami tych wysiłków mozolnych, które są nieodzowne dla powstania automatyzmu mowy.

Zgodnie z tem, co dotychczas powiedziałem, rozróżniam trzy okresy w rozwoju mowy u dziecka: 1) język pierwotny, to jest język tonów i gestów, 2) rozwój ośrodków pamięci słownych, powstawanie pojęć słownych, 3) wytwarzanie się automatyzmu mowy i łączenie pojęć słownych z wspomnieniami wyrazów przy mowie samodzielnej.

Omówiona psychiczna podstawa rozwoju mowy u dziecka jaskrawe rzuca światło na mowę, jako sprawę psychiczną, oraz dowodzi, że warunki powstania mowy są te same co i duchowej strony człowieka, w szczególności jego poznania, a więc pamięć, zdolność do kojarzeń, odpowiedni rozwój woli i uwaga. (Dok. nast.)

III. Z zakładu Anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

asystent zakładu.

(Dokończenie).

Powstawanie trzustek dodatkowych do niedawna jeszcze było zupełnie niezrozumiałe: do ostatnich czasów przyjmowaliśmy, iż trzustka u człowieka rozwija się tylko z jednego pierwotnego zawiązku: historya rozwoju trzustki u zwierząt kręgowych była bardzo mało znaną; ztąd też spotykane niekiedy trzustki dodatkowe wydawały się jakimś niezwykłym wybrykiem przyrody. Dopiero szczegółowe badania ostatnich lat, dotyczące rozwoju trzustki i to zarówno u najniższych kręgowców, jak i u człowieka, że wspomnę tutaj tylko prace Laguessea, Kupffera, Felixa, Stossa, Hamburgera, Bracheta i innych, rzucają jaśniejsze światło na sprawę powstawania trzustek dodatkowych, których pojawianie się nie jest żadnym niezwykłym wybrykiem przyrody, lecz wynikiem jedynie zaburzeń w dalszym rozwoju pierwotnych zawiązków trzustki i odtwarzaniem stanu prawidłowego u zwierząt niższych.

Cofając się do zwierząt, u których trzustka występuje w najpierwotniejszej postaci, widzimy, jak to wykazały badania Laguessea i W. N. Parkera, iż trzustka u *protopterus* (ryba afrykańska z rzędu Dwudysznych) z reguły znajduje się wśród ścian żołądka, względnie jelita, które to stosunki, zdaniem Wiedersheima, prawdopodobnie spotykają się również i u innych gatunków ryb (jak n p. należących do rzędu *Cyclostomi*), u których dotychczas trzustki nie udało się wykazać. U niektórych ryb kościstych (*teleostei*), którym dawniej odmawiano istnienia trzustki, nie stanowi ona jednolitego zbitego gruczołu, lecz w postaci cienkich pasm spoczywa między blaszkami krezki, co zdaje się odpowiadać stosunkom, opisanym w wyżej omówionym przypadku Hyrtla. Według Leydiga u *pelobates* (płaz bezogonowy-*anura*) znaczna część trzustki leży między otrzewną a warstwą mięsną żołądka; u salamandry część trzustki pozostaje w ścisłym związku ze ścianą jelita; u kreta, prócz głównej masy gruczołowej, istnieć mają liczne trzustki dodatkowe, łączące się z trzustką główną tylko za pośrednictwem naczyń krwionośnych.

Tak więc trzustki dodatkowe, spotykane u ludzi, mają swój prototyp u zwierząt niższych, u których to niezwykłe (u człowieka) usadowienie stanowi regułę, i już z tego względu pojawianie się trzustek dodatkowych u człowieka staje się zrozumiałem, jako do pewnego stopnia zwrot ku najpierwotniejszej postaci. Cóż jednakże powiada nam w tej sprawie historya rozwoju trzustki u człowieka i u zwierząt kręgowych? Obecnie w nauce najwięcej przyjętem jest zdanie o troistym początku trzustki: trzustka rozwijać się ma z trzech pierwotnych zawiązków: jednego, wychodzącego ze strony grzbietnej i dwóch, wychodzących ze strony brzusznej jelita środkowego. Takie stosunki przynajmniej wykazali Laguesse, Goeppert, Goette, Felix, Brachet i inni u rozmaitych klas zwierząt kręgowych i u człowieka. Nieco na uboczu stoją zapatrywania Hamburgera i Hammara o dwoistym pierwotnym zawiązku trzustki, oraz Stossa, który przyjmuje istnienie 4 pierwotnych zawiązków (2 grzbietnych i 2 brzusznych), podobnie, jak to zostało stwierdzone u jesiotrów.

Przyjmując wielokrotność pierwotnych zawiązków trzustki [1]), łatwo zrozumiemy pojawianie się niekiedy trzustek dodatkowych: trzustka właściwa rozwija się głównie z zawiązków, leżących po stronie brzusznej jelita, podczas gdy zawiązek (czy zawiązki) grzbietne, rozwijające się początkowo silnie, więcej nawet, niż zawiązki brzuszne, i zrastające się z zawiązkami brzusznymi, później powstrzymują się w swoim rozwoju i tworzą stosunkowo nieznaczną część, — głowę trzustki; jako zaś ślad pierwotnego samodzielnego rozwoju tych zawiązków pozostaje tak często spotykany w głowie trzustki, zresztą prawidłowej, — przewód Santoriniego. Jeśli te zawiązki grzbietne (a raczej jeden z nich, zwykle nierozwijający się) rozwiną się silniej, niż to zwykle bywa, i zrosną się z zawiązkami brzusznymi, wtedy powstaje t. zw. trzustka mniejsza (*pancreas minus*), pozostająca w związku z głową trzustki i posiadająca własny kanał wyprowadzający.

Możemy się spotkać z inną kombinacyą: trzustka właściwa rozwija się prawidłowo z jednego zawiązku głównego (lub

---

[1]) Już Zenker w swej pracy objaśniał powstawanie trzustek dodatkowych wielokrotnością pierwotnych zawiązków; wobec jednak ówczesnych zapatrywań na rozwój trzustki, zwłaszcza zaś wobec pracy Colina, który, pracując specyalnie nad rozwojem trzustki w tym kierunku, nie był w stanie wykazać więcej, niż jeden pierwotny zawiązek, sądził Zenker, iż trzustki dodatkowe wytwarzają się z nieprawidłowo powstałych w większej ilości pierwotnych zawiązków, podczas gdy nie nieprawidłowe powiększenie ilości pierwotnych zawiązków, lecz nieprawidłowy dalszy rozwój stale występujących pierwotnych zawiązków, jest przyczyną wytwarzania się trzustek dodatkowych.

(*Przypisek autora*).

choćby z paru zawiązków), podczas gdy pozostałe zawiązki zatrzymują się pierwotnie w stanie szczątkowym i nie zrastają się z zawiązkiem głównym. Dopiero po pewnym czasie, gdy trzustka już dosięgła pewnego rozwoju, gdy również rozrosły się już jelita, zawiązki te rozwijają się dalej, a nie mogąc już z powodu znaczniejszego oddalenia zrosnąć się z właściwą trzustką, tworzą trzustki dodatkowe, umieszczone w ścianach jelita lub żołądka, zależnie od tego, czy zawiązek, z którego rozwinęła się trzustka dodatkowa, leżał powyżej lub poniżej zawiązka głównego. Że te dodatkowe trzustki jeszcze i w tym późniejszym okresie zachowują dążność do zrastania się z trzustką właściwą, świadczyć się zdają przypadki Neumanna, Nauwercka i jeden z przypadków Zenkera, gdzie trzustki dodatkowe wypukłały ścianę jelita, tworząc rzeczywiste uchyłki (do sprawy tej wrócimy jeszcze w dalszym ciągu).

Przyjęcie 2 pierwotnych zawiązków trzustki u człowieka nie jest wystarczające do wyjaśnienia całej sprawy powstawania trzustek dodatkowych: już jeden z przypadków Zenkera, w którym u jednego i tego samego osobnika znaleziono 2 trzustki dodatkowe w ścianie jelita, byłby wobec tego zapatrywania niezrozumiałym: w danym razie istnieć musiały przynajmniej 3 zawiązki, aby powstać mogły trzy trzustki (jedna właściwa i dwie dodatkowe). Jednakże, jeśli przyjmiemy nawet istnienie 3 pierwotnych zawiązków, to i wtedy nie wszystkie przypadki trzustek dodatkowych staną się zupełnie jasne: we wszystkich dotychczas spostrzeganych przypadkach (również i w moim) trzustka właściwa zboczeń żadnych nie okazywała, a więc zawsze zawiązek główny rozwijać się musiał prawidłowo; z drugiej strony — poniżej tego zawiązku głównego istnieć muszą 2 zawiązki dodatkowe, jak o tem świadczy wyżej wzmiankowany przypadek Zenkera; prócz tego jednakże znajdujemy trzustki dodatkowe i powyżej tego głównego zawiązku — w dwunastnicy, a nawet w żołądku, wobec czego przyjąć należałoby istnienie przynajmniej jednego jeszcze pierwotnego zawiązku trzustki, leżącego powyżej zawiązku głównego. Opierając się na tych danych, sądziłbym, iż słusznem jest twierdzenie Stossa, który na podstawie swych badań nad zarodkami owiec przyjmuje istnienie 4 pierwotnych zawiązków trzustki, co zresztą stwierdzili i inni badacze u jesiotrów: sprawa ta jednakże wymaga jeszcze z jednej strony dalszych poszukiwań embryologicznych, z drugiej zaś — pożądanem byłoby, aby badacze, spotykający trzustki dodatkowe, opisywali dokładniej ich umiejscowienie w ścianach przewodu pokarmowego (co niestety dotychczas było najczęściej pomijane milczeniem), gdyż z umiejscowienia tych trzustek możnaby wyciągnąć pewne wnioski co do tego, z których zawiązków pierwotnych trzustki te rozwinęły się.

Nie potrzebuję chyba długo rozwodzić się nad sprawą, dlaczego trzustki dodatkowe spotykają się na tak rozległej przestrzeni w przewodzie pokarmowym: olbrzymi w porównaniu z pierwotnem jelitem dalszy jego rozrost jest jedyną przyczyną tego zjawiska. Zrozumiałą jednakowoż jest rzeczą, iż w kiszce grubej trzustki dodatkowe już spotykać się nie mogą, gdyż pierwotne zawiązki trzustki, jako wytwarzające się w jelicie środkowem i to powyżej przewodu żółtkowego (przewód pępkowo-krezkowy), nie mogą się spotykać poniżej tego przewodu (względnie — poniżej uchyłków Meckela), a tembardziej poniżej zastawki Bauhina; z drugiej jednakowoż strony pojawianie się trzustek dodatkowych w ścianie żołądka (co zdarza się bez porównania rzadziej: — znane są, licząc z moim, tylko 4 przypadki), staje się zrozumiałem wobec tego, iż tutaj takiej ścisłej granicy pomiędzy dwunastnicą a żołądkiem pierwotnie nie znajdujemy, i że trzustka poczyna się rozwijać prawie jednocześnie z różniczkowaniem się żołądka z pierwotnej jednostajnej cewki jelitowej; że odźwiernik nie stanowi tutaj takiej ścisłej granicy, świadczyć się zdaje i ten wzgląd, że w odźwiernikowej części żołądka stosunkowo dość często spotykamy się w błonie podśluzowej z gruczołami o cechach gruczołów Brunnera, zwykle spotykanych tylko w dwunastnicy, co i w moim przypadku miało miejsce, i to w bardzo wysokim stopniu.

Co się tyczy uchyłków jelitowych, w których były spotykane trzustki dodatkowe, to nie licząc przypadku Schultzego, jako wątpliwego, znane są tylko 3 przypadki uchyłków z trzustkami (Zenkera, Neumanna, Nauwercka). Uchyłki takie uważał Zenker za właściwe uchyłki Meckela, w których przypadkowo znalazła się trzustka dodatkowa; już jednakże Neumann przypuszczał, iż w pewnych warunkach trzustki dodatkowe same przez się mogą dać powód do powstania uchyłka jelitowego, co uzasadnił ostatecznie Nauwerck, ogłaszając przypadek, w którym prócz właściwego uchyłka Meckelowskiego znajdował się (znacznie wyżej) drugi uchyłek o ścianach, odpowiadających swą budową budowie ściany jelita i zawierający w górnej części trzustkę dodatkową. Wobec tego przypadku zgodzić się musimy ze zdaniem Neumanna i Nauwercka, iż uchyłki jelitowe, w których spotykamy trzustki dodatkowe są niezależne zupełnie od uchyłków Meckela, i że w pewnych warunkach (być może zależy to od głębszego usadowienia w ścianie jelita) trzustki dodatkowe, pociągając przy swym wzroście za sobą ścianę jelita, same przez się dać mogą powód do powstania uchyłka. Byłbym skłonny przypuszczać, iż zwrócenie baczniejszej uwagi i dokładniejsze badanie uchyłków, spotykanych w jelitach, zwłaszcza w dwunastnicy i w jelicie czczem wykazałoby, iż trzustki dodatkowe nie są znowuż tak nadzwyczajną rzadkością, jak to ogólnie przypuszczamy.

Skoro mowa o wadach rozwojowych trzustki, nie mogę pominąć milczeniem dwóch przypadków, ogłoszonych przez Hyrtla w sprawozdaniach z posiedzeń wiedeńskiej Akademii. W przypadku pierwszym, u kobiety dorosłej, w tylnej ścianie zatoki sieci *(bursae omentalis)* w niezwykle silnie rozwiniętym fałdzie trzustkowo-śledzionowym *(plica pancreatico-lienalis)* znajdował się twór wielkości i kształtu migdała, odgraniczony od trzustki tętnicą i żyłą wieńcową żołądka *(a. et v. gastro-epiploica sin., coronaria ventriculi inf. sin.)*, które to naczynia, co Hyrtl podkreśla, były w danym przypadku nadzwyczaj silnie rozwinięte. Trzustka wydawała się pomniejszoną: jej lewy językowato zaokrąglony koniec nie dochodził na 1 ctm. do brzegu lewego nadnercza. Bliższe badania wykazały, iż twór ten okazuje budowę trzustki i posiada przewód, pozostający w związku z przewodem Wirsungiusza. Drugi przypadek dotyczy noworodka, u którego głowa trzustki była oddzielona od jej trzonu wolną przestrzenią, wypełnioną głównie przez naczynia krezkowe górne *(a. et v. mesaraica superior)*, od których ku przodowi przebiegało przedłużenie przewodu Wirsungiusza, łączące obydwa te odcinki ze sobą; prócz tego przewodu w głowie trzu-

stki znalazł H. drugi przewód *(d. Santorinianus)*, uchodzący nieco powyżej wzgórka Vatera do dwunastnicy; przewód główny (Wirsungiusza) uchodził do dwunastnicy wspólnie z przewodem żółciowym wspólnym.

Jak widzimy, dwa te przypadki zasadniczo różnią się od wszystkich powyżej omówionych: tutaj trzustka właściwa nie była prawidłowo wykształcona (w jednym przypadku ogon był krótszy, w drugim — głowa leżała oddzielnie), trzustki pozornie dodatkowe pozostawały tutaj w związku z trzustką właściwą za pośrednictwem przewodów, z czego wnosićby należało, iż tutaj trzustka początkowo rozwijała się prawidłowo, i dopiero w późniejszym okresie rozwojowym nastąpiło niejako rozszczepienie, odsznurowanie części trzustki pod wpływem, być może, jak to twierdzi Hyrtl co do pierwszego przypadku, silniejszego rozwoju prawidłowo przebiegających tutaj naczyń. Za przypuszczeniem tem, iż rozwój trzustki początkowo tutaj być musiał prawidłowy, przemawia przedewszystkiem ta okoliczność, iż przewody tych pozornie dodatkowych trzustek stanowiły przedłużenie przewodu Wirsungiusza, mimo, iż w przypadku drugim istniał nawet oddzielny przewód Santoriniego: gdyby w tym przypadku rozwijała się rzeczywiście trzustka dodatkowa z oddzielnego zawiązka, któryby nie zrósł się we wczesnym okresie rozwoju z zawiązkiem głównym, w takim razie niezrozumiałem całkowicie byłoby istnienie przewodu, stanowiącego przedłużenie przewodu Wirsungiusza: właśnie ta wspólność przewodu świadczy, iż pierwotne zawiązki musiały się najprzód ze sobą połączyć, a dopiero w dalszym rozwoju znowuż nastąpiło rozszczepienie trzustki. Dla przypadków takich, zarówno ze względu na odmienne powstawanie, jak i odmienne cechy anatomiczne, oraz umiejscowienie, sądzę, najwłaściwiej byłoby zachować użytą przez Hyrtla, co do drugiego z omówionych przypadków, nazwę trzustki rozszczepionej *(pancreas divisum)*; pierwszy z omówionych przypadków Hyrtl niewłaściwie nazywa trzustką dodatkową *(pancreas accessorium)*, mimo, iż sam zwraca uwagę, że w danym razie miało miejsce rozszczepienie trzustki pod wpływem ucisku przez nadmiernie silnie rozwinięte naczynia.

Co się tyczy praktycznego znaczenia omówionych wad rozwojowych trzustki, to na trawienie wpływu większego wywierać one nie mogą: co najwyżej trzustki dodatkowe, usadowione w żołądku, mogłyby mieć pod tym względem pewne znaczenie; badania jednakże w tym kierunku są niemożliwe wobec tego, iż trzustki dodatkowe wykazane być mogą dopiero przy badaniu pośmiertnem. Z drugiej strony trzustki dodatkowe należą do kategoryi stosunkowo tak często spotykanych ognisk, pochodzących z życia zarodkowego i umieszczonych w miejscach niezwykłych: wiemy zaś, iż ogniska takie częstokroć bywają punktem wyjścia nowotworów, których budowa byłaby dla nas całkowicie zagadkową, gdybyśmy nie wiedzieli, iż w miejscach tych ogniska te mogą się spotykać, ztąd też znajomość umiejscowienia takich ognisk, a więc i trzustek dodatkowych, ma niepoślednie znaczenie; tak np. do niedawna jeszcze nie byliśmy w stanie wytłómaczyć sobie powstawania raków o nabłonku wałeczkowym w obrębie przełyku; gdy jednakże badania lat ostatnich, zwłaszcza prof. Schaffera, wykazały, iż w przełyku nierzadko spotykamy się z ogniskami o budowie, odpowiadającej całkowicie budowie błony śluzowej żołądka, powstawanie tych nowotworów, jako mających punkt wyjścia z tych właśnie ognisk, staje się całkowicie zrozumiałem. Przykładów takich przytoczyć możnaby bardzo wiele; wobec tego jednakże, iż zjawisko to jest powszechnie znanem, ograniczam się do tej wzmianki. Wreszcie trzustki dodatkowe, jako dające powód do powstawania uchyłków jelitowych. nie są pozbawione znaczenia, właśnie ze względu na te uchyłki, które, jak wogóle wszelkie uchyłki w jelitach, dać mogą powód w ten lub inny sposób do niedrożności jelit z wszelkiemi następstwami; z drugiej zaś strony w uchyłkach takich łatwo przyjść może do spraw zapalnych.

Streszczając to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, należy przyjść do następujących wniosków:

1) Wady rozwojowe trzustki u człowieka odtwarzają stan prawidłowy u zwierząt niższych, są wynikiem nieprawidłowego dalszego rozwoju prawidłowo tworzących się pierwotnych zawiązków trzustki i dadzą się podzielić na 3 gromady: *a)* trzustka mniejsza *(pancreas minus)* — na głowie trzustki znajduje się płat dodatkowy, oddzielony odeń nieznacznem tylko przewężeniem; *b)* trzustka dodatkowa *(pancreas accessorium, succenturiatum)*, tworząca oddzielny narząd, nie pozostająca w związku z właściwą, zupełnie prawidłowo rozwiniętą trzustką i spoczywająca zwykle w ścianach żołądka lub jelit (niekiedy w uchyłkach jelitowych); *c)* trzustka rozszczepiona *(pancreas divisum)*; rozszczepienie to jest wynikiem ucisku mechanicznego na prawidłowo rozwijające się i już pozrastane ze sobą pierwotne zawiązki trzustki. Trzustka właściwa jest w danym razie pomniejszona, a pozornie dodatkowa trzustka jest tylko jej częścią (głową lub ogonem), odsznurowaną przez niezwykle silnie rozwinięte, a przebiegające tutaj już w warunkach prawidłowych naczynia i pozostającą w związku z trzustką za pośrednictwem przewodu wyprowadzającego.

2) Sądząc z ilości, umiejscowienia i zachowania się trzustek dodatkowych, przypuszczać należy, iż już w stanie prawidłowym wytwarzają się stanowczo trzy, a według wszelkiego prawdopodobieństwa nawet cztery pierwotne zawiązki trzustki.

3) W pewnych warunkach (być może jest to zależnem od głębszego usadowienia) trzustki dodatkowe mogą dać powód do tworzenia się w jelitach uchyłków, których nie należy utożsamiać z uchyłkami Meckela.

W końcu niechaj mi wolno będzie złożyć szczere podziękowanie czcigodnemu memu szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia tego przypadku, oraz prof. Browiczowi i prof. Kostaneckiemu za cenne wskazówki.

Piśmiennictwo: 1) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. patolog. Anatomie 4 Aufl., 1895 2) Felix: Zur Leber- und Pankreasentwicklung. Arch. f. Anat. u. Phys. Anatom. Abth. 1892. 3) Gegenbaur: Ein Fall von Nebenpancreas in der Magenwand. Reichert's und du Bois Reymond's Archiv für Anatomie u. Physiologie, 1863. 4) Hamburger: Zur Entwicklung d. Bauchspeicheldrüse des Menschen, Anatom. Anzeiger, 1892. 5) Hammar: Einiges über die Duplicität der ventralen Pankreasanlage. Anatom. Anzeiger Bd. XIII, 1897. 6) Hertwig O.: Lehrb. d. Entwicklungsgeschichte. Jena, 1896. 7) Hyrtl: Handbuch d. topograf. Anatomie 4 Aufl, 1860. 8) Hyrtl: Sitzungsbericht. der Wiener Akademie LII, 1866. 9) Klob. Pankreas-Anomalien. Zeitschr. d. kk. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien, 1859, Nr. 46. 10) Laguesse: Structure et developpement du pancreas d'apres les travaux recents. Journal de l'anatomie et de physiologie. Année 30. 11) Leydig: Lehrbuch d. Histologie, 1857. 12) Meckel: Patholog. Anat. I Band. 13) Nauwerck: Ein Nebenpancreas. Ziegler's Beitr., 1892. 14) Neumann: Nebenpancreas und Darmdivertikel. Arch. f. Heilkunde 1870. 15) Schaffer: Wiener klin. Wochenschr. 1898. 16) Stoss: Untersuchung. über d. Entwicklung d. Verdauungsorgane. Dissertation-Leipzig, 1892. 17) Schultze: Acta natur. curios., t. I, 1727. 18) Wagner

E: Accessorisches Pancreas in d. Magenwand Archiv f. Heilkunde 1862. 19) Wiedersheim: Grundriss d. vergleich. Anatomie 1896. 20) Zenker: Nebenpancreas in d. Darmwand Virch. Archiv, 21 Bd. 1861.

* * *

IV. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z oddziału chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Doc. Dr. J. Wiczkowskiego.

Hedonal, Resaldol i Hidragogina.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski, sekund. oddziału.

(Dokończenie).

Resaldol.

Resaldol otrzymuje się przez działanie jednej drobiny chlormetyl-salicylaldehydu na jedną drobinę resorcyny. Przedstawia proszek jasnobrunatny bez smaku; nie rozpuszcza się w wodzie i w kwasach, a ogrzany powyżej 200^0 rozkłada się wśród wywiązywania gazów. Łatwo się rozpuszcza w acetonie, eterze octowym i w alkoholu; w tym ostatnim powstaje barwa brunatna z zieloną fluorescencyą; nie rozpuszcza się w eterze, chloroformie, benzolu i t. p.

Roczyn alkoholowy daje z chlorkiem żelaza zielone zabarwienie, przechodzące wkrótce w brunatno-czerwone. W zgęszczonym kwasie siarkowym i alkaliach żrących rozpuszcza się, przybierając barwę czerwoną.

Właściwie czynnym składnikiem resaldolu jest przetwór direzorcylowy, który jest smaku i zapachu nader nieprzyjemnego. Przez przemianę tego przetworu na resaldol pochodny acetylu nadaje mu się własności, ułatwiające użycie tego środka. Działanie jego rozwija się dopiero w jelitach, gdzie pod wpływem alkalicznego soku jelitowego rozszczepiają się zwolna grupy acetylowe. W jelitach więc strąca istoty klejowate i białkowe, działa więc ściągająco, a nawet w roztworach alkalicznych zachowuje własności przeciwzakaźne.

Działanie jego ma się rozciągać także na naczynia krwionośne, mianowicie ma wywoływać skurcz naczyń jelitowych, a właśnie od leku, mającego działać ściągająco w jelitach, wymagamy, aby się nie rozpuszczał ani w wodzie, ani w kwasach, a więc w soku żołądkowym, natomiast, aby się zwolna rozpuszczał w alkalicznym soku jelitowym i działał odkażająco. Przypatrzmy się, czy w naszych przypadkach resaldol odpowiedział oczekiwaniom i czy daje nam lepsze wyniki, aniżeli dotychczas znane, analogiczne środki. Ponieważ resaldol ma oddawać największe usługi w gruźlicy jelit, przeto stosowaliśmy go przeważnie w tej chorobie z tem większą ochotą, że rozwolnienia u suchotników są objawem bardzo dokuczliwym, a którego dotychczas zwalczyć nie mogliśmy. Podawaliśmy 3—4 gramów dziennie przez całe tygodnie u 8 chorych, dotkniętych gruźlicą jelit; były to chore, u których występowało rozwolnienie po każdem przyjęciu pokarmów kilka lub kilkanaście razy dziennie. Po podaniu resaldolu ilość stolców się zmniejszała — było ich 3—4 dziennie, lecz podobny skutek przynosiły podawane: bismut. salicyl., garbnikan chininowy, tanigen, tanalbina itp.

Ponieważ resaldol ma również działać odkażająco, śledziliśmy zachowanie się indykanu w moczu przed i po podaniu resaldolu i pod tym względem nasze doświadczenia nie odpowiedziały oczekiwanym skutkom; — ilość indykanu nie zmniejszała się po podaniu resaldolu.

Na podstawie więc powyższych badań możemy orzec, że resaldol chorzy dobrze znoszą, nie psuje trawienia i nie wpływa szkodliwie na nerki, ale nie jest lepszym od dotychczas znanych i używanych środków, jak bismut. salicyl., tanigen, tanoform, tanalbina, garbnikan chininowy i t. p.

Hidragogina

„neuestes und wirksamstes Diureticum" — pod tym tytułem szumnym i zachęcającym ukazał się ten przetwór w handlu przed kilku zaledwie miesiącami.

Jest to płyn barwy ciemnobrunatnej, w skład którego wchodzą: nalewka naparstnicy (10%), nalewka *strophantus* (16⅔%), scylipikryna, scylitoksyna i oksysaponina. W handlu znajduje się hidragogina w flaszeczkach 15 gramowych; aby mogła działać skutecznie, musi być zażywaną co 1—2 godziny po 10—15 kropel tak, iż w przeciągu 36 godzin chory zażyje 1.50 grm. nalewki naparstnicy i 2.50 grm. nalewki *strophantus*. Polecają podawać ten lek w wodzie selterskiej, sodowej i w mleku.

W obec tego, że składniki tego przetworu znamy, nie przedstawia on nic nowego, a przez kombinacye tych 5 środków nasercowych, z których 3 ostatnie, t. j. scylipikryna, scylitoksyna (ciała wyosobnione przez Mercka z cebuli ckliwiczej *(bulbus Scillae)*) i oksysaponina, prawie nigdy w praktyce prywatnej nie bywają używane, przetwór ten ani trochę nie stoi wyżej od zwykle używanej kombinacyi — nalewki naparstnicy z nalewką *strophantus*. Mając ten przetwór do dyspozycyi, zastósowaliśmy go w kilku przypadkach, podając chorym bądźto zaraz po wstąpieniu do szpitala, bądźteż na przemian z innymi środkami leczniczymi.

I tak podaliśmy hidragoginę chorej z rozpoznaniem: *Insuff. et stenosis mitralis in stadio incompens.* co 2 god. po 15 kropel w wodzie sodowej. Chora ta zgłaszała się kilkakrotnie do szpitala z powodu niewyrównanej czynności serca; ostatni raz w październiku b. r. Ilość moczu w pierwszych dniach pobytu wynosiła 500 ctm.^{3}; po podaniu hidragoginy wzrosła zaledwie po kilku dniach do niespełna 900 ctm.^{3}, co jednak raczej przypisywać musimy leżeniu w łóżku. U tej samej chorej po podaniu innych leków, które znacznie podniosły wydzielanie moczu, jeszcze raz zastosowaliśmy ten nowy środek, ale i tym razem bez widocznego skutku.

Podawaliśmy również hidragoginę dwukrotnie u chorej z rozpozn. *Insuff. mitr. in stadio incomp; ectasia aortae*, u której, po kilkakrotnem bezskutecznem zastósowaniu naparstnicy, podaliśmy hidragoginę, również bez najmniejszego skutku.

Stósowaliśmy wreszcie ten przetwór u chorej z rozp.: *Insuff. mitralis in stadio incompens. subsequ. dilatat. ventr. dextri cordis, — insuff. relat. valv. tricusp.* U chorej tej dopiero od 3 tygodni wystąpiły stale obrzęki; po zastosowaniu naparstnicy i innych leków nasercowych, podaliśmy hydragoginę, spodziewając się, że tak zachwalany środek moczopędny podniesie przecież w tak świeżem niewyrównaniu czynności sercowej wydzielanie moczu, które w 24 god. dochodziło zaledwie do 750 ctm.^{3}; atoli spotkał nas i tu zawód, jak i w kilku innych przypadkach niewyrównanych wad serca.

To też streszczając wyniki leczenia hidragoginą, musimy powiedzieć, że kombinacya tych 5 środków, składających hidragoginę, w niczem nie stoi wyżej od naparu lub nalewki naparstnicy lub nalewki *strophantus* i ich kombinacyi i że tam, gdzie naparstnica i *strophantus* nie działają, i hidragogina nie zadziała.

V. Wyciągi.

Koch. **Wyniki wyprawy dla zbadania zimnicy.** II. *(Deutsch. med. Wochs.* 1900 Nr. 50). W zimnicy nieleczonej stają się z czasem napady coraz rzadsze i słabsze (w czem K. dopatruje już wpływu nabytej odporności), wreszcie znikają, wraz z niemi nie znika jednak zakażenie zimnicze z ustroju, gdyż prócz obrzęku śledziony, niedokrewności i t. d. można jeszcze i wówczas wykazać we krwi pasorzyty, i to właśnie te ich postacie, które są początkiem dalszego rozwoju pasorzyta w ustroju moskitów, a więc w trzeciaczce i czwartaczce tzw. „sfery", w zimnicy podzwrotnikowej — „półksiężyce". Takie przypadki zimnicy „utajonej" spotyka się naj-

częściej u dzieci, rzadziej u dorosłych. W zwalczaniu zimnicy należy zwracać największą uwagę na tę właśnie zimnicę „utajoną“, o której chorzy nic najczęściej nie wiedzą. — podobnie, jak w zwalczaniu cholery, dżumy i t. d. bacznej uwagi wymagają właśnie przypadki najlżejsze, które łatwo przeoczyć, a które mogą rozwlec zarazę.

Oprócz zwalczania zimnicy „utajonej“ u ludzi, ważnem w tej sprawie jest zagadnienie, gdzie, prócz u ludzi, znajdują się pasorzyty zimnicy. K. sądzi, że żyją one tylko jeszcze u komarów (*anopheles*), a to z następujących powodów. Nie powiodło się dotąd wykazać pasorzytów zimnicy ludzkiej u żadnych zwierząt (nie wyjmując małp i nietoperzy, w których krwi żyją pasorzyty podobne. ale nie takiesame), ani też przeszczepić ludzkich pasorzytów na zwierzęta i odwrotnie. Obecnie znów bez skutku próbował K. zakażać zimnicą ludzką małpy na Jawie i N. Gwinei. Wreszcie powiodło się Kochowi wytępić zimnicę wśród robotników w Stephansort, chociaż w zastosowanych środkach miał na względzie tylko pasorzyty zimnicze krwi ludzkiej.

Mogąc wykazać pasorzyty w najbardziej nawet „utajonych“ przypadkach zimnicy i wygubić je, jak K. utrzymuje — napewno, zapomocą chininy, mamy też w ręku środki do zwalczenia zimnicy, jako choroby pospólnej. Należy tylko wyszukiwać wszystkie pojedyncze przypadki zimnicy i odpowiednio je leczyć. Do tego jednak potrzeba, aby lekarze nauczyli się badać krew co do pasorzytów zimnicy i owładnęli tak dokładnie sposób leczenia chininą, aby chorych napewno uchronić od nawrotów. Koniecznie też trzeba ubogim chorym dostarczać chininy bezpłatnie, jak to się dzieje w Indyach holenderskich i angielskich, gdzie chininę wydają bezpłatnie wszystkie urzęda pocztowe, co warto zastosować tam, gdzie apteki są rzadko rozrzucone. Jaki wpływ wywiera na zimnicę liczba lekarzy i łatwość otrzymania chininy, dowodzą Niemcy północne, gdzie zimnica dotykała jeszcze w r. 1869 — 54·5‰ wojska, w r. zaś 1897 już tylko 0·45‰. W Poznaniu liczba przypadków zimnicy wśród żołnierzy spadła na 29 w. r. 1897 z 1032 w r. 1885. Podobnie stało się z ludnością cywilną, choć tutaj nie rozporządza K. dokładną statystyką. Sama poprawa stosunków higienicznych nie tłómaczy tego zmniejszenia się zimnicy; zresztą regulacya rzek, osuszenie bagien i t. p. ważne higieniczne środki nie wywarły znaczniejszego wpływu na właściwego roznosiciela zimnicy, gdyż i dziś znajduje się *anopheles* obficie wszędzie tam, gdzie znajdował się dawniej. Jedynie taniość, a przez to dostępność chininy i wzrost liczby lekarzy mogą tłómaczyć ustępowanie zimnicy w latach ostatnich. W Niemczech toczyła się walka z zimnicą napół nieświadomie, toteż na wynik czekać było trzeba lat dziesiątki; świadome celu zwalczanie zimnicy osiąga skutek znacznie szybciej, jak dowodzi wytępienie tej choroby w Stephansort zapomocą odszukiwania wszystkich przypadków zimnicy przez systematyczne badanie krwi ludności i zapomocą leczenia chininą. Postępowanie takie jest czemś innem, niż tzw. „zapobiegawcze“ podawanie chininy, które nie dałoby się zresztą w praktyce zastosować, gdyż wymaga podawania chininy wszystkim bez wyjątku mieszkańcom zakażonej okolicy. Postępowanie Kocha zupełnie nie uwzględnia roli moskitów; zresztą, zdaniem K., wszelkie środki dla wytępienia lub uchronienia się od komarów, jak polewanie wód, w których lęgną się one, naftą, nacieranie ciała różnymi środkami, zamykanie otworów w mieszkaniach siatkami i t. d. nie działają na pewno (odmiennego zdania są badacze włoscy *przyp. spr.*) i nie dadzą się zastosować na szerszą skalę.

Lecząc zimnicę, (przepisy swoje podaje K. odnośnie do krajów podzwrotnikowych), należy koniecznie zbadać krew co do pasorzytów w czasie napadu i między napadami; pożądane jest regularne (conajmniej co 3, jeśli można co 2 godziny) mierzenie ciepłoty ciała. Środkiem leczniczym jedynym jest chinina; częściowo może ją zastąpić tylko błękit metylowy, działający znacznie wolniej, ale ostatecznie konieczny w przypadkach idyosynkrazyi chininowej. Wszelkie inne środki są, zdaniem K., bez wartości. Używać należy jak najlepszych gatunków chininy, co ważne jest ze względu na dość częste zafałszowania (głównie skrobią). K. najwyżej stawia *chin. muriaticum;* najlepiej podawać ją w rozczynie (*corrigens* najlepsze — kawałek cukru po zażyciu); jeżeli podaje się w proszkach, to najlepiej w opłatku: inne sposoby podawania, jak torebki gelatynowe, kołaczyki, [a zwłaszcza pigułki, są niestósowne, bo albo zawierają zamało leku, albo są trudno rozpuszczalne. Pamiętając o tem, że chinina rozpuszcza się tylko w kwasach, nie należy jej podawać w przypadkach chorób żołądka, przebiegających ze zmniejszeniem kwasoty, inaczej, jak zalecając popić dawkę wodą z kw. solnym lub stosując podskórnie (jako *chinin. bimur. carbam.* w dawce o połowę mniejszej, niż *per os.*). Najlepiej podawać chininę wewnętrznie po lekkim posiłku zrana, co zresztą godzi się ze starą zasadą podawania jej na 4—5 godz. przed napadem (zjawiającym się zwykle koło południa). Dorosłym podawać trzeba najmniej 1 grm.; jeżeli to osłabi lub usunie napad, to podaje się tyleż co rano dni następnych; jeżeli napadu nie usunie i nie osłabi, to K. podaje 1·5—2 grm. U dzieci niżej roku zadawał K. 1 ccm. 1% rozczynu, u starszych tyle ccm., ile lat liczą. Nawrotom najpewniej zapobiedz można, podając stale co 5 dni po 1 grm. (u dorosłych) zrana, ile możności w rozczynie. (Reszta sprawozdania odnosi się do innych chorób podzwrotnikowych, jak beri=beri i t. p.) *Ciechanowski.*

Lohnstein (Berlin). **W sprawie odczynu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem jego zapaleniu, i wpływ tej wydzieliny na żywotność plemników.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 52, 1900). Na podstawie licznych badań, wykonanych na 500 przypadkach chorobowych, dochodzi autor do wyniku, że a) wydzielina gruczołu krokowego, zajętego przewlekłem zapaleniem, po większej części oddziaływa kwaśno (dotychczas uważano za regułę oddziaływanie alkaliczne), b) zawartość ropy w wydzielinie nie wpływa wielce na jej kwasotę; c) oddziaływanie to niema wielkiego znaczenia dla zdolności życiowej plemników i d) zastój wydzieliny jądrowej prawdopodobnie podnosi czynność gruczołu krokowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Litten (Berlin). **W sprawie zwyrodnienia skrobiowatego z szczególnem uwzględnieniem nerek.** (*Berlin. klin. Wochenschrift.* Nr. 51 i 52, 1900). Cierpienie, o którem mowa, rozwija się najczęściej na tle już istniejącego charłactwa, wywołanego długotrwającemi chorobami (gruźlica, zołzy, ropienia skóry, kości, błon śluzowych, kiła, nowotwory, wreszcie otoki ropne, ropnie płucne i t. d.), — szczególnie zaś, jeśli do ognisk ropnych, znajdujących się wewnątrz ustroju, jest ułatwiony dostęp powietrza przez istniejące przetoki (Bartels). Nie mniej także może się wyjątkowo rozwinąć skrobiawica u osobników zupełnie zdrowych, jak to wykazują wprawdzie nieliczne, ale niewątpliwie stwierdzone przypadki. Z szczególnem upodobaniem usadawiają się zmiany skrobiowate w nerkach i śledzionie; ostatnia jest prawie zawsze chorobowo zmieniona (na 100 przypadków 98 razy), — jakkolwiek przypadkowe niezajęcie nerek przy ogólnej skrobiawicy zdarza się bardzo rzadko. Przechodząc do objawów, znamionujących to cierpienie, należy na pierwszem miejscu postawić puchlinę wodną tak w poszczególnych jamach ustroju, jak i na kończynach; dalej biegunkę, której przyczyny leżą w zwyrodniałych kosmkach i wrzodach jelitowych lub w zastoju krwi w zakresie żyły wrotnej. Do tego ogólnego obrazu chorobowego dołącza się często i wątroba, która bywa czasem dwa razy tak wielka, jak w stanie prawidłowym. Wymioty pojawiają się rzadko. W skrobiawicy nerek odróżnia autor 3 postacie: a) czystą nerkę skrobiowatą; b) zwyrodnienie skrobiowate obok przewlekłego miąższowego zapalenia nerek (wielka nerka biała): c) nerka skrobiowata zanikająca. Prawidła etyologiczne są dla tych postaci zupełnie te same, jak i dla ogólnej skrobiawicy; — wśród jakich zaś warunków jedna lub druga postać się rozwija, to nie da się dotychczas napewno rozstrzygnąć. Dalsze wywody tej wyczerpująco opracowanej rozprawki tyczą się obszernie skreślonych zmian drobnowidowych, które nie nadają się do krótkiego streszczenia. *Dr. Henryk Pisek.*

Benda. **Przyczynki do histologii normalnej i patologicznej przysadki mózgowej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1900, Nr. 52). Ze względu na zmiany patologiczne zasługuje na uwagę głównie przedni płat przysadki, złożony z właściwego utkania gruczołowego i rozwijający się z ektodermu, płat tylny bowiem jest częścią mózgu, złożoną z niezupełnie rozwiniętej neuroglii, włókien nerwowych bezrdzennych i obfitujących w barwik komórek zwojowych. Na granicy obu płatów leżąca tzw. substancya rdzenna zbudowaną jest z pęcherzyków gruczołowych, wysłanych jednowarstwowym nabłonkiem i mieszczących w swem wnętrzu koloid, co razem przypomina budowę gruczołu tarczykowego. Reszta płatu przedniego przysadki składa się z rozgałęziających się pasm nabłonkowych. Komórki przedniego płatu przysadki zawierają silnie się barwiące ziarna substancyi białkowatej. Ziarna te, jak stwierdza B. wbrew dawniejszym zapatrywaniom, znajdują się w stanie prawidłowym we wszystkich komórkach, tylko w różnej ilości, i są zdaniem B., właściwym produktem wydzielniczym przysadki (Secret): natomiast koloid, znajdujący się w pęcherzykach tzw. substancyi rdzennej jest, zdaniem B., bezużyteczną dla ustroju wydaliną (Excret). B. sądzi, że komórki, zawierające ziarnka, są tym właśnie składnikiem przysadki, którego stan pozwoli jednolicie oceniać prawidłową czynność i chorobowe zaburzenia tego narządu. B. stwierdził mianowicie, że wahania ilościowe w wydzielaniu ziarn są zmianami „sui generis“, niezależnemi od innych schorzeń przysadki (ropni, ognisk rozmiękczynowych, nadmiaru koloidu itd. I tak znaczne zmniejszenie wydzielania ziarn znalazł B. w przysadkach (zresztą powiększonych w całości) u matołków, — w połączeniu z zanikiem przedniego płatu w 3 przypadkach choroby Basedowa, wreszcie prawie zupełny brak ziarn spotkał B. w komórkach przysadki karła. — Naodwrót w 4 przypadkach akrome-

galü spotkał B. nowotwory przysadki, złożone z komórek, pochodnych od komórek przysadki i zawartością licznych ziarn dowodzące, że odbywa się w nich wzmożona czynność wydzielnicza. B. wstrzymuje się od wszelkich wniosków o związku zmian przysadki z zaburzeniami wzrostu, w szczególności rozwoju kośćca; sądzi bowiem, że dotyczące spostrzeżenia nie są dość liczne i stanowcze i że wysnutym z nich przypuszczeniom brak najważniejszego tj. doświadczalnego dowodu. *C.*

Krompecher. **Badania nad działaniem sposobu Landerera u zwierząt gruźliczych i nad jadowitością prątka gruźliczego.** *(Annales de l' Institut Pasteur*, 1900, Nr. 11). Landerer oparł swój sposób leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym i jego przetworami na doświadczeniach Richtera, który wstrzykiwał kw. cynamonowy 10 królikom, zakażonym gruźlicą. Wnioski, do jakich doszedł Richter, wymagały sprawdzenia nietylko dlatego, że liczba doświadczeń jest bardzo mała, ponieważ z owych 10 królików 3 padły przedwcześnie, ale także dlatego, że do porównania użył Richter tylko jednego królika, którego po zakażeniu gruźlicą nie leczył wcale: nadto królik ten padł po 7 miesiącach, sekcyi jego wcale nie robiono (!), a zwierzęta „leczone“ zabito już po 6 miesiącach. W rzeczywistości więc Richter wcale nie dokonał badań porównawczych: znalezione przez niego przy sekcyi zwierząt zakażonych i „leczonych“ niewielkie i jakby zabliźniające się zmiany gruźlicze mogły zależeć nie od korzystnego działania użytego leku, ale od małej jadowitości użytej hodowli prątka gruźliczego. Jestto tem prawdopodobniejsze, że jedyny królik, dla porównania nie leczony, padł dopiero po 7 miesiącach, gdy zazwyczaj zwierzęta, zakażone śródżylnie prątkami gruźliczymi jadowitymi, padają najdłużej po 3 miesiącach. Z tych wszystkich powodów podjął K. liczne doświadczenia z wstrzykiwaniem śródżylnem zwierzętom gruźliczym cynamonianu sodoweg., zalecanego w ostatnich czasach przez Landerera w miejsce kwasu cynamonowego: dla porównania użył K. w każdym szeregu doświadczeń równej liczby zwierząt leczonych i nieleczonych. W doświadczeniach tych stwierdził K. zgodnie z Richterem i innymi, że wstrzykiwania śródżylne cynamonianu sodowego wywołują u zwierząt w ciągu 3—4 godzin bardzo znaczną leukocytozę i przekrwienie szpiku kostnego; zjawisko to występuje u zwierząt gruźliczych, zarówno, jak u zdrowych. Dalej stwierdził K., że pod działaniem cynamonianu sodowego, zarówno u zdrowych, jak u gruźliczych zwierząt następuje po pewnym czasie pomnożenie łącznotkankowego podścieliska płuc, wreszcie, że zwierzętom zdrowym wstrzykiwania śródżylne tego środka nie szkodzą. Natomiast wstrzykiwania cynamonianu sodowego, stosowane zapobiegawczo, nie chronią zwierząt wcale przed późniejszem zakażeniem gruźliczem: zwierzęta naprzód zakażone jadowitymi prątkami, a potem leczone sposobem Landerera, padają na gruźlicę równie szybko i przedstawiają tesame zmiany, co zwierzęta nieleczone. U zwierząt, zakażonych jadowitymi prątkami gruźliczymi, nie dostrzega się po leczeniu sposobem Landerera ani śladu spraw, mogących doprowadzić do wyleczenia zmian gruźliczych. Doświadczenia te wraz z faktem, że królik zakażony i nieleczony w doświadczeniu Richtera padł dopiero po 7 miesiącach, dowodzą, zdaniem K., stanowczo, że Richter posługiwał się w swoich badaniach prątkiem gruźliczym nie dość jadowitym i że błędnie przypisywał kwasowi cynamonowemu wyleczenie, które następowało samoistnie.

Wyniki te zachęciły K. do zbadania, czy i czem różnią się od siebie zmiany, wywołane u zwierząt przez prątki gruźlicze o różnej jadowitości, bardzo jadowite i wcale nie jadowite, żywe i zabite zapomocą wysokiej ciepłoty, przez prątki gruźlicy ludzkiej i rybiej; dalej, jak oddziaływują zwierzęta w ten sposób zakażone na wstrzykiwanie tuberkuliny zwykłej, oraz tuberkuliny, wytworzonej z hodowli prątków o rozmaitej jadowitości. Okazało się, że bardzo jadowity prątek gruźliczy zabija króliki po wstrzyknięciu śródżylnem najdalej w ciągu miesiąca, przyczem powstające ogniska gruźlicze szybko ulegają zserowaceniu: natomiast prątek niejadowity i prątek gruźlicy rybiej nie wywołują napozór żadnej choroby, a u zabitych po pewnym czasie zwierząt znajduje się niewielkie, głównie drobnowidowe zmiany w postaci gruzełków, złożonych z komórek olbrzymich i skąpego nacieku drobnokomórkowego. Słabo jadowite prątki wywołują zmiany znaczniejsze, dostrzegalne gołem okiem i często otaczające się torebką włóknistą. Jeżeli użyć hodowli gruźliczych, zabitych przez ogrzewanie do 120° C., to hodowle, które były bardzo jadowite, wywołują już po upływie 3 tygodni powstawanie gruzełków, widocznych gołem okiem i ulegających zserowaceniu, jednakże tylko w miejscach, zakażonych bezpośrednio: prątki niejadowite nie wywołują żadnych zmian ani makro- ani mikroskopowych. Okazuje się z tego, że gruźlica może powstać bez udziału żyjących prątków gruźliczych, a tylko przez działanie prątków nieżywych (przedtem odpowiednio jadowitych); taka gruźlica „toksyczna“ jednakże nie uogólnia się, ograniczając się do miejsc, bezpośrednio zakażonych, czyli pozostaje sprawą miejscową. — Zwierzęta, którym wstrzyknięto prątki jadowite, bądź żywe, bądź martwe, oddziaływały na wstrzykiwania zwykłej tuberkuliny podniesieniem się ciepłoty przynajmniej o 1° C., natomiast zwierzęta, szczepione prątkami niejadowitymi, oddziaływały wzniesieniem ciepłoty conajwyżej o kilka dziesiętnych stopnia. Tuberkulina, uzyskana z prątków jadowitych, podnosiła ciepłotę zwierząt gruźliczych zawsze przynajmniej o 1° C. już w dawce 0·1—3 miligramów: tuberkulina, uzyskana z hodowli niejadowitych, albo nie zmieniała ciepłoty, lub tylko najwyżej o kilka dziesiętnych stopnia. *Ciechanowski.*

Bienstock. **O roli bakteryi jelitowych.** *(Annal. de l'Instit. Pasteur*, 1900, Nr. 11). Z bardzo ciekawych badań B., dotyczących współzawodnictwa bakteryi, stale znajdujących się w jelitach, z mikrobami, które przypadkowo do jelit się dostały, zasługuje na uwagę przedewszystkiem jeden szczegół, nie pozbawiony doniosłości praktycznej. W r. z. opisał B. t. zw. »*bacillus putrificus*«, wywołujący bardzo szybko gnicie włóknika i zauważył przytem, że działanie tego prątka zupełnie ustawało lub słabło znacznie w obecności prątka okrężnicy *(b. coli)* i *b. lactis aërogenes*. Wpływ obu tych prątków jeszcze wybitniej występował w mleku, które w stanie surowym, jak to dawno zauważono, powstrzymuje gnicie. B. przekonał się, że mleko wyjałowione i zakażone *b. putrificus* gnicia nie powstrzymuje: jeżeli do mleka tego zaszczepić prócz tego prątka prątek okrężnicy, to działa ono jak mleko surowe, t. j. powstrzymuje gnicie umieszczonego w niem włóknika, niewątpliwie wskutek współzawodnictwa rozwijających się w niem obu gatunków bakteryi. Spostrzeżenie to ma wagę dla żywienia dzieci w chorobach przewodu pokarmowego. Wszak według badań Eschericha i in. rozwijające się w treści jelitowej sprawy nie przebiegają przypadkowo, ale według pewnych prawideł, i tak w zapaleniach mieszkowych stale powstaje silne gnicie z zasadowym odczynem kału, w nieżytach jelita cienkiego wytwarza się nadmierna ilość kwasów i t. d. Żywienie mlekiem wyjałowionem w obu razach musi być szkodliwe: szczególnie w zapaleniach mieszkowych sprzyja ono sprawom gnilnym. Mleko wyjałowione znosić może bez szkody tylko zdrowy przewód pokarmowy, zawierający prawidłową florę bakteryjną, która zastępuje przy żywieniu mlekiem bakterye „użyteczne“, znajdujące się w mleku surowem. Wprawdzie mleko, zwane w handlu wyjałowionem, najczęściej wcale nie jest jałowem; jednakże te bakterye, które w takiem niby-jałowem mleku się spotyka, właśnie rozkładają mleko, sprowadzając jego peptonizacyę, albo gnicie i czynią je tem szkodliwszem. Ponieważ niepodobna mleka tak wyjałowić, aby zniszczyć w niem tylko bakterye chorobotwórcze, a zachować te, które przeciwdziałają gniciu, przeto należy przywrócić mleku wyjałowionemu przeciwgnilne (w ścisłem słowa znaczeniu) własności mleka surowego. Zakażanie umyślne mleka wyjałowionego prątkiem okrężnicy byłoby trudne i niewygodne; natomiast można je rozcieńczać w podobnym celu zwykłą, niegotowaną, dobrą wodą do picia, która, nawet gdy jest najlepszą, zawiera zwykle prątek okrężnicy, a nawet *b. lactis aërogenes*. Dodając wody takiej (z wodociągu w Mülhuzie) do mleka, zakażonego *b. putrificus*, zdołał B. zupełnie powstrzymać gnicie. Zatem niewielki dodatek dobrej wody do picia może, zdaniem B., przywrócić mleku wyjałowionemu korzystne własności mleka surowego bez jego wad. *C.*

Marx. **O zastosowaniu znieczulenia rdzeniowego w położnictwie.** (*Klin. therap. Wochens.* 1900). Autor zastosował w 40-tu przypadkach znieczulenie rdzeniowe bez szkody dla matek i dzieci. Wstrzykiwania wykonuje albo w położeniu siedzącem z silnem nachyleniem ku przodowi, przez co silnie się kręgosłup ku tyłowi wygina, albo w leżącem, uginając kręgosłup tak, aby okolica lędźwiowa silnie ku tyłowi się wypukliła. W obu położeniach przez takie wygięcie kręgosłupa odstępy międzykręgowe stają się szersze. Oczyściwszy należycie cały grzbiet, kładzie palec duży lewej ręki na wyrostku kolczastym 5-go kręgu lędźwiowego, następnie ręką prawą wbija igłę 10 ctm. długą, należycie odkażoną, tuż nad palcem i nieco na zewnątrz tak, że kierunek palca z linią wkłócia tworzy kąt 165 stopni. Igłę prowadzi od dołu ku górze i nieco od zewnątrz ku wewnątrz. Z chwilą kiedy dojdzie do kanału rdzeniowego, zaczyna z igły wypływać czysty płyn, (wypływająca krew dowodzi, że jesteśmy na zewnątrz kanału): teraz nakłada strzykawkę i wpuszcza 10—15 kropli 2% rozczynu kokainy, a więc 0·010—0·015. Po 2—15 minutach powinno wystąpić znieczulenie, które poznaje po braku reakcyi na pociąganie i szczypanie warg mniejszych: jeżeli w tym czasie znieczulenie nie wystąpi, powtarza wstrzykiwania aż do ilości 0·045 alkaloidu. Działanie znieczulające polega na bezpośredniej styczności rozczynu kokainy z splotem lędźwiowym i na szybkiem wessaniu przez rdzeń i jego osłony. Przy znieczuleniu tem macica kurczy się zupełnie prawidłowo, tylko bez odczucia bólu ze strony rodzącej, dobrowolne bóle parte nie występują, rodząca prze

wtenczas, kiedy się jej powie. Przy zabiegach operacyjnych zupełnie nic nie czuje, zwłaszcza wtenczas, gdy się usunie wpływ psychiczny.

W razie wystąpienia objawów zatrucia, n. p. nudności, wymiotów, potów, bólu głowy, dreszczy, lub podniesienia ciepłoty poleca autor podać nitroglicerynę w ilości 0·0006, albo wstrzyknąć podskórnie *hyoscinum hydrobromicum* w ilości 0·0003.

Jako wskazania do zastosowania znieczulań rdzeniowych autor wymienia usunięcie bólów porodowych: tam, gdzie nie można użyć uśpienia chloroformowego, ani eterowego; gdy niema kto usypiać, a trzeba wykonać operacyę; przy drgawkach, aby przez badanie uniknąć napadów, a wreszcie w posocznicy, gdzie uśpienie chloroformowe ze względu na serce i nerki byłoby niebezpieczne.

Jedyne niebezpieczeństwo, jakie przy znieczuleniu tem mogą powstać, t. j. zatrucie, usuwa przeciwtrutka, n. p. *hyoscinum hydrobromicum*. *P.*

Bokay (Peszt): **Przyczynek do nauki o uchyłkach cewki moczowej u chłopców.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*. T. 52. Zeszyt 2). Uchyłek cewki moczowej jest to zagłębienie, komunikujące z cewką moczową, a zawierające mocz. Zależnie od tego, czy ściana wewnętrzna pokryta błoną śluzową lub tkanką komorkową, odróżniamy uchyłki prawdziwe i wrzekome. *A*) Prawdziwe uchyłki mogą być: 1) wrodzone lub 2) nabyte, a te ostatnie: α) spowodowane przez kamień moczowy; i β) przez zwężenie uorganizowane. *B*) Uchyłki wrzekome powstają przez: 1) zwężenie lub wewnętrzne zranienie cewki, kamień moczowy lub sztuczny zabieg i temi okolicznościami spowodowany ropień w sąsiedztwie cewki, który do ściany jej się przebija i tworzy uchyłek. 2) Niezależnie od cewki rozwija się, n. p. przez uraz zewnętrzny, ropień w bliskości cewki i ten stanowi uchyłek. Uchyłki wrodzone u chłopców są bardzo rzadkie. Autor podaje opis trzech przypadków uchyłków prawdziwych z praktyki własnej, i przytacza 11 przypadków, opisanych w literaturze. Chorzy (11) byli w wieku od 1—59 lat, a z tych siedmioro dzieci. Według autora najważniejszem pytaniem jest rozstrzygnięcie, czy uchyłki w przypadkach opisanych były wrodzone, czy nabyte. I rozstrzyga je w ten sposób, że w jednym własnym i pięciu innych cierpienie było bezsprzecznie wrodzone; w dwóch dalszych własnych i trzech innych jest wątpliwem, czy była to wada wrodzona; dalsze przypadki, spostrzegane w późniejszym wieku, nasuwają pewne wątpliwości, aczkolwiek autorowie, opisujący te przypadki, uważają je stanowczo za wrodzone. *Jan Landau.*

W. P. Inwatscheff. **Leczenie rzeżączki przepłókiwaniami zapomocą cewnika nowego pomysłu.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis LII Band. 3 Heft*). Leczenie rzeżączki sposobem, podanym przez Janeta, wywołuje niejednokrotnie powikłania, pochodzące ztąd, że nieraz nie możemy przy leczeniu rzeżączki części przodowej, nawet przy największej wprawie technicznej, uniknąć dostania się płynu do pęcherza. W ten sposób rzeżączka, — która się ograniczała, w czasie gdy leczyć tym sposobem zaczęliśmy, do części przodowej, — zajmuje cześć tylną, lub nawet błonę śluzową pęcherza, a zapalenie przyjądrza i gruczołu krokowego przydarza się niezbyt rzadko. I dlatego lekarze, wychwalający początkowo świetne wyniki z leczenia tym sposobem, ochłódli później w zapale, a tyczy się to i samego autora tego sposobu leczenia; inni, jak Starke, twierdzą nawet, że nie daje on lepszych wyników od leczenia zwyczajnemi wstrzykiwaniami.

Inwatscheff, chcąc uniknąć wspomnianych powikłań, obmyślił przyrząd, podobny z kształtu do cewnika metalowego, długości 12 cm. z dziobem, wynoszącym 2 cm., grubości N. 16—18 skali Charriera. Przyrząd ma w osi podłużnej kanał, z boku zaś znajdują się rynienki z licznymi otworkami: przy użyciu łączymy go z irygatorem, napełnionym płynem leczniczym. Przesuwając przyrząd powoli od tyłu ku przodowi, działamy łokiem na dowolny odcinek cewki; płyn zużyty wydostaje się przez otworki w rynienkach na zewnątrz, obok cewnika: unikamy w ten sposób wtargnięcia płynu do pęcherza.

Nowego sposobu leczenia używał autor w 90 przypadkach rzeżączki świeżej i przewlekłej. Przepłókiwania robiono codziennie; — ilość użytego na raz płynu wynosiła litr. Większa liczba chorych była leczoną rozczynem nadmanganianu potasowego 1:4000 i azotanu srebrowego 1:6000; u reszty używał autor rozczynu fizyologicznego soli kuchennej i rozczynu sublimatu 1:1000. Okazało się, że rozczyn soli kuchennej nie szkodzi, ale i nie pomaga; rozczyn sublimatu w wysokim stopniu drażni cewkę i wywołuje powikłania, (niekorzystny wpływ rozczynów sublimatu na cewkę, nawet w rozcieńczeniu znacznie słabszem, niż używał autor, oddawna jest nam znany (*przyp. ref.*), natomiast rozczyny nadmanganianu potasowego i azotanu srebrowego, tak w rzeżączce świeżej, jak i przewlekłej działały bardzo dobrze; przy codziennem płókaniu w ciągu kilku tygodni sprawa chorobowa ustępowała, przyczem dodać trzeba, że powikłania ani razu nie było (z wyjątkiem u chorych, leczonych rozczynem sublimatu, co niekorzystnemu działaniu leku na cewkę, a nie sposobowi, w jaki został wprowadzony, przypisać należy).

Opisany przyrząd wyrabia Schapligin (St. Petersburg, Erbsenstrasse, 49), w cenie po 3 ruble. *Dr. Władysław Żydłowicz.*

Schleissner Felix. **Strupień woszczynowaty u noworodków.** (*Archiv für Dermat. u. Syphilis Band LIV, 1 Heft* 1900). Najczęściej strupień woszczynowaty nagabuje dzieci pomiędzy trzecim a szóstym rokiem życia; u noworodków występuje nadzwyczaj rzadko. Dotychczas opisano dwa takie przypadki (Desmet u 14 dniowego i Auger u 6 tygodniowego dziecka). Autor miał sposobność spostrzegać dwa przypadki tej choroby u niemowląt nowonarodzonych. Jeden dotyczył dziewięciodniowego dziecka, którego matka od wielu lat cierpiała na strupień woszczynowaty skóry głowy w okolicy potylicznej; tak u dziecka, jak i u matki stwierdzono rozpoznanie drobnowidowo i przez hodowlę sztuczną (*Achorion* Schönleini). Gdy tylko chorobę stwierdzono, natychmiast oddzielono matkę i dziecko od innych chorych; pomimo tego uległo tej chorobie niemowlę, przebywające przez jeden dzień dzieckiem chorem we wspólnem łóżeczku z powodu przepełnienia w zakładzie.

Jak z opisu tych dwóch przypadków wynika, przebieg strupienia u noworodków różni się od przebiegu u dzieci starszych i u dorosłych. U niemowląt nowonarodzonych choroba rozpoczęła się na skórze twarzy i czoła, na miejscowych ogniskach, które rozprzestrzeniały się nadzwyczaj szybko tak, że w kilkunastu dniach choroba zajęła skórę policzków, uszów, szyi, a wreszcie przeniosła się na tułów. Cierpienie to znamionuje się zmianami, które Pick nazywa »*favus maculosus*«, a które przedstawiają się jako płaskie, bladoróżowe, ściśle ograniczone ogniska, szerzące się szybko w obwodzie, w środku nieco bledsze, o brzegach zaczerwienionych, pokryte łuszczącym się naskórkiem (zmiany chorobowe, jak widzimy, zupełnie podobne do liszaja wyłysiającego; *przyp. refer.*) Zatem wejrzenie i przebieg różnią się bardzo od tej samej choroby, spostrzeganej u dzieci starszych i u dorosłych (*favus scutularis*).

Na opisanych przypadkach stwierdzić było można, że okres wylęgania w tej chorobie trwał 8 i 6 dni, co zgadza się z wynikami, otrzymanymi przez sztuczne szczepienie.

Dr. Władysław Żydłowicz.

Dr. H. Dettmer. **Uwagi bakteryologiczne, tyczące się odkażania rąk, ze szczególnem uwzględnieniem rękawic gumowych.** (*Arch. Langenbecka* T. 62. Z. II). Własne doświadczenia autora zgodnie z wynikami badań innych wykazały, że nie mamy metody, którąby napewno i zupełnie ręce wyjałowić się udało. Dlatego za słuszny i potrzebny uznaje autor wynalazek rękawic. Lecz od tych ostatnich żąda, aby były zupełnie nieprzepuszczalne dla bakteryj, aby się łatwo i pewnie dały wyjaławiać, a w razie przypadkowego zanieczyszczenia podczas operacyi, aby je łatwo napowrót uczynić można jałowemi. Warunkom tym odpowiadają rękawice gumowe Friedricha, gdyż z całą pewnością wyjałowić je można w prądzie pary, a w razie zanieczyszczenia podczas operacyi wystarcza wypłókanie ich w ciągu $^1/_2$—1 minuty w wodzie jałowej, aby się napowrót jałowemi stały. Przeszkadzają wprawdzie nieco podczas operacyi, — niedogodność tę jednak można usunąć tylko przez przyzwyczajenie się. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Sagabiel (Getynga). **Spostrzeżenia nad działaniem naftalanu w wypryskowych schorzeniach ucha zewnętrznego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Korzystne wyniki otrzymał autor, stosując maść naftalinową w 40 przypadkach powyższego cierpienia skórnego. Srodek ten jest tem bardziej polecenia godnym, ponieważ sposób jego użycia jest nader prosty: bez usunięcia strupów, lub jakichkolwiek pęcherzyków, przykłada się maść naftalanową raz dziennie na schorzałą okolicę ucha, a na to opatrunek zwykły. *Pisek.*

Stekel (Wiedeń). **W sprawie postępowania zapobiegawczego i leczniczego przeciw rzeżączce u mężczyzn.** (*Klinisch therap. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). Na podstawie całego szeregu doświadczeń zaleca autor w celu leczenia rzeżączki rurki żelatynowe, wypełnione $^1/_2$% do 1% wazeliną protargolową. Dzióbek rurki wkłada się wprost do ujścia zewnętrznego cewki moczowej, wgniatając doń cośkolwiek z powyższej mieszaniny, poczem przytrzymuje się ujście cewki dwoma palcami i lekkim mięsieniem rozciera się maść aż po opuszkę. Takie samo postępowanie zaleca

się w celu zapobiegawczym: po każdem spółkowaniu podejrzanem wgniata się drobną ilość wazeliny protargolowej do cewki. Dotychczasowe wyniki były w jednym i drugim kierunku bardzo dobre i wielce zachęcające. *Pisek.*

Eupiryna. *(Wien. med. Blätter;* 1900). Nowy ten środek, wynaleziony przez Dra Overlacha przedstawia się w igiełkach barwy blado żółto-zielonawej, o lekkim zapachu wanilowym, zupełnie bez smaku. Eupiryna topi się przy 87—88°C., rozpuszcza się trudno w wodzie, bardzo łatwo atoli w wyskoku, eterze, chloroformie, a w połączeniu z niektórymi kwasami wytwarza sole. Przez doświadczenia porównawcze na zwierzętach stwierdzono, że eupiryna jest lekiem nie trującym. W przeszło 50 przypadkach chorobowych przekonano się o nieszkodliwości eupiryny, a dawkę 1·5 dla dorosłych uważa autor za wystarczającą do szybkiego obniżenia ciepłoty, przyczem jednak nie zauważono żadnych objawów działania ujemnego. Po użyciu 1·5 ciepłota opada o 2 stopnie. Do podawania tego środka nie potrzeba żadnych osłonek, gdyż chorzy chętnie przyjmują go wprost, lub z nieco wody, a z powodu przyjemnego zapachu i dzieci biorą go chętnie. Eupirynę możemy podawać śmiało nawet w przypadkach rozpaczliwych u silnie gorączkujących, bez obawy o zapad specyalnie poleca O. ten środek dla dzieci; — u starszych zaś w gorączkach wyniszczających, uwiądzie i t. d. *Dr. Adam Dobrowolski.*

O itrolu *(Annali di Ottalmol.* 1900). Po licznych doświadczeniach z itrolem w rzeżączkowem zapaleniu spojówek u dzieci i noworodków przychodzi Dr. Luciani do następujących pewników: Itrol jednoczy w sobie własności ściągające i odkaźne, wyższe od wszystkich dotychczas znanych środków, nie wyłączając nawet azotanu srebrowego. Ma on prócz tego tę zaletę, że nie rani gałki i spojówek, nie nadżera twardówki, a przytem nie sprawia takiego bólu, jak inne środki. Stosowanie itrolu jest bardzo łatwe i można podać go do rąk laików bez obawy o następstwa:— działanie jego, jeżeli nie przewyższa, to w każdym razie dorównywa działaniu innych środków, podobnie działających; jednak posługiwać się musimy zawsze rozczynem świeżym, który należy chronić przed wpływem światła i powietrza. *Dr. Adam Dobrowolski.*

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Zakażenia wtórorzędne w przebiegu kiły.

Neisser (Wrocław). Wszystkie choroby zakaźne, które uszkadzają powłoki zewnętrzne, mogą stanowić bramę wejścia dla jadu kiłowego, podobnie jak i zewnętrzne uszkodzenia kiłowe względem innych zakażeń (wrzód miękki, zakażenie łańcuszk., róża, gruźlica i t. p.) Choroby zakaźne, szczególnie ostre, mogą mieć również wpływ na cały przebieg kiły, przyczem niektóre sprawy mogą nawet wywoływać miejscowe objawy swoiste (szczepienie, czyraki, wrzód miękki, wyprysk, łuszczyca i t. p.) Z chorób przewlekłych największe znaczenie w kile ma zakażenie gruźlicze, które działa niekorzystnie na cały przebieg, ale wedle zdania N. nie w sposób swoisty, lecz jedynie przez sprowadzanie ogólnego osłabienia i charłactwa. Częstszym jednak jest szkodliwy wpływ kiły na rozwój gruźlicy, sprowadzając jej złośliwy przebieg. Sądzi zatem N., że w takich przypadkach stosować należy bardzo energicznie rtęć, a w pewnych razach jod. W końcu zwraca uwagę na ten szczegół, że jedna sprawa chorobowa tak może maskować drugą, iż tylko jedną z nich się rozpoznaje, a przez to i leczenie nigdy nie jest w zupełności skuteczne.

Durkan Butkley (New-York). Liczne spostrzeżenia wykazują, że zakażenia, istniejące w ustroju, lub zdarzające się wśród przebiegu, wywierają w pewnym kierunku wpływ na rozwój kiły. Zakażenia te dzieli B. na: 1) zak. dwoiste równoczesne, czy to z przyczyny jakiejś choroby miejscowej, czy też ogólnej, występującej obok wybuchu kiły; 2) zak. dwoiste następowe, — gdy kiła poprzedza, albo się dołącza do pewnych chorób jak: łojotok, łuszczyca, liszaj żrący i t. p. A wynikiem tych zakażeń, tak jednych jak drugich, jest opóźnienie albo przyspieszenie, lub modyfikacya zwyczajnego przebiegu jednej z chorób, rozwijających się obok siebie: albo pasorzyty rozwijają się obok siebie, wspomagając się *(symbiosis)*, albo jedne przygotowują drogi dla drugich *(metabiosis)*, albo rozwój jednych przeciwdziała rozwojowi drugich *(antybiosis)*. „Niektóre przypadki kiły złośliwej tłómaczyć należy dołączeniem się do zakażenia kiłowego jakichś drobnoustrojów, zakażających równocześnie ustrój.

Ducrey (Piza). Wszystkie zakażenia mogą się dołączać wśród przebiegu kiły; D. dzieli je na pewne gromady: 1) zakażenia miejscowe, przystępujące wśród przebiegu kiły (wrzód miękki, zakażenia ropne, grzyby skórne); 2) choroby miejscowe, które wyjątkowo mogą stać się ogólnemi (rzeżączka, gruźlica skóry); 3) zakażenia ogólne ostre lub przewlekłe. Pierwszy typ widzimy w wrzodzie twardym o zakażeniu mięszanem, w różnych postaciach ropnych wysypek (n. p. trądzik kiłowy), jak w ogóle w różnorodności, cechującej kiłę. Rzeżączka wywiera wedle D. niejaki wpływ na objawy gośćcowe przy kile i na częstość powstawania zmian w jądrach. Choroby zakaźne ostre zdają się mieć najczęściej wpływ dodatni na przebieg kiły (róża, dur). Zakażenie połogowe przebiega u kiłowych ciężej; gdy jednak zakończy się sprawa korzystnie, widać objawy pomyślnego działania na zakażenie kiłowe. Kiła u gruźliczych ma zazwyczaj ciężki przebieg; objawy mają swoiste wejrzenie i powstają na miejscach dla gruźlicy swoistych. Obok tego rozwijać się mogą tak często opisywane postacie mięszane kiły z gruźlicą. Zakażenie zimnicze działa może najniekorzystniej na przebieg kiły, a przyczyną zdaje się być ogólne osłabienie i tak częste charłactwo zimnicze.

Hallopeau (Paryż) uważa za zakażenia wtórorzędne w kile takie, które wywierają pewien wpływ na jej przebieg, a które wykazać można albo przez znalezienie drobnoustrojów pewnej choroby w zmianach kiłowych, lub jeżeli w tych ostatnich spostrzedz się dają cechy jakiejś choroby skórnej. Najważniejsze z tych chorób są: zakażenia drobnoustrojami ropnymi, wrzód miękki, gruźlica, rak; mniej częste, a możliwe: rzeżączka, zapalenia żołędzi, łojotok, wreszcie choroby ogólne, ostre lub przewlekłe. Nie możemy twierdzić, że wszystkie ropne osutki kiłowe są powikłane jakiemś innem zakażeniem, gdyż wedle H. sam jad kiłowy sprowadzać może ropienie, a drobnoustroje ropne mają wedle niego znaczenie tylko w postaciach na powierzchni otwartych, szczególnie, gdy obok tego działają jakieś czynniki mechaniczne. Nie zaprzecza jednak zarazem, że w pewnych przypadkach osiedlające się na osutkach kiłowych koki ropne mogą dać powód do powstania postaci ropnych, a w okresach późniejszych mogą powodować ciężkie zmiany głębsze.

Rona (Budapeszt) odmawia chorobom zakaźnym ostrym działania korzystnego na przebieg kiły, a przypisuje chorobom, które sprowadzają ogólne osłabienie ustroju, wpływ pogarszający jej przebieg; stwierdza jednak zarazem, że kiła u gruźliczych nie zmienia się w swym przebiegu.

Fournier A. (Paryż) odróżnia trzy typy objawów kiłowych powikłanych: kiłowo zimniczy, kiłowo-rakowy i kiłowo-gruźliczy. Każdy z nich ma pewne swoiste cechy i właściwości.

Julien (Paryż) kładzie nacisk na ujemny wpływ zakażenia zimniczego na kiłę; obok tego stwierdza również uporczywość zmian u kiłowych, u których istnieje równocześnie świerzb.

Spillmann (Nancy) przytacza przypadek, w którym płonica usunęła w zupełności objawy kiły.

Etienne (Nancy) opisuje 5 przypadków, w których kiła wpłynęła ujemnie na przebieg gorączki durowej.

Brousse (Montpellier) stwierdza, że kiła u dotkniętych gruźlicą płuc ma zawsze przebieg złośliwy.

Du Castel (Paryż) widział wybuch kiły ustrojowej po grypie objawy były ciężkie i uporczywe.

Przyczyny zakażenia ogólnego rzeżączką.

Lesser (Berlin). Istnienie rzeżączkowych z żakażeń ogólnych wykazano przez znalezienie swoistych dwoinek w różnych narządach a nawet we krwi (Almann). Przedewszystkiem objawia się to zakażenie podwyższoną ciepłotą przepuszczającą (intermittens) dlatego, że drobnoustroje te nie znoszą wyższej ciepłoty, przy której wzrost ich się osłabia, a rozwijają się wtedy, gdy ciepłota opada. Sądzi zarazem, że przypuszczać tu można cztery sprawy: 1) uogólnienie dwoinek; 2) zakażenie mięszane; 3) zakażenie następowe bez udziału dwoinek; 4) zatrucie toksynami, wydzielanemi przez dwoinki. Z obrazu klinicznego jednak nie podobna określić, z jaką sprawą ma się do czynienia w pewnym przypadku.

Tommasoli (Palermo) dzieli ogólne zakażenia rzeżączkowe na trzy gromady: 1) zakażenia rzeżączkowe czyste; 2) zakaż. mięszane (gronkowce, paciorkowce i t. p.); 3) zakaż. nie rzeżączkowej Obecnie przyjmuje się także, że toksyny drobnoustrojów wywołały mogą objawy ogólne, zwłaszcza, że w naciekach nie znajdowano często dwoinek N., a toksyny sztucznie z nich otrzymane wywołuwały objawy, podobne do zmian, spostrzeganych w zakażeniu drobnoustrojami żywymi. Z doświadczenia wiemy, że objawy ogólne występują często skutkiem błędów higienicznych, popełnionych wśród

przebiegu rzeżączki; — z drugiej strony zaś u osobników słabych, dotkniętych jakiemś cierpieniem ogólnem, wreszcie u osobników charłaczych. Przyczyny zatem szukać należy w biologii i chemii biologicznej tych drobnoustrojów; — znajdujemy zaś z jednej strony, że dwoinki N. lubią podłoże lekko kwaśne i że moczem ludzkiej przygotować można dobrą dla ich hodowli pożywkę, — a z drugiej strony, że u osobników z gośćcem stawowym, skazą moczanową i u charłaków zasadowość krwi jest mniejszą. Przyszłość dopiero udowodni, czy czynniki te stoją w jakim związku do siebie.

Ward (Londyn). Dotychczas nie rozwiązano tej niejasnej sprawy, czy same dwoinki lub ich toksyny uważać należy za przyczynę zakażenia ogólnego, czy też jedne z nich otwierają tylko bramy wejścia dla innych drobnoustrojów? Dwoinki N. sprowadzają zazwyczaj zakażenie powierzchowne lub blisko powierzchni leżące; mogą one jednak dostawać się w drogi, łączące powierzchnię z głębszymi narządami lub wprost w te ostatnie — i wywołać zakażenie ogólne całego ustroju. Na to wkraczanie w głąb wpływają korzystnie czynności lecznicze, obrażające powierzchowne warstwy lub osłabiające błonę śluzową, przez co otwierają bramy dla przesuwania się zakażenia w głębsze warstwy.

Balzer (Paryż). Dwoinki N. zdają się wchodzić do ustroju przez naczynia krwionośne, dlatego znajdowano je we krwi. Toksyn ich nie znajdujemy w pożywkach, na których rosną, a w samych ich ciałach. Przesączyna hodowli jest nieszkodliwą, podczas gdy wstrzyknięcie drobnoustrojów martwych sprowadza szkodliwe następstwa. Działania toksyn w tym razie trudno oznaczyć. Jedną z najważniejszych przyczyn zakażenia ogólnego zdaje się być wybitna złośliwość jadu, wywołana znacznem rozszerzeniem na sąsiednie błony śluzowe lub przez sprawy fizyologiczne (czyszczenia miesięczne, ciąża i t. p.) Gościec rzeżączkowy rozwija się tylko wtedy, gdy i część tylna cewki mocz. jest zajęta sprawą chorobową. Zmiany w sercu, opłucnej, okostnej i żyłach powstają u osobników, usposobionych do tego przez dawniej przebyte zmiany i polegają na działaniu samych dwoinek.

Jacquet (Paryż) twierdzi, że przypady nerkowe, skórne lub nerwowe przy rzeżączce polegają na działaniu toksyn, gościec zaś bywa wywołanym przez same drobnoustroje, które nierzadko w stawach znajdował. Opisuje jednak gościec pięty, przypisywany tak często rzeżączce, a spotykany u ludzi dużo chodzących lub stojących. Sprawa ta powoduje zazwyczaj powstawanie zgrubienia włóknistego lub kostnego na kości piętowej, a wedle J. nie polega na tle jakiegoś zakażenia, lecz skutkiem działania mechanicznego, długotrwałego urazu. Na dowód swego twierdzenia przytacza, iż spostrzegał takie zniekształtnienia kości piętowej u wszystkich starożytnych posągów męzkich.

Finger (Wiedeń) stara się wytłómaczyć powstanie zakażenia ogólnego przy rzeżączce spostrzeganym przez siebie szczegółem anatomicznym. U jednych osobników bowiem naczynia włosowate leżą w błonie śluz. cewki wprost pod nabłonkiem, u innych oddzielone są pasmem tkanki łącznej; — u pierwszych zatem łatwiej przyjść może do przedostania się drobnoustrojów do obiegu krwi, a tem samem łatwiej powstać może zakażenie ogólne. (Dok. nast.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag o „Stowarzyszeniu samopomocy lekarzy".

Troska lekarzy o byt własny i ich najbliższych, która była bodźcem działania Komisyi, krzątającej się około zawiązania „Towarzystwa samopomocy lekarzy", jest zbyt żywą i aktualną, aby mogła wzbudzać jakiekolwiek wątpliwości. Samopomoc wśród lekarzy jest potrzebną i niezbędną. Istotą pojęcia samopomocy jest dążność do skupienia wszystkich sił, doześrodkowania całej energii w samym sobie. Wszelki więc rozdział sił i rozbicie łączności sprzeciwia się pojęciu samopomocy i samoobrony, zwłaszcza jeżeli mamy przed sobą jednego tylko nieprzyjaciela.

Czytając statut nowozawiązującego się „Stowarzyszenia samopomocy lekarzy", znajdujemy w § 3, że celem jego jest: 1) popieranie materyalne członków przez udzielanie zapomóg i 2) moralne — przez popieranie zasad etyki lekarskiej i koleżeństwa przez załatwianie sporów, powstałych miedzy kolegami praktykującymi. Środkami do osiągnięcia tych celów mają być: wkładki i wpisowe członków, dary i zapisy, oraz wszystkie inne dochody.

Czytając to, mimowoli przychodzi na myśl, że my przecież mamy już Towarzystwa i Instytucye o tych samych celach.

W roku 1867 założonem zostało Towarzystwo lekarzy galicyjskich, w którego statucie w § 1 czytamy, że celem Towarzystwa jest „czuwanie nad interesami i godnością stanu lekarskiego, niesienie pomocy materyalnej podupadłym członkom Towarzystwa i pozostałym po nich wdowom i sierotom".

Czyżby więc to Towarzystwo przestało istnieć? Wcale nie. — Ze sprawozdania tego Towarzystwa za rok 1899 dowiadujemy się, że liczy ono 404 członków zwyczajnych*), że posiada majątek w walorach w kwocie 95,037 złr., oraz majątek ziemski wartości 63,312 złr.: że w roku 1899 udzieliło zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach w kwocie 2,104 złr., a pensyi rocznych w kwocie 2590 złr. i że wreszcie majątek tego Towarzystwa wzrósł w r. 1899 o kwotę 3,495 złr.

Wszystkie te daty wskazują na to, że Towarzystwo nie upada, lecz się rozwija, choć stosunkowo wolno. A że wolno, to winni jesteśmy sami, bo zamało jeszcze rozwinęło się w nas poczucie solidarności i zaufania w własne siły zbiorowe. Wszak na przeszło 1100 lekarzy w Galicyi wraz z Krakowem liczba 404 członków jest nieco za szczupła, aby Towarzystwo silniej się rozwinąć i wydatniej pracować mogło.

Lecz wróćmy do nowozawiązującego się Stowarzyszenia samopomocy lekarzy. Któż ma doń należeć? Aby wszyscy lekarze doń przystąpić mieli, wątpić należy; w pierwszym rzędzie więc powinniby więc przystąpić ci, którzy już oddawna silniej odczuwają potrzebę zespolenia się i skoncentrowania, a więc członkowie już istniejącego Towarzystwa lekarzy galic., oraz ci, którzy, szukając nowych wrażeń, łatwo się zapalają, lecz prędko spłoną w swym zapale. W pozyskaniu pierwszych zrobi Stowarzyszenie samopomocy pierwszy krok do rozłamu sił i do burzenia tego, co już istnieje, bez rękojmi odtworzenia: pozyskanie zaś drugich nie zabezpieczy bytu nowemu Towarzystwu. Trudno wymagać od lekarza, choćby średnio zamożnego, aby należał do dwóch Towarzystw, mających tesame cele i zadania; nastąpi więc rozłam i obydwa Towarzystwa, to jest lekarzy galicyjskich i samopomocy, staną ze sobą do walki. I to ma być „skupieniem się w zbiorową organizacyę zawodową"? Już dziś uwydatniła się ta walka, gdy w statucie nowego Stowarzyszenia powiedziano w § 20, że w razie rozwiązania majątek Stowarzyszenia przechodzi do funduszu dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach tych Izb lekarskich, do których członkowie należeli. O Towarzystwie lekarzy galic. ani wzmianki; traktuje się je tak, jak gdyby wcale nie istniało. Jeżeli w działalności jego było coś, co się nie wszystkim podobało, to przecież można było zabrać głos i domagać się poprawy, wytykać błędy, stawiać wnioski i życzenia, domagać się wyjaśnień. Wszak mamy organ Towarzystwa, a sprawozdania roczne były jawne i każdemu dostępne.

Nie chcę zapuszczać się w krytykę statutu, zbyt pobieżnie, na Stowarzyszenie o celach finansowych, ułożonego; pozwolę sobie jednak jeszcze na kilka uwag.

§ 3 lit. *b)* statutu powiada, że celem Stowarzyszenia jest pośrednictwo w zyskiwaniu posad. Z tem zgodziłby się można, chociaż zdaje mi się, że to zupełnie zbyteczne, bo ogłaszanie konkursów na wakujące posady jest wystarczające.

Pomijając już to, że taksamo Towarzystwo lekarzy galic., jak i Stowarzyszenie samopomocy, ma na celu popieranie zasad etyki lekarskiej, to załatwianie sporów między kolegami „praktykującymi", które sobie Stowarzyszenie za zadanie postawiło, wkracza znowu w obowiązki instytucyi już istniejącej, a mianowicie Izb lekarskich, zagwarantowane im § 12 ustawy o ich organizacyi. Czy strony sporne będą wolały odnosić się o rozstrzygnięcie sporu do sądu polubownego Stowarzyszenia zamiast do Izby lekarskiej, jako organu publicznego i przez ogół lekarzy wybieranego, nie wiem. W każdym razie nie przyczyni się to do pomnożenia powagi Izb lekarskich, o co sami usilnie powinniśmy się starać, jeżeli te Izby mają dokonać tego, czego od nich wymagamy.

Jednem słowem, w całym statucie Stowarzyszenia nie można się dopatrzeć ani jednej myśli oryginalnej, nic, coby pociągało. Może niektóre uwagi moje są za cierpkie, lecz zapewnić mogę, że nie żadna niechęć, lecz podyktowała mi je głęboko odczuta potrzeba i chęć zespolenia wszystkich sił lekarzy ku samoobronie w jednem ognisku, w jednem Towarzystwie, a że chodzi tu o zespolenie sił materyalnych, więc w Towarzystwie materyalnie najzasobniejszem i wzorowo administrowanem, jakiem jest właśnie Towarzystwo lekarzy galic.

Inicyatorom nowego Stowarzyszenia samopomocy należą się słowa uznania za myśl i pracę, zdążającą do przyjścia z pomocą innym kolegom, tem więcej, że sami jej nie potrzebują. — ale droga, którą obrali, nie była szczęśliwą. *Dr. Momidłowski*

*) Nie wliczono tu członków Tow. lek. krakowskiego.

Odpowiedź kol. Momidłowskiemu na „Kilka uwag o Stowarzyszeniu samopomocy lekarzy“.

Bez wątpienia jak najlepsze chęci natchnęły kolegę Momidłowskiego do napisania swoich „Uwag“, lecz tak założenie jak i wnioski jego są zupełnie mylne. Czyż kolega M. sądzi, że Komisya organizacyjna, pracująca już rok przeszło nad doprowadzeniem do skutku Towarzystwa samopomocy, nie brała pod szczegółową uwagę wszystkich tych kwestyj, które on teraz dopiero podnosi? Czy nie czytał ani jednej korespondencyi do *Przeglądu lekarskiego*, w których wyjaśnialiśmy stosunek Towarzystwa samopomocy do Towarzystwa lekarskiego i Izb lekarskich? Czy kolega M. nie pamięta, że dawniej jeszcze, bo od kilku lat, pojawiały się w *Przeglądzie lekarskim* różne projekta, zmierzające do zorganizowania się na wzór innych zawodów? Czy nie wie, że w Wiedniu, gdzie też istnieje Towarzystwo lekarskie i Izba lekarska, utworzono jeszcze w roku zeszłym organizacyę lekarzy, rozwijającą się coraz pomyślniej i dziś już znaczne lekarzom praktycznym oddającą usługi?

Twierdzeniu kolegi M., jakoby Towarzystwo samopomocy wobec Towarzystwa lekarzy galicyjskich i Izb lekarskich było niepotrzebnem, wystarczyłoby przeciwstawić cały szereg listów, przychodzących niemal codziennie do Komisyi organizacyjnej, w których koledzy z najdalszych nawet stron kraju wyrażają swe zadowolenie, że wreszcie coś dla stanu lekarskiego robić się zaczęło, oraz życzenie, aby na obranej raz drodze, mimo wszelkich przeszkód i trudności, nie ustawać. Niestety uczynić tego nie możemy, bo wątpimy, czyby *Przegląd lekarski* zechciał udzielić nam tyle miejsca w swoich łamach, abyśmy listy te *in extenso* umieścić tam mogli.

Lecz kolega M. podnosi inne jeszcze zarzuty, streszczające się w tem: Towarzystwo samopomocy jest szkodliwem dla solidarności, chce podkopać Towarzystwo lekarzy galicyjskich i powagę Izb lekarskich, a w zamian za to daje statut „zbyt pobieżnie ułożony“, w którym „nie można się dopatrzeć nic, coby pociągało“. Na zarzuty te chcemy odpowiedzieć szczegółowiej i to nietylko koledze M., ale równocześnie wszystkim tym, co przeczytawszy „Uwagi“, a nie zrozumiawszy ducha i celów naszego Towarzystwa, mogliby dopatrzeć się w nich pozornej słuszności.

Dla zwięzłości zaś odpowiadamy szeregiem następujących punktów:

1. W Galicyi jest 1349 lekarzy, z których 404 należy do Towarzystwa lekarzy galicyjskich, — pozostaje zatem 945, niemających prawa korzystania z funduszów tegoż Towarzystwa. Czyż dla takiej większości nie warto już nic robić?

2. Pod względem finansowym Towarzystwo nasze nie ma zamiaru konkurować z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, bo w pierwszym rzędzie obiecuje członkom swym zasiłek w razie choroby, czego Tow. lekarzy galicyjskich nie daje.

3. Zawiązując Towarzystwo samopomocy, nie robimy finansowo nic innego, jak to, co chce teraz zrobić, być może za naszym przykładem, Izba wschodnio-galicyjska. Czy Izba ta, stwarzając tuż pod bokiem Tow. lekarzy galicyjskich kasę zapomóg, także pragnie Towarzystwo to podkopać?

4. Członkowie Komisyi organizacyjnej należą wszyscy do Towarzystwa lekarskiego, a tem samem do Tow. lekarzy galicyjskich, z którego przecież wystąpić nie myślą, rozumiejąc, że każde z nich ma odrębne zadanie.

5. Poza stroną finansową ma Towarzystwo samopomocy drugi i to ważniejszy jeszcze cel, jakim jest strona organizacyjna. Doświadczenie i obserwacya ruchu społecznego poucza, że w dzisiejszych czasach stan lekarski jedynie drogą organizacyi zawodowej może sobie wywalczyć lepsze warunki bytu i obronić się przed wyzyskiem, który w imię źle pojmowanego humanitaryzmu stał się ogólną naszą klęską.

6. Takiej organizacyi ani Tow. lekarskie, jako ściśle naukowe, ani Izba lekarska, jako instytucya rządowa, w czyn wprowadzić nie mogą. Natomiast to właśnie ma na celu § 3 lit. *c* naszego statutu, który opiewa: „wykonywanie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia w tym kierunku (to jest popieranie interesów zawodowych) zmierzających“.

7. Statut naszego Towarzystwa jest ogólnikowy i pozornie pobieżny — umyślnie, bo tylko w ramy takiego statutu ująć można jak najwięcej postulatów, nawet tych, które kiedyś w przyszłości z pośród ogółu lekarzy wyłonić się mogą. I znów do tego służyć ma przytoczony wyżej, umyślnie w tym celu bardzo ogólnikowo stylizowany, § 3 lit. *c* statutu.

8. Statut każdego Towarzystwa jest zarysem ogólnym działalności i powinien właśnie być jak najrozciągliwszym, aby przy lada szczególe nie trzeba go było zmieniać i ponownie do zatwierdzenia posyłać. Szczegóły zaś obejmuje regulamin.

9. Regulaminu dla naszego Towarzystwa nie przygotowaliśmy teraz; ułożyć powinien go Wydział, wybrany z pośród członków Towarzystwa, aby regulamin ten był wyrazem woli i życzeń ogółu członków. W nim dopiero będzie obrobioną jak najszczegółowiej tak strona finansowa, jak i organizacyjna Towarzystwa.

10. Komisya organizacyjna nie jest tak zarozumiałą, aby sądziła, że statut przez nią opracowany jest pod każdym względem idealnym i dlatego to ułatwiła ogromnie jego zmianę przyszłym członkom, umieszczając w § 28 ustęp: „do zmiany statutu wymaganą jest bezwzględna większość głosów obecnych na Walnem Zgromadzeniu członków“.

11. W każdem Towarzystwie istnieje sąd honorowy do załatwiania sporów między członkami, — więc i nasz sąd honorowy nie wkracza w przywileje Izb lekarskich.

12. Podnosiliśmy już kilkakrotnie w *Przeglądzie lekarskim*, że tak pod względem materyalnym, jak i moralnym, Towarzystwo nasze ma, na wzór Organizacyi lekarzy wiedeńskich, przygotowywać odpowiednie wnioski, mające na celu już nie interesa samych członków, lecz ogółu lekarzy w kraju. Wnioski te przedkładać będzie Towarzystwo, jako korporacya zawodowa, Izbom lekarskim do rozpatrzenia, rozstrzygnięcia i ewentualnego wprowadzenia w wykonanie.

Z tego wszystkiego wynika jasno, że dla Towarzystwa samopomocy otwiera się w ramach ułożonego przez nas statutu rozległe pole pożytecznej dla stanu lekarskiego działalności bez wchodzenia w jakąkolwiek kolizyę z Tow. lekarzy galicyjskich lub z Izbami. Moglibyśmy wprawdzie jeszcze drugie tyle punktów przytoczyć na zbicie zarzutów, uczynionych przez kolegę M., lecz nie chcemy nadużywać gościnności *Przeglądu lekarskiego*, sądząc, że już to powinno wystarczyć i uwolnić nas od dalszych „Uwag“ ze strony tych kolegów, którzy celu naszego Towarzystwa dotychczas zrozumieć nie mogli.

Kraków, w styczniu 1901.

Komisya organizacyjna Tow. samopomocy lekarzy.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 24 *stycznia 1901*.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych i przyjęciu na członków czynnych Towarzystwa Drów: St. Gólskiego i J. Zeitnera, kol. prof. Browicz miał odczyt na temat: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki,“ poparty demonstracyami. W dyskusyi zabierali głos prof. Hoyer, Doc. Siedlecki i prelegent.

Zapowiedziany odczyt kol. Żydłowicza z powodu spóźnionej pory odłożono do następującego posiedzenia.

* Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej za naszem pośrednictwem uprasza Szan Kolegów, a swoich członków, o jak najrychlejsze nadesłanie wkładek rocznych, zaległych za lata ubiegłe, gdyż w przeciwnym razie musiałoby nastąpić ściągnięcie tej należytości drogą egzekucyi.

* Kilku lekarzy rządowych zgłosiło się do krakowskiego »c. k. Zakładu badania środków spożywczych,« w celu nabrania wprawy w szybkiem rozpoznawaniu wszelkich zafałszowań. To, co tylko niektórzy uczynili z poczucia obowiązku, winno się stać ogólnem dla wszystkich lekarzy, których stanowisko wymaga czasem orzeczenia w sprawie dobroci i czystości produktów spożywczych. Inicyatywa powinna wyjść od władzy.

* Rada m. Krakowa nadała posadę chemika miejskiego Doc. Dr. Ign. Lembergerowi.

* Dr. Stanisław Poźniak mian. został lekarzem kolejowym dla linii Kraków-Podłęże-Niepołomice.

* Prezesem Towarz. lekarsk. lwowskiego wybrany został prof. Adolf Beck, wiceprezesem Dr. A. Sołowij.

Lwów, 22 stycznia. W styczniu upłynęło 30 lat, jak kierownictwo oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym objął obecny prymaryusz Dr. Józef Rożański. Z okoliczności tej skorzystali Jego byli uczniowie i sekundaryusze, aby Mu zgotować owacyę, na którą przez szereg lat 30 w zupełności zasłużył swą uczciwą, nieskazitelną i czystą pracą. Niezwykle zdolny i sumienny lekarz,

prawy człowiek, serdeczny i dobry kolega, mimo że nie szukał nigdy rozgłosu, owszem zawsze go unikał, potrafił sobie pozyskać wdzięczność i przywiązanie tych wszystkich, którzy pod jego kierownictwem pracowali. Dowodem tego, że na wiadomość o mającej się odbyć uroczystości, stawili się w dniu 17 stycznia na oddziale swego prymaryusza wszyscy zblizka i zdaleka, ci co już przed 30-tu laty pełnili obowiązki sekundaryuszów i dziś, osiwiali, zajmują wybitne stanowiska w świecie lekarskim, jak i najmłodsi w szeregu sekundaryuszów. Oprócz byłych i obecnych uczniów przybyli na uroczystość wszyscy prymaryusze innych oddziałów z Dyrektorem szpitala na czele, jako też i prof. Łukasiewicz, ceniący wysoko, mimo krótkiego pobytu we Lwowie, zasługi Dra Rożańskiego. Imieniem zebranych sekundaryuszów przemówił Dr. Tatarczuch, wręczając Jubilatowi *tableau*, na którem ułożono fotografie wszystkich jego sekundaryuszów od r. 1871. Prócz tego ofiarowano portret Jubilata, który zawieszono w sali operacyjnej. Następnie imieniem Dyrekcyi szpitala złożył życzenia prof. Dr. Czyżewicz. Wzruszony Prymaryusz dziękował serdecznie za niespodziewaną, a tak miłą sercu Jego owacyę, o której do ostatka nie wiedział. Wieczorem odbyła się na cześć Jubilata uczta, pełna najserdeczniejszego nastroju, podczas której wygłoszone mowy świadczyły, jak głęboką jest cześć i uznanie dla pracy i charakteru tego niepospolitego lekarza. *P.*

* Obowiązki lekarza naczelnego w warszawskim szpitalu Dzieciątka Jezus pełni obecnie Dr. Konstanty Karwowski. Dotychczasowy lekarz naczelny, Dr. Józef Wszebor, prosił o zwolnienie go z tego stanowiska.

* Redakcya »Czasopisma Lekarskiego« w Nr. 1 b. r. oświadcza, że zmienia dotychczasową pisownię, poddając się uchwale „Sekcyi prasy lekarskiej“ IX Zjazdu lek. i przyr. polsk. Uchwała ta brzmiała: „Sekcya prasy lekarskiej postanawia, aby wszystkie pisma lekarskie polskie trzymały się pisowni, zalecanej przez Akademię Umiejętności.“

* Towarzystwo lekarskie łódzkie odbyło wybory na rok 1901. Wybrani zostali: Dr. K. Joncher na prezesa, Dr. L. Sikorski na wiceprezesa; wogóle wybrano zarząd przeszłoroczny.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie, wybrało na prezesa Dra Erbsteina, na wiceprezesa Dr. Wojnicza, na sekretarza Dr. Świąteckiego.

* Rząd saski zarządził, ażeby lekarze donosili władzy o każdym przypadku gruźlicy, najpóźniej w trzy dni po niewątpliwem rozpoznaniu.

* XXII Kongres balneologów odbędzie się w Berlinie od 7—12 marca r. b.

* W Paryżu powstała nowa katedra dla medycyny kolonialnej.

* Kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w Berlinie od 16 do 19 kwietnia r. b. pod przewodnictwem prof. Senatora.

* Na wniosek Doc. Weyla wybraną została w Berlinie Komisya lekarska, której poruczono zredagowanie i wysłanie podania wzywającego rząd ażeby zaprowadził palenie zwłok osób zmarłych na mór i inne choroby zakaźne.

* W Berlinie nakładem Hirschwalda wyszedł 1-szy tom dzieła Ewalda i Posnera p. t. „Niemiecka medycyna w XIX stuleciu.“

* Nowy konkurs paryzkiej Akademii lekarskiej ogłoszony zostanie w końcu m. lutego. Prace, przeznaczone do współubiegania się, mają być spisane po francuzku lub po łacinie. Wśród wielu innych nagroda Audiffreda wynosi 24.000 fr. rocznej renty dla badacza, który wynajdzie lek niezawodny, albo zapobiegawczy, przeciw gruźlicy.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem fizyologii w Marburgu w miejsce Kossela, który przeniósł się do Heidelberga, mianow. został Fr. Schenk. Dyrektorem dentystycznego Instytutu w Heidelbergu mianowany został prof. Witzel.

Nekrologia Zmarli: Dr. Stanisław Niepokojczycki, lat 66, zmarł w m. Nerechcie gub. kostromskiej. Dr. Izydor Matuszkiewicz zmarł w Tulczynie. Dr. Ingals b. prof. farmakologii zmarł w Chicago.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr 1.: Medycyna na przełomie XVIII i XIX w. 1) Anatomia przez Dr. J Zawadzkiego. 2) Fizyologia p. Dr. J. Zawadzkiego 3) Farmakologia, hydroterapia i balneologia p. Dr. H. Kucharzewskiego. 4) Rzut oka wstecz na metody badania klinicznego p. Dr. O. Hewelke. 5) Medycyna wewnętrzna przez Dra J. Winiarskiego. 6) O stanie pedyatryi p. Dr. B. Polikiera. 7) Jak stała sprawa szczepienia ospy p. Dr. K. Sierpińskiego. 8) Neurologia p. Dr. L. Bregmana. 9) Psychiatrya p. Dr. K. Wisłockiego. 10) Rzut oka na stan chirurgii p. Dr. K: Niedzielskiego. 11) Postęp i rozwój położnictwa operacyjnego p. Dr. J. Jaworskiego. 12) Słów kilka z dziedziny okulistyki przez Dr. S. Cetnarowicza. 13) Krótki pogląd na rozwój dermatologii i syfilidologii p. Dr. J. Wojciechowskiego. 14) Medycyna sądowa p. Dr. J. Zawadzkiego. 15) Literatura peryodyczna lekarska. p. Dr. J. Polaka. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 1.: Dr. Karczewskiego A.: Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim przebiegu. Dr. Wrzoska A.: O leczeniu błonicy płonicowej podług Heubnera. Dr. S.: Przytułki dla rekonwalescentów. W *Medycynie* Nr. 3: Oderfelda H. i Steinhausa I.: Przyczynek do kazuistyki przerzutów normalnej tkanki gruczołu tarczowego. Tumpowskiego A.: O porażeniach kończyny górnej po zwichnięciu główki kości ramieniowej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 3.: Dr. Heimana T.: Wskazania do leczenia operacyjnego przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem. Skłodowskiego: Przypadek porażenia Brown-Sequarda (dok.). Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu. Dr. Pawińskiego J. Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych (dok.). W *Zdrowiu* Nr. 1.: Dra Rzętkowskiego K.: W sprawie walki z gruźlicą u nas. Dr. Łazarowicza K.: Walka z chorobami zakaźnemi. Dr. Leszczyński L: O potrzebie zakładów leczniczych dla chorych zakaźnych. Dr. Chełchowskiego K.: O potrzebie u nas domów przedpogrzebowych.

Zapiski bibliograficzne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3: Dr. Schiff A.: Stosunek zachodzący między nosem a płciowym narządem kobiecym. Dr. Engländer B.: Przypadek jednostronnego rozlanego przerostu gruczołu sutkowego u kobiety. Dr. Monti.: Wartość lecznicza fosforu, stosowanego w krzywicy.

— *La Presse médicale* Nr. 5: Kiła i gruźlica: szczególny wpływ kiły na niektóre postacie gruźlicy. Nr. 6: Dr. Huet i Dr. Guillani: Zaburzenia czucia w Syringomyelii.

— *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 3: Prof. A. Lippel: Uwagi nad gruźlicą kobiecego narządu płciowego, oraz otrzewnej. Dr. G. Baumgart: O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnowej (dok.) Doc. H. Neumann: Przypadek wyleczonego wodogłowia. Prof. E. Riegler: Nowa czuła próba na cukier. Dr. Lipman-Wulf: Przyczynek do wiedzy o czynności nerek.

— *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 3: Bonhaff: Przypadek zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych i »diplococcus intracellularis«. Kuhn: Drożność przewodów przy operacyi kamieni żółciowych. Jordan: Podskórne pęknięcie śledziony i jego leczenie. Grossner: Zużytkowanie kikutów do chodzenia po odbytem powtórnem odjęciu obu podudzi bez osteoplastyki. Schlesinger: Błonica spojówki. Trumpp: Wzmaganie się rozwoju błonicy pomimo wczesnego wstrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej. Paul: Zastosowanie piasku do szybkiego przesączania pożywek agarowych. Bade: Leczenie wiądu rdzenia pacierzowego sznurówkami. Wiesner: Instrumentaryum dla Röntgenografii systemu Dessauera.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 3: Prof. Maixner: Některé poznámky ku pathogenesi a symptomatologii výduti serdečnice (c. d.) Dr. Sitta: Příspěvek ke klinickému studium »ostheoarthropathie pypertofiante pneumique.

— *Berliner klin. Wochenschrift*: König: Choroby stawu biodrowego. Weygandt: Pomięszanie zmysłów z pognębieniem szałowem. Roeder: Dwa przypadki pęknięcia przewodu tętniczego Botalla. Riedel: O kamieniach żółciowych (dok.)

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 2 Lutego 1901. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

Piśmiennictwo, odnoszące się do etyologii czerwonki, wykazuje, że uwaga badaczy zwraca się głównie na trzy gromady drobnoustrojów, jako na możliwą przyczynę tej choroby, mianowicie na ameby, na rozmaite rodzaje z gromady prątka kałowego *(b. coli)* i na paciorkowce.

Na pierwszem miejscu, zwłaszcza gdy chodzi o czerwonkę podzwrotnikową, należy wymienić ameby. Co się tyczy czerwonki swojskiej, to niewątpliwie znane są przypadki, uwieńczone dodatnim wynikiem badania na ameby, jak n. p. ogłoszony niedawno przez Brudzińskiego [1]). Z drugiej strony jednak znamy liczne epidemie, jak warszawska, opisana przez Janowskiego [2]) i krakowska, spostrzegana przez Ciechanowskiego i Nowaka [3]), w których ameb nie znaleziono. Jeżeli się przytem zważy, że znajdowano te pierwotniaki nietylko w stolcach i w ropniach wątrobowych, powstających na tle czerwonki, ale także w stolcach przy zwykłej biegunce, lub po podaniu leków czyszczących, wreszcie w ropniach wątroby, będących w związku z owrzodzeniami gruźliczemi jelit, że łatwo je pomięszać ze zmienionemi ciałkami ropnemi, lub nabłonkami jelitowymi, że wogóle nie wiemy nic pewnego o działaniu chorobotwórczem ameb, wtedy nawet znaczenie ameb w powstawaniu podzwrotnikowej czerwonki musi się wydać wątpliwem.

Według treści przeważnej ilości prac, ogłoszonych w ostatnich latach, należałoby znów upatrywać zarazka czerwonkowego między licznymi rodzajami z gromady prątka kałowego. Muszę jednak podnieść, że pnie znalezione przy czerwonce przez poszczególnych autorów, różnią się znacznie między sobą i jest widocznem, że nie zawsze chodzi o ten sam rodzaj. Rzekomo swoiste działanie na przewód pokarmowy jadów, otrzymanych z podejrzanych pni (Celli [4]) niewiele dowodzi, gdyż każdy jad, wydzielany z ustroju przez przewód pokarmowy, może w nim wywołać zmiany chorobowe, jak to widzimy np. w zatruciu rtęciowem. Zresztą wyniki Celliego nie zostały potwierdzone przez Ciechanowskiego i Nowaka [3]), ani przez Eschericha [5]). Podobnie nie należy sądzić, żeby podawane przez niektórych autorów dodatnie wyniki prób surowiczych miały sprawę tę ostatecznie rozstrzygać Shiga [6]), Celli i Valenti [7]), Escherich [5]) Kruse [8]). Przedewszystkiem niektórzy z tych autorów, jak Celli, przyznają sami, że próby surowicze z prątkiem kałowym niezawsze wypadają tak niedwuznacznie, jak przy prątku durowym, a powtóre obok obwinionych znajdowano, jak się do tego Shiga przyznaje, inne pnie, także okazujące oddziaływanie wobec surowicy chorych czerwonkowych, coby jednak miało zależeć jedynie od wtórorzędnego udziału w sprawie chorobowej. Sądzę, że to samo można twierdzić i o pniach, obwinionych przez autorów. Jest bowiem naprzód łatwo zrozumiałem, że ustrój, bez względu na to, czy jakiś zarazek wnika w jego tkanki pierwotnie, czy następowo, może oddziaływać wytworzeniem istót aglutynujących. Dla etyologicznego pojmowania może wprawdzie poznanie tych wtórorzędnych zakażeń mieć wielką wagę, ale przecież przedewszystkiem musi chodzić o poznanie właściwego i pierwotnego czynnika chorobotwórczego.

Z kolei wypada może mówić o gromadzie dla nas najważniejszej, mianowicie o paciorkowcach. Pierwsze, należące tu spostrzeżenie Bessera [9]) pochodzi z roku 1884. Inne odnoszą się zarówno do czerwonki podzwrotnikowej (Zancarol [10]), Egipt, Aleksandrya, Kruse i Pasquale [11]), Egipt), jak i swojskiej; (wielkiego dla mnie znaczenia praca Ciechanowskiego i Nowaka [3]).

Ogółem biorąc, etyologia czerwonki stanowi jeszcze zupełnie pole niezbadane i mimo zastosowania w ostatnich latach nowszych sposobów badania, sprawa nie postąpiła wiele naprzód od tego czasu, kiedy Ciechanowski i Nowak podali, jako ostateczny wniosek swych badań własnych, i z danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, że mianowicie co do czerwonki epidemicznej krajów z klimatem umiarkowanym etyologiczne nasze wiadomości są prawie równe zeru.

Byłbym szczęśliwy, gdyby moje spostrzeżenia przyczyniły się do rzucenia choćby odrobiny światła na tę, tak ciemną dotąd kartę ludzkiej patologii.

Przypadki chorobowe. Mój materyał chorobowy jest skąpy, gdyż tworzą go właściwie tylko trzy pierwsze przypadki.

Przypadek 1. Sprawa dotyczy dziecka 13 miesięcznego, przyjętego do kliniki dn. 18 paźdz. 1900 r. z biegunką, już w stanie zapadu. Stwierdzono stolce wodniste z przymieszką śluzu, bez krwi. Badanie mikroskopowe sposobem Eschericha [12]) (barwienie według Gram-Weigerta, podbarwianie wyskokowym rozczynem fuchsyny) stwierdziło w nich w ogromnej ilości i prawie w czystej hodowli krótkie paciorkowce (p. fotogram 1). Rozpoznano ostry nieżyt żołądka i jelit na tle zakażenia paciorkowcowego (*gastroenteritis acuta streptococcica).* Dziecko umarło następnego dnia. Badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało ostre zajęcie zapalne całego przewodu pokarmowego, przyczem nasilenie zmian ku dołowi wzmagało się tak, że w dolnej połowie kiszki grubej przybrały one cechy zmian czerwonkowych z typowemi włóknikowobłoniczymi nalotami. W innych narządach zmian nie znaleziono. Badanie histologiczne (kol. Gliński) najbardziej zajętych zmianami części przewodu pokarmowego stwierdziło w powierzchownych warstwach błony śluzowej obecność ziarniaków w dwójkach i krótkich

łańcuszkach, obok innych bakteryj. Wynikowi temu musi się przyznać pewne znaczenie, gdyż wycinki z kiszek zebrano już w dwie godziny po śmierci; pośmierne zatem wniknięcie paciorkowców w ścianę kiszek może być wykluczone

Że przypadek ten należy rzeczywiście pojmować jako samoistną, epidemiczną czerwonkę, dowodzi tego następny, gdyż chodziło w nim o matkę tego dziecka.

Przypadek 2. Kobieta 43-letnia. Leżała w szpitalu św. Łazarza w oddziale zakaźnym od 17 do 30 paźdz 1900 r. Cierpiała i umarła, jak wykazywało spostrzeganie kliniczne (kol. Supiński) i badanie pośmiertne, na typową czerwonkę. Także w tym przypadku można było (20 paźdz.) mikroskopowo udowodnić w stolcach w znacznej przewadze obecność ziarniaków, występujących w dwójkach i krótkich łańcuszkach. zawartych także częściowo w ciałkach ropnych (fagocytach).

Przez założenie hodowli (szczepienie drucikiem platynowym na powierzchni skośnie ściętego agaru, polanej surowicą ludzką z puchliny brzusznej), otrzymano w obu przypadkach pewien rodzaj paciorkowców w ogromnej przewadze, gdyż około 200 osad paciorkowcowych przypadało na 15 osad obcych. W pierwszym przypadku towarzyszyły paciorkowcom gronkowce, prątki kałowe i jakiś rodzaj prątków, morfologicznie i w hodowlach zachowujący się podobnie do prątków posocznicy krwotocznej, dla królika jednak nie chorobotwórczy, w drugim wyłącznie *bacterium lactis aërogenes*. Obu przypadkom były zatem wspólne tylko paciorkowce.

Ponieważ się w dalszym ciągu badań okazało, że idzie o rodzaj, różny od zwykłego paciorkowca ropotwórczego, a różniący się także dość wybitnie od pneumokoka, pozwoliłem sobie nazwać go „enterokokiem“, a to ze względu, że znaleziony został pierwotnie w treści kiszkowej, i że jego znaczenie, jako czynnika wywołującego czerwonkę (dysenteria), jest bardzo prawdopodobne. Postanowiłem zaś utworzyć tę nową nazwę tem snadniej, że także dane epidemiologiczne domagają się dla czerwonki osobnego zarazka.

Przypadek 3. W przypadku tym, opisanym już zresztą na innem miejscu [4]), chodziło o 6-let. dziewczynkę, która leżała w klinice od 2 do 4 listopada 1900. Klinicznie rozpoznano na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego (p. fotogram 2), otrzymanego przez nakłócie lędźwiowe, zapalenie opon pneumokokowe. Gdy jednak badanie pośmiertne (kol. Gliński) wykazało obok tego zapalenia zmiany czerwonkowe w kiszce grubej, rozrzucone ogniska martwicze w wątrobie, rozsiane hematogenetyczne ogniska zapalne w płucach i rozpoczynające się krwotoczne zapalenie nerek, wtedy nie mogło ulegać wątpliwości, że zmiany czerwonkowe w kiszkach należało uważać za wro a którėmi zarazek wtargnął do ustroju i że zmiany w wątrobie i płucach zaznaczały drogę, którą kroczył, nim dostał się do wielkiego krążenia i umiejscowił w oponach i nerkach.

Próbę ogniową dla słuszności tego zapatrywania miała stanowić okoliczność, czy zarazek, otrzymany z wysięku oponowego, okaże się identycznym z pochodzącym ze stolców czerwonkowych przypadków poprzednich. Ta tożsamość została też rzeczywiście w całej pełni udowodnioną.

Dwa następne przypadki przytaczam na dowód znacznej, ale niezawsze swoistej zaraźliwości choroby.

Przypadek 4. Ponieważ przypadek pierwszy nie został klinicznie rozpoznany jako czerwonka, nie zarządzono też środków, mających zapobiedz przeniesieniu się choroby na inne dzieci. Temu należy przypisać, że jedno z nich, 6-letni chłopiec, ozdrowieniec po durze brzusznym, już od paru tygodni bez gorączki, zapadło na czerwonkę. Przypadek znamionował się śluzowo-krwawymi stolcami, oddawanymi z pewnem napieraniem, miał jednak przebieg bardzo łagodny, gdyż skończył się zupełnem wyzdrowieniem w przeciągu 10 dni. W stolcach znaleziono obok innych bakteryj, ziarniaki w dwójkach i krótkich łańcuszkach, nie zdołano jednak zwykłymi sposobami otrzymać enterokoka w czystych hodowlach, zwierząt zaś w tym celu nie użyto.

Przypadek 5. U rygorozanta, który wykonał badanie zwłok w przypadku 2-im, rozwinęło się na palcach obu rąk kilka czyraków, a na grzbiecie obu rąk zapalenie tkanki podskórnej. Przez nacięcie wydobyto w klinice chirurgicznej tylko nieco cieczy, zmięszanej z krwią, i ciecz tę przesłano do zbadania do zakładu bakteryologicznego. Badanie drobnowidowe (barwienie błękitem metylenowym) wykazało w bardzo skąpej ilości małe dwoinki (diplokoki) z zaznaczoną otoczką, zresztą żadnych innych bakteryj. W hodowlach na agarze zwykłym i surowiczym nie otrzymano żadnych osad

Nie może chyba ulegać najmniejszej wątpliwości, jeżeli się uwzględni czynnik etyologiczny, wejrzenie zmian chorobowych, obraz drobnowidowy i ujemny zresztą wynik badania bakteryologicznego, że chodziło o zakażenie enterokokiem. (C. d. n.)

II. Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej.

O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym.

Przez

Dra Wł. Ołtuszewskiego.

(Dokończenie).

Pozostaje nam jeszcze poruszyć jedno pytanie, właściwie należące do dziedziny filozofii mowy, wiążące się jednak ściśle z jej psychologią, a mianowicie stosunek umysłu do mowy. W tym względzie winniśmy pamiętać, co następuje: inteligencya stwarza mowę, a nie odwrotnie, gdyż mowa jest tylko jednym z przejawów rozwoju umysłowego, a jak to widzieliśmy, warunki jej powstania, zarówno jak sfery psychicznej, są te same. Niema ścisłej zależności mowy od myśli, gdyż możemy myśleć bez słów. Niezależnie jednak od tego, przy braku rozumienia mowy, oraz myślenia wyrazowego (mowy wewnętrznej), jak to ma miejsce u małych dzieci przed rozwojem ich mowy, oraz u zwierząt, umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach zmysłowego poznania, u dzieci zaś prawidłowych, rozumiejących mowę, a mimo to późno zaczynających mówić, oraz z niemotą ruchową, zależną od braku automatyzmu mowy, wznosi się ono jedynie do granicy niższych pojęć. W rozwoju więc umysłowym osobnika, oprócz zdolności rozumienia mowy, to jest posiadania pojęć słownych, przypisuję mowie samodzielnej, a więc istnieniu mowy wewnętrznej, niezmiernie ważne znaczenie, gdyż użycie wyrazów, jako znaków, zastępujących doświadczenia zmysłowe, przyspiesza rozwój umysłu i niesłychanie ułatwia nasze myślenie.

Przytoczone dane z psychologii oraz filozofii mowy stanowią klucz do rozumienia nieprawidłowego jej rozwoju u dzieci z niedorozwojem psychicznym, oraz zboczeń mowy przy zmianach anatomicznych w mózgu.

Zastanowimy się najprzód nad nieprawidłowościami w rozwoju mowy, w których nie zmiana anatomiczna w ośrodkach słownych, lecz sam niedorozwój powoduje to lub owo zboczenie. U zupełnych idyotów przy braku percepcyi, a więc spostrzeżeń zmysłowych, nie może nawet być mowy o najłatwiejszym, a zarazem najważniejszym akcie rozumienia

mowy, gdyż niedorozwój łącznie z ośrodkami mowy dotyczy przedewszystkiem całego mózgu, jako narządu myśli. Idyoci niezupełni, uzdolnieni do zmysłowych spostrzeżeń oraz kojarzeń, wznoszą się już do możności rozumienia mowy (rozumie się w ograniczonych rozmiarach); upośledzenie jednak zdolności umysłowych przeszkadza im do wyrobienia mowy automatycznej, jak wiemy, nieodzownej przy mowie samodzielnej. To też niekształceni idyoci rzadko przekraczają granicę wygłaszania bełkotliwie pojedyńczych słów dla oznaczania swych pierwotnych sądów i na tym stopniu pozostają zazwyczaj w ciągu całego życia. Tylko u niektórych, tak zwanych ruchowców, może się wytworzyć bezmyślna gadanina, to jest automatyzm mowy, pomimo braku jej rozumienia. U głuptaka, prawie zawsze uzdolnionego do rozumienia mowy, jeśli nie mają miejsca jakiekolwiek zmiany anatomiczne w ośrodkach słownych, mowa, lubo późno, może do pewnego stopnia się rozwinąć, najczęściej jednak długo trwająca niemota przechodzi w bełkotanie, polegające na wytworzeniu się nieprawidłowego automatyzmu mowy, a więc na mowie zupełnie niezrozumiałej Bełkotanie to, pozostawione bez leczenia, przeciąga się zwykle do okresu przedszkolnego, a nawet i później, pozbawiając dzieci możności prawidłowego kształcenia ich umysłu. Nakoniec u dzieci zacofanych mowa rozwija się również bardzo późno, a ustępująca niemota przechodzi zwykle w bełkotanie, ewentualnie wadliwe wymawianie.

Przechodzimy do przypadków niedorozwoju psychicznego, gdzie łącznie z nim występuje zmiana anatomiczna w ośrodkach mowy lub wadliwe ukształtowanie w narządach artykulacyi. Tu należą przedewszystkiem różne postacie niemoty, jak ślepota duchowa, niemota ruchowa i głuchota wyrazowa, o źródłach powstawania których poniżej; dalej bełkotanie, mające swe źródło w ustępującej niemocie ruchowej, mowa nosowa, łącząca się z ustępującą niemotą ruchową[1]) lub zależna od skrócenia podniebienia twardego, stanowiącego jedną z oznak psychicznego zwyrodnienia oraz wadliwe wymawianie, zależne od ustępującego bełkotania, lub różnych organicznych zmian w narządzie artykulacyi. Jąkanie może występować na różnych stopniach niedorozwoju psychicznego, najczęściej jednak przytrafia się u głuptaka i zacofanego.

Przy rozpoznawaniu niemoty, pewne trudności przedstawia określenie, od jakich warunków ona zależy. Wobec braku rozumienia mowy winniśmy uwzględniać ślepotę duchową przy zupełnym idyotyzmie i głuchotę wyrazową, uwarunkowaną upośledzeniem pamięci zmysłowej słuchowej, którą znów należy wyróżniać od głuchoty pozakorowej u dzieci z prawidłową inteligencyą, zależnej od zmian w obwodowym narządzie słuchu z zachowaniem resztek czynności tego narządu (przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych obustronnych częściowych zmian w błędniku, oraz przypadki obustronnych częściowych zmian w uchu środkowem). Głuchota pozakorowa różni się od głuchoty wyrazowej brakiem znaków zwyrodnienia, w szczególności zmian czaszki, tak co do jej objętości, jako też i kształtu, oraz mniej lub więcej prawidłową sferą umysłową. Dane te okazują się tem ważniejsze, że badanie błędnika u małych dzieci przedstawia często bardzo poważne trudności. Niemota ruchowa, przytrafiająca się najczęściej przy porażeniach mózgowych wieku dziecięcego, może mieć źródło w upośledzeniu pamięci słownych zmysłowych: słuchowej i ruchowej, w zmianach okolicy Broca, lub też w ośrodku średnim. Rozpoznawanie bełkotania, ewentualnie wadliwego wymawiania, mowy nosowej, oraz jąkania, nie przedstawia zazwyczaj żadnej trudności.

Wykazany dotychczas związek pomiędzy osłabieniem sfery umysłowej, a różnemi zboczeniami mowy najlepiej nam uzmysławia liczebny stosunek, jaki zajmuje niedorozwój psychiczny w etyologii zboczeń mowy Pozwalam sobie w tym względzie przytoczyć odnośne liczby, oparte na materyale klinicznym z ostatnich lat 8. Na 1405 przypadków zboczeń mowy, spostrzeganych ogółem w Zakładzie moim od lipca 1892/1893 do lipca 1900/1901, niedorozwój, łącznie z porażeniami mózgowemi wieku dziecięcego, spowodował zboczenia mowy w 184 przypadkach [1]). Liczba ta rozdzieliła się na różne kategorye zboczeń mowy w sposób następujący: na 265 przypadków niemoty u dzieci niedorozwój okazał się w 90 przypadkach, na 67 przypadków bełkotania — w 38, na 251 przypadków wadliwego wymawiania — w 29, na 56 przypadków mowy nosowej — w 11, nakoniec na 718 przypadków jąkania — w 16 (38 przypadków niemoty u dorosłych, oraz 10 przypadków trzepotania nie łączył się z niedorozwojem). Odliczając od wyżej podanych liczb niemoty u dzieci, bełkotania i mowy nosowej, znaczną ilość przypadków niemoty, spowodowanej wrodzoną lub nabytą głuchotą, oraz bełkotania i mowy nosowej pochodzenia dyzartrycznego, okazuje się, że niedorozwój, łącznie z porażeniami wieku dziecięcego, odgrywa w rzędzie przyczyn niemoty, bełkotania i mowy nosowej u dzieci rolę pierwszorzędną. Zgadza się to w zupełności z przedstawioną powyżej psychofizyologiczną podstawą rozwoju mowy u dziecka i stosunkiem umysłu do mowy, uwydatniając, że mowa jest ważnym objawem psychicznym, że więc przy osłabieniu sfery umysłowej łatwo mogą występować różne zboczenia mowy.

Rokowanie przy leczeniu zboczeń mowy pozostaje w związku ze stopniem niedorozwoju, oraz zmianą anatomiczną w ośrodkach słownych. Na zasadzie otrzymanych wyników ośmielam się twierdzić, że uleczalność zboczeń mowy przy idyotyzmie niezupełnym u głuptaków, oraz zacofanych, nie podlega żadnej wątpliwości

Mowa, jak to wyżej powiedziałem, stanowi do pewnego stopnia wykładnik inteligencyi, a do jej wytworzenia się potrzebne są te same czynniki, co do rozwoju poznania. Oto powód, dlaczego przy leczeniu zboczeń mowy u dzieci z niedorozwojem należy brać jednocześnie pod uwagę rozwijanie sfery umysłowej. Leczenie niemoty polega na wzmocnieniu lub przywróceniu pamięci słownej zmysłowej, oraz skojarzeniowej w ośrodku średnim (mowa automatyczna), lub tylnym (pojęcia słowne, mowa samodzielna). Rozumie się, że leczenie niemoty, zależnej tylko od osłabienia sfery inte-

[1]) Uwarunkowana ona jest w tym razie upośledzeniem czynności ośrodków ruchowych kory, powodującem niedokładne rozgraniczenie przez podniebienie miękkie jamy ustnej od jamy nosowo-gardzielowej.

[1]) Liczbę tę uważam jedynie za przybliżoną, gdyż faktycznie jest ona daleko większą, a to z powodu braku w wielu przypadkach ścisłych wywiadów, trudności, przedstawiających się przy określaniu sfery umysłowej u małych dzieci i t. d.

lektualnej, będzie łatwiejsze, aniżeli uwarunkowanej zmianą anatomiczną. Możliwość leczenia niemoty, stwierdzona tak własnem doświadczeniem, jako też i innych, nie powinna nas bynajmniej dziwić, jeśli przyjmiemy pod uwagę: 1) że pamięć słowną zmysłową lub skojarzeniową można wyrobić lub przywrócić, stosując właściwe ćwiczenia, podobnie jak to ma miejsce przy rozwijaniu sfery poznania; 2) że nawet przy zmianie anatomicznej w jakimbądź ośrodku słownym zmysłowym lub skojarzeniowym rzadko się przytrafia, aby całe jego pole uległo zniszczeniu; pozostałe więc komórki mogą wziąść na siebie rolę zastępczą: 3) że niema dobrej racyi zaprzeczać temu, aby i półkula prawa nie mogła przyjąć w tym względzie pewnego udziału. Skuteczność leczenia niemoty zależy od dokładnego określenia wszystkich wyżej omówionych jej postaci. Wytworzenie brakujących dźwięków, lub poprawienie nieprawidłowo wygłaszanych przy wadliwem wymawianiu, a łącznie z tem uświadomienie porządku następowania po sobie głosek i sylab przy bełkotaniu, stanowi zasadę leczenia obu tych zboczeń i daje zupełnie dobre wyniki. Leczenie mowy nosowej polega na usuwaniu towarzyszącego jej bełkotania, oraz odpowiedniej gimnastyce podniebienia miękiego, mającego za zadanie przywrócenie ścisłego rozgraniczenia jamy ustnej od nosowogardzielowej przy wygłaszaniu różnych dźwięków. Nawet przy skróceniu podniebienia twardego lub jego rozszczepach leczenie to znajduje swoje zastosowanie i daje dobre wyniki. Nakoniec leczenie jąkania, obok stosowania w wielu przypadkach środków, ogólnie działających na układ nerwowy, polega na usuwaniu skurczów w oddechu, głosie i artykulacyi przy pomocy odpowiednio zastosowanej świadomej gimnastyki.

O ważności leczenia zboczeńmowy przy niedorozwoju psychicznym chyba rozwodzić się nie potrzebuję. Najjaskrawiej dowodzą tego przypadki z niemotą, bełkotaniem lub mową nosową, w szczególności uwarunkowane zmianą anatomiczną, w których, pomimo nieznacznego upośledzenia sfery umysłowej, nieleczone zboczenie mowy pozostaje bez zmiany do okresu przedszkolnego, a nawet i później, uniemożebniając rozwój sfery umysłowej. Tem więcej dotyczy to zboczeń mowy u niezupełnych idyotów oraz głuptaków.

Brak miejsca nie pozwala mi na przytaczanie licznych przypadków niedorozwoju psychicznego z różnemi zboczeniami mowy. w których udało mi się przeprowadzić do końca systematyczne leczenie z zupełnie pomyślnym wynikiem. Interesujący się tym przedmiotem czytelnik znajdzie je w siedmiu drukowanych przyczynkach do nauki o zboczeniach mowy. (*Medycyna* 1893. 94, 95, 96, 97, 98, 99), jak również w wyżej pomienionych pracach, dotyczących stosunku porażeń mózgowych, oraz niedorozwoju, do różnych kategoryj zboczeń mowy.

Z tego, co dotychczas powiedziałem, wynika. że zboczenia mowy pozostają w ścisłym związku z niedorozwojem psychicznym tak pod względem przyczyny, jako też i metody leczniczej, że lekarz zajmujący się zboczeniami mowy winien być obeznany z ich patogenezą, a zakład dla zboczeń mowy jest jednocześnie nieodzowną instytucyą dla dzieci upośledzonych umysłowo, tembardziej, że najcięższe postacie zboczeń mowy, a mianowicie uwarunkowane zmianą anatomiczną, zazwyczaj bywają tu kierowane. Zwiedzając zakłady zagraniczne dla idyotów, bardzo często, szczególniej we Francyi, spotykałem dzieci wprawdzie posunięte pod względem umysłowym, ale nieme lub bełkocące mimo to, iż według mego doświadczenia przypadki te najzupełniej nadawały się do leczenia. Pochodzi to ztąd, że bardzo rzadko lekarz, obeznany z patologią mowy, jest zarazem kierownikiem zakładu dla dzieci umysłowo upośledzonych. Stanowi to bezsprzecznie ujemną stronę zakładów francuzkich, obok niewątpliwie wielkich ich zalet pod względem pedagogicznym.

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira*).*

Salus publica suprema lex.

Mowa jest najważniejszem narzędziem nauki, jest pierwszorzędnym pośrednikiem wykształcenia i postępu, niezbędną podstawą umysłowości. Przyczynia się ona również do wyższego rozwoju pojęć i myślenia w tej mierze, że bez niej człowiek nigdy nie może osiągnąć pewnego stopnia rozwoju umysłowego. Nierozdzielny węzeł łączy ducha z mową i właściwości pierwszego wyciskają się niezatartem piętnem na drugiej. Znany uczony niemiecki Momsen, poświęca mowie następujące słowa: „żadna inna czynność nie wiąże się tak z istotnym warunkiem ducha ludzkiego; ciemny z urodzenia, choćby się i nie nauczył rachunków, byłby wprawdzie człowiekiem nader ułomnym, człowiekiem przecież...; lecz kto się urodził niemym, ten jest niemal zupełnie bezmyślny i na odwrót, kto się urodził z umysłem tępym, niezdoła także mówić; a gdy całe nasze myślenie i nauka drogą mowy nabywać się musi, to nie dziw, że czyja zdolność mowy jest spotęgowana, bywa także zdolniejszym do myślenia i do uczenia się. Za tem rozwojem naszej mowy najwłaściwiej zaznacza się ostateczny wynik naszego ludzkiego wykształcenia“. Mowa służy do zbliżenia ludzi do siebie, do wzajemnego sobie udzielania wrażeń, a pośrednio do gromadzenia się w społeczeństwa, narody, przez wspólne interesa, dążenia i cele, wspólny język, wspólne dzieje i wspólne rozwinięcie się duchowe. Dla tego też mowa jest najznaczniejszą i najdosadniejszą cechą, odróżniającą człowieka od zwierzęcia, a stopień rozwoju języka i piśmiennictwa, słusznie jest uważany jako skala dla oznaczenia stopy umysłowego rozwoju narodu. Język jest bowiem arką przymierza narodu, w której on złożył, jak mówi poeta: „swych myśli przędzę i swych uczuć kwiaty.“

Najwybitniej i najwznioślej występuje siła mowy w porywającym wpływie dzielnego mowcy, czy to będzie z katedry nauczycielskiej, kaznodziejskiej, z trybuny politycznej lub też przed czołem zastępów wojennych. Historya wszystkich wieków i narodów wykazała nam niezliczone przykłady tej żywiołowej czasem potęgi porywającej nieprzepartą siłą całe rzesze do czynów nadludzkich, bohaterskich, ofiarnych i szlachetnych, którą za pośrednictwem mowy wywrzeć można.

Trafnie też wyraża się Oettinger o mowie: „Jakże zresztą lekceważyć mowę, ów pierwszy bezpośredni objaw wcielającego się ducha ludzkiego, owego lotnego gońca myśli i uczuć, natchnionego wprost ich promiennem światłem, ich żywotnem ciepłem; ową pierwotną, powiewną, a przytulną szatę, ulaną na samym duchu, co się z nim tak ściśle zrosła, że cała nim przesiąkła, że z nim nierozdzielną niemal stanowi jedność, że się nawet oderwać nie daje bez dotkliwego dlań uszczerbku. Boć przez mowę dopiero myśl się rozwija, kształci, urabia i jakby w kryształowem przeźroczu uwidomia; dla tego język jest czemś więcej daleko, niż prostą, zewnętrzną, łatwo zrzucalną powłoką, lecz jest poniekąd już samym uosobionym duchem narodu, jest niewyczerpaną skarbnicą jego bogactw.“

*) Według wykładu mianego w Sekcyi laryngologiczno-otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

To osobnicze, jako też społeczne i historyczne znaczenie zawdzięcza mowa zmysłowi słuchowemu, za którego pośrednictwem dopiero może ona wywierać swój wpływ na umysł ludzki, budząc wyobraźnię, pojęcia, uczucia i myśli. Słuch jest dopiero tem narzędziem, które umożliwia udzielenie się bliźnim, wzajemne się porozumienie i współdziałanie za pomocą mowy. Z tego wynika olbrzymia doniosłość słuchu dla osobnika i dla ludzkości. Więcej niż inne zmysły przyczynia się słuch do wykształcenia umysłu i serca. Za pomocą słuchu słyszymy nietylko szmery, dźwięki i mowę ludzką, lecz także pojmujemy i samą myśl (Billon).

Zmysły wogóle są to furty, któremi wrażenia świata zewnętrznego dostają się do świadomości, wytwarzając wyobrażenia i pojęcia, podstawy myślenia i rozumowania. Niesprawne zmysły wytwarzają niedokładne wrażenia i niejasne pojęcia, a zatem nielogiczność w myśleniu i spaczoną poczytalność. Najbardziej jednak głuchota wyciska swoje piętno na całej istocie nietylko fizycznej, lecz i duchowej dotkniętych nią osób. Rall powiada: „L'ouie est le plus intellectuel de tous les sens.“ Mantegazza w swojej „Higienie zmysłów“ nazywa słuch „zmysłem społecznym *par excellence.*“ Słuch pośrednicząc w uprzystępnieniu harmonij tonów do serca ludzkiego, jest źródłem niewysłowionych rozkoszy. Wpływ muzyki na nastrój duchowy powszechnie jest znany. Nic tak nie trafia do duszy, jak piękny i dźwięczny śpiew i wzruszająca muzyka; muzyka budzi i na wierzch wydobywa drzemiące w głębi duszy szlachetne uczucia oraz natchnienia. Nic nie daje się porównać do czarodziejskiej potęgi śpiewu: „In der Harmonie der Töne löst sich alle Disharmonie des Daseins wohltuend auf;“ to też poeci wszystkich prawie czasów i narodów opiewają potęgę tego daru boskiego. Leon Scott nazywa słuch „cudem cudów;“ Vigna porównując słuch z innymi zmysłami powiada: „bez zmysłów dotyku, powonienia, smaku i wzroku przedmioty nie straciłyby twardości i innych własności dotykalnych; woń kwiatów nie przestałaby istnieć, rozpuszczalność pewnych substancyj nie zginęłaby, a światło nie zgasłoby i świąt nie okryłby się pomroką i ciemnością, gdyby wszystkie istoty żyjące były ślepe. Dźwięk zaś będąc tylko objawem i skutkiem słuchu, nie jest przedmiotem uchwytnym i nie mógłby istnieć bez zmysłu słuchowego. Bez słuchu zostałyby tylko zwyczajne fale i ruchy powietrzne nie wywołując nigdy tonu.“

Znaczenie słuchu, jak wogóle zmysłów dla umysłu i pojętności poznano i oceniono należycie już w starożytności. Aristoteles powiada: „Nihil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu“ Pliniusz twierdzi, że życie umysłowe zasadza się na słuchu i uważa głuchoniemych za umysłowo nieudolnych. Justynian odmawia w swoich „Institutiones“ głuchoniemym i obłąkanym wszystkich praw obywatelskich: „Quia mente carent, quoniam mentem non habent.“ Głuchoniemych uważano za małoletnich i od Justyniana aż do naszych czasów prowadzą spór prawnicy, czy należy głuchoniemym zezwalać na związek małżeński. Historya porównawcza piśmiennictwa poucza, że rozum ma te same granice, co mowa. Z tego też powodu zdolność pojęcia u głuchego jest ograniczona. Inteligencya głuchoniemego leży w ramach mowy. Słuszną czyni Lecat uwagę, że głuchoniemota równa się przedwczesnej śmierci, ze względu na znakomity udział słuchu w rozwoju rozumu.

Zgubny wpływ tępoty słuchu na władze umysłowe objawia się dosadnie i odbija się wybitnie we wszystkich stosunkach życiowych. Głuchy wycofuje się z towarzystwa, stroni od wesołych zabaw, ogranicza swoje stosunki z ludźmi i zupełnie odcięty od świata, staje się tem smutniejszym, przygnębionym i więcej nieszczęśliwym od ślepego. Ślepy nigdy nie jest sam, znajduje pociechę w głębi lasów w szeleście liści, w brzęczeniu owadów, cieszy się, jeżeli ktoś do niego się zbliża i w przyjemnej rozmowie może zapomnieć o swem kalectwie i nieszczęściu. Głuchy natomiast zawsze jest opuszczony, osamotniony bez troskliwego uprzejmego obcowania, pozbawiony rozkoszy słów przyjaznych i serdecznych otoczenia. Ślepemu brak światła i widoków, głuchemu brak głównego zmysłu życia społecznego i towarzyskiego. Głuchota jest jedną z wad cielesnych, które czynią człowieka odludkiem i niekiedy pociągają za sobą wady umysłowe. „Głuchy jest bezwątpienia tysiąc razy nieszczęśliwszy od ślepego“ powiada Mantegazza. „Duch głuchych objęty jest wiecznym snem. Wykształcony ślepy jest obcym w świecie fizycznym, wykształcony głuchy jest obcym w świecie duchowym“ (Bonnafont). Historya poucza, że ślepi są więcej inteligentni niż głusi; dzieje oświaty wykazują, że ślepo urodzony może osiągnąć nieraz wysoki stopień inteligencyi, może się odznaczyć pewnemi zdolnościami umysłowemi i artystycznemi; między ślepymi znajdujemy wielką liczbę sławnych ludzi na polu nauki, sztuki i przemysłu tak, że się zwykle mówi: pilny, uważny, zastanawiający się i głęboki — jak ślepy. Nigdy zaś czegoś podobnego nie zauważano u głuchoniemego z urodzenia, z wyjątkiem jednego Berthier, który pomimo że był głuchoniemy, ogłosił pracę literacką.

Rozdrażnienie nerwowe i usposobienie posępne, które często temu kalectwu towarzyszy, wyradza nierzadko różne psychozy. Najczęściej prowadzi do zboczeń umysłowych, występujących w postaci omamów lub złudzeń słuchowych. Osłabienie słuchu powoduje niedokładne wrażenia w ośrodku zmysłowym podkorowym i stanowi punkt wyjścia dla mylnych wyobrażeń w ośrodku korowym i w następstwie prowadzi do omamów. Nieporozumienia wynikłe ze złego słyszenia dają często powód do przykrych a czasem i gwałtownych scen. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Prof. Wassermann. **O przyczynach odporności przyrodzonej względem pewnych zakażeń.** *(Deutsch. med. Wochs.* Nr. 1, 1901). Powszechnie znaną jest rzeczą, że wrażliwość na pewien rodzaj zakażenia bywa bardzo rozmaitą u różnych gatunków zwierząt, jakoteż i u różnych osobników tegosamego gatunku. Tę przyrodzoną (naturalną) odporność tłómaczono głównie w dwojaki sposób: jedni za wzorem Miecznikowa sprowadzali ją do znanej teoryi fagocytozy; drudzy, głównie Niemcy, stwierdzając, iż niejednokrotnie bakterye giną w ustroju bez przyczynienia się fagocytów, odnosili odporność przyrodzoną do bakteryobójczego działania soków ustroju w myśl teoryi „humoralnej“, stanowiącej podstawę leczenia surowicami. Opierano się przytem na spostrzeżeniu, że surowica zwierząt odpornych zabija bakterye także „in vitro“ — poza ustrojem, a to wskutek zawartych już w prawidłowej surowicy aleksynów. Głównym teoryi „humoralnej“ autorem był Buchner. Teorya Buchnera spotkała się jednak z krytyką (Baumgarten, Fischer i inni), opierającą się na tem, że z działania surowic „in vitro“ nie można wnosić o działaniu ich w ustroju, i że nie zawsze surowica zwierząt z natury odpornych posiada in „vitro“ bakteryobójcze działanie. W doświadczeniach własnych, zmierzających do rozstrzygnięcia spornej tej sprawy, oparł się W. na zdobyczach, uzyskanych przy badaniu surowic zwierząt sztucznie uodpornionych. Surowice te, posiadające swoiste bakteryobójcze własności, zawierają, jak się okazało, dwie odrębne substancye, z których jedna (Zwischen = albo Immunkörper Ehrlicha, substance sensibilatrice Bordeta) ściąga drugą, (Complement Ehrlicha) ku bakteryom, mającym uledz zagładzie. Pierwsza substancya znajduje się obficiej tylko w surowicy zwierząt sztucznie uodpornionych; druga, mająca cechy trawiącego bakterye enzymu, istnieje zawsze w znacznej ilości w surowicy zwykłej, jest więc tem samem, co aleksyna Buchnera. Otóż okazało się, że można sztucznie wytworzyć substancye, przeciwdziałające aleksynom, to jest antyaleksyny, (względnie antykomplementy), np. u królika można wytworzyć substancyę, przeciwdziałającą aleksynom krwi morskich świnek, zapomocą wielokrotnych wstrzykiwań zwykłej surowicy z morskich świnek owemu królikowi. Wassermann wniósł zatem z tego, że zapomocą takich antyaleksyn (powstałych np. w krwi królika) powinnyby aleksyny (w prawidłowej krwi morskich świnek) dać się związać, zobojętnić, — a wówczas powinnyby tak przygotowane świnki ulegać łatwo zakażeniu, wobec którego przedtem były odporne. Gdyby tak było, wówczas zyskałoby się stanowczy dowód, że teorya Buchnera co do odporności naturalnej jest słuszną. I otóż doświadczeniem dało się to rozumowanie W. sprawdzić i potwierdzić. Świnki morskie, (które są z na-

tury odporne na dur), zaszczepione prątkami durowymi i zwykłą surowicą królika, pozostawały przy życiu; natomiast świnki, zaszczepione tąsamą dawką hodowli durowej i surowicą królika, w której we wspomniany sposób wytworzono antyaleksyny, ginęły wkrótce na ogólne zakażenie prątkiem durowym. Podobne wyniki dały doświadczenie z gronkowcami. Ztąd wniosek, zdaje się niezbity, że odporności naturalnej przyczyną główną jest obecność w ustroju aleksyn, (czyli komplementów według określenia Ehrlicha). Oczywiście jest rzeczą praktycznie bardzo doniosłą, czy ustrój zawiera te aleksyny w dostatecznej ilości, a więc byłoby bardzo pożądane wykryć sposób, zapomocą którego możnaby zapas aleksynów ustroju dokładnie ilościowo określać; tem większe znaczenie miałoby rozstrzygnięcie pytania, czy ilość aleksynów w ustroju można — i w jaki sposób — sztucznie zwiększyć. *Ciechanowski.*

Prof. Loeffler i Uhlenhuth. **O szczepieniu ochronnem przeciw zarazie pyskoworacicznej,** w szczególności o surowicy ochronnej dla nierogacizny i owiec. *(Deuts. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Ze względu na stwierdzone przenoszenie się zarazy pyskoworacicznej z bydła na ludzi zasługuje praca L. i U. na uwagę lekarzy. Autorowie podają, że w zakładzie higienicznym w Gryfii zdołano wytworzyć surowicę, zapomocą której można uodpornić nierogaciznę przeciw następnemu sztucznemu, jak i naturalnemu zakażeniu. Surowica ta działa także korzystnie u bydła rogatego, ale dopiero w bardzo wielkich dawkach, z tego względu nie nadaje się u bydła do zastosowania na szerszą skalę. Natomiast można z jej pomocą pewnie i szybko przerwać szerzenie się zarazy wśród owiec i nierogacizny. (Otrzymywanie surowicy, wyrabianej w odpowiedniej jakości przez fabryki farb w Höchst, jest według autorów bardzo trudne). *Z.*

Ráskai. **W sprawie patogenezy rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** *(Deut. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Wyhodowawszy z ropnia przyjądrza, powstałego w miesiąc po ostrem zapaleniu, a wogóle rzadko się zdarzającego, jadowite dwoinki rzeżączkowe, zwalcza R. do dziś dnia gdzieniegdzie utrzymujące się zapatrywanie, że drobnoustrój ten nie jest jedyną i wyłączną przyczyną powikłań rzeżączki, zwłaszcza późno występujących. *Z.*

Prof. Deycke. **W sprawie etyologii dyzenteryi.** *(Deut. med. Wochs.* 1901, Nr. 1). Autor spotykał stale i obficie w przypadkach dyzenteryi w Konstantynopolu prątki, podobne do prątków durowych. Koty, żywione czystą hodowlą tych prątków, ginęły po 1—3 dniach na klinicznie i anatomicznie typową dyzenteryę. Pełzaków (ameb) nie spotykał D. w dyzenteryi ani u kotów, ani u ludzi. *C.*

Marcus. **W sprawie przechodzenia bakteryi przez ścianę jelit.** (*Wien. klin. Wochs.* 1901, Nr. 1). W przypadkach zakażeń ogólnych bez znanego punktu wyjścia uciekano się często do przypuszczenia, że wrotami zakażenia są w tym razie jelita, przez których ściany, jak sądzono, łatwo w głąb ustroju dostają się bakterye np. już wskutek zastoju kału. Doświadczenia niektórych autorów np. Posnera i Lewina, zdawały się to przypuszczenie potwierdzać. Już przy stosunkowo nieznacznym, doświadczalnie wywołanym zastoju kału miała, zdaniem tych autorów, ściana jelita przed wystąpieniem zmian makroskopowych i mikroskopowych stawać się dla drobnoustrojów przepuszczalną, wskutek czego ulegał zakażeniu narząd moczowy, a nawet cały ustrój. M. już w dawniejszych swych badaniach wykazał, że występujące po podwiązaniu kiszki grubej zakażenie ogólne nie jest skutkiem wpływu zastoju kału, ale mechanicznego uszkodzenia ścian jelita i tkanek sąsiednich przez podwiązkę i t. p. Zakażenie zaś narządu moczowego u zwierząt, którym zamknięto ujście odbytu i cewki moczowej wspólnym szczelnym opatrunkiem również nie jest skutkiem zastoju kału, lecz przedostawania się bakteryi z kałem popod opatrunkiem z odbytu do dróg moczowych. Jeżeli się nie posługuje takimi błędnymi sposobami, to dochodzi się do wyników zgoła odmiennych, mianowicie do wniosku, że sam zastój kału (bez wpływów ubocznych) niełatwo wywołuje przechodzenie bakteryi przez ścianę jelita, a jeżeli się to zdarzy, to odbywa się stosunkowo bardzo powoli przez stopniowe, warstwowe przerastanie bakteryi w ścianę jelita. Wynik taki otrzymał np. Buchbinder w sposób następujący: przez wsunięty w jelito głęboko cewnik wprowadzał on bakterye do pewnego odcinka jelita, odcinek ten zamykał z obu stron i badał, po jakim czasie pojawią się bakterye na powierzchni surowiczej tego odcinka. Otóż pojawiały się one dopiero po długim czasie, kiedy czynność ścian jelita uległa ciężkim zaburzeniom (porażeniu, stwierdzonemu zapomocą badania pobudliwości elektrycznej). M. w stu przeszło doświadczeniach, zamykając szczelnie odbyt, i osobno szczelnie tamując odpływ moczu, przekonał się również, że sam zastój kału, nawet znaczny, nie prowadzi do przechodzenia bakteryi przez ściany jelit i zakażenia ogólnego, ani dróg moczowych. *Ciechanowski.*

Prof. Schmidt. **Usterki flaszek do karmienia niemowląt i sposób ich usunięcia.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 1). Usterki flaszek do karmienia niemowląt dadzą się krótko zebrać w następujący sposób: pokarm wypływa z nich zbyt łatwo, gdyż przy użyciu siły ssącej kilkakroć mniejszej, niż z piersi matki (jak to wykazały dokładne pomiary manometryczne). Następstwem tego jest przepełnienie żołądka, a wskutek tego, że dzieci nie nużą się ssaniem, — płacz, wywołujący łatwo wymioty. Jeżeli niemowlę ssie silnie, wówczas nasadka gumowa flaszki łatwo się spłaszcza i zupełnie pokarmu nie przepuszcza. Dalej ważnym bardzo błędem jest to, że ssąc flaszkę, dzieci połykają bardzo dużo powietrza w chwili, gdy dziecko nasadkę z ust wypuszcza, co następuje ciągle, bo tylko przez nasadkę może dostać się powietrze do flaszki i wyrównać ubytek ciśnienia wewnątrz flaszki, wywołany przez ssanie a tamujący dalszy wypływ pokarmu. Wskutek tej usterki nietylko dziecko ssie niejednostajnie, ale także połykane powietrze rozdyma bardzo żołądek. Tą ostatnią wadę flaszek starano się usunąć przez dodanie wentylów, wpuszczających powietrze do flaszki w miarę potrzeby przez osobny otwór. Wentyle te jednak powinny się dać stósownie nastawiać (w miarę siły ssącej, jaką dziecko rozwija), o czem dotąd nie pomyślano. S. podaje więc nasadkę niepodatną (aby się nie spłaszczała) ze szczelinowatymi otworami na szczycie, a bardzo prostym wentylem z boku w postaci otworu o grubym brzegu, zamykanego aluminiową stożkowatą śrubą ciaśniej lub luźniej. Wentyl ten działa dzięki sprężystości kauczuku. Z początku ssania wentyl jest zamknięty; skoro dziecko ssać pocznie, otwiera się go zwolna do potrzebnego stopnia. Po ssaniu łatwo całą nasadkę wyjałowić gotowaniem i t. p. Dobroć przyrządu wypróbowano w klinice w Bonn[1]). *Z.*

M. W Herman. **Kilka słów w sprawie aseptyki cewnikowania.** (*Nowiny lekarskie* Zeszyt 1. 1901). Cewniki metalowe i miękkie gumowe (Nelatona) napewno możemy wyjałowić przez gotowanie we wrzącej wodzie. Pewną trudność w wyjałowieniu sprawiają cewniki elastyczne jedwabne, bez ktorych w praktyce lekarskiej dla ich zalet obejść się nie można. Używane do odkażania roczczyny wodne kwasu karbolowego 3 i 5%, lisol 2%, roczczyn sublimatu, kwas siarkowy, formalina, a do wyjałowienia gorąco suche, para przegrzana wyżej 100°, para wodna, woda wrząca nie nadają się do tego celu, a to dlatego, że jedne ze wspomnianych roczczynów niszczą te cewniki, inne nie odkażają na pewno, a niektóre z nich, jak np. formalina, niedadzą się dokładnie zmyć z powierzchni cewnika, przez co drażnią błonę śluzową cewki i wywołują jej zapalenie, — wyjałowienie zaś sposobami wspomnianymi wymaga bądź użycia osobnych niedogodnych przyrządów, bądź też, jak np. woda wrząca, niszczy najlepsze nawet wyroby. Idzie o to, że niejednokrotnie zmuszeni jesteśmy wprowadzanie cewnika powierzyć samemu choremu,

Autor używa do wyjałowienia nasyconego roztworu wodnego siarczanu amonowego (zaleconego niedawno przez Elsberga do wyjałowienia katgutu), w którym bez szkody gotować można cewniki Nelatona i jedwabne przez kilka nawet godzin; co więcej nabywają one przez to pewnej miękkości i elastyczności, jakiej przedtem nieposiadały i własności te stale zachowują. Nawet kilkadziesiąt razy gotowane nie zmieniają się zupełnie, a wyjęte wprost z roczczynu i wprowadzone do cewki niedrażnią jej.

W zakończeniu swej pracy podaje autor przepisy, jakich przestrzegać trzeba, by uniknąć zakażenia pęcherza z sąsiedztwa. Znane zresztą przepisy: obmycie dokładne napletka i żołędzi, wystrzykanie cewki wodą borową, pokrycie części rodnych i ich sąsiedztwa gazą sublimatową lub wyjałowioną, a wreszcie dokładne obmycie i odkażenie rąk. Do natarcia cewnika używa autor wyjałowionej waseliny, a po odpuszczeniu moczu, nawet wtedy, gdy niema objawów nieżytu pęcherza, radzi przepłókać go wodą borową i pozostawić kilkanaście jej gramów w pęcherzu. *Dr. Żydłowicz.*

Edmund Stern-Mannheim. **Wrzód twardy, umiejscowiony na skórze szyi.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* Tom LIII, 1 z., 1900). Autor opisuje przypadek kiły pierwotnej na skórze, szyi u kobiety, cierpiącej na przewlekły wyprysk sączący twarzy, szyi i kończyn górnych. Na granicy porostu włosów, po lewej stronie szyi, znajduje się wrzód okrągły, średnicy przeszło 5 cm., o dnie naciekłem i pokrytem wydzieliną ropną; — brzegi jego wyniosłe nad powierzchnię skóry na wysokość 1 cm., chrząstkowato twarde. Gruczoły sąsiednie (poza tylnym brzegiem mięśnia mostkosutko-obojczykowego) po odpowiedniej stronie swoiście obrzękłe. Przy leczeniu miejscowem (plaster rtęciowy) zmiana pierwotna zagoiła się w zupełności, nawet bez pozostawienia blizny; dowód, że nawet

[1]) Do nabycia u Ollendorff-Wildena, Bonn. Friedrichsplatz, po 1 M. 25 fenig.

największe wrzody pierwotne mogą po wyleczeniu nie pozostawić po sobie i śladu. W okresie wybuchu kiły drugorzędnej (postać plamisto-guzkowa) dlatego leczono chorą wstrzykiwaniami podskórnemi rozczynu sublimatu, że leczenie wcieraniami pogorszyłoby niewątpliwie wyprysk. Sposobu, w jaki do zakażenia jadem kiłowym przyszło, nie udało się wykazać. Kiła pierwotna i pierwsza wysypka była u chorej w r. 1890; w r. 1891 i 1893 wystąpiły nawroty pod postacią rozległych kłykcin sączących w jamie ust i w okolicy odbytu, a w r. 1894 zapalenie kiłowe tęczówki. *Dr. Władysław Żydłowicz.*

Osipoff. **Wpływ zatrucia jadem kiełbasianym na ośrodkowy układ nerwowy.** *(Annales de l' Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). Właściwą przyczynę zatrucia jadem kiełbasianym (*botulismus)* wykrył dopiero r. 1895 Ermengem w postaci prątka bezpowietrznego (anaerobius), nazwanego przez odkrywcę *bac. botulinus.* Ze względu na występujące w zatruciu kiełbasianem objawy nerwowe zajęło się kilku autorów badaniem zmian anatomicznych w mózgu i rdzeniu, dochodząc do wyników między sobą sprzecznych. Z tego względu podjął O. doświadczenia na zwierzętach z czystymi jadami, wydzielonymi z hodowli swoistego prątka i doszedł do następujących wyników. Zapomocą jadów *b. botulinus* można wywołać doświadczalnie u świnek morskich, kotów i małp takiesame ciężkie objawy nerwowe, jakie występują w zatruciu kiełbasianem u człowieka. Podstawa tych objawów są znaczne zmiany w naczyniach i komórkach nerwowych. Zmiany w komórkach nerwowych, dające się wykazać zapomocą barwienia sposobem Nissla, nie są swoiste, t. j. nie różnią się jakością od zmian, wywołanych przez różne inne jady np. błoniczy lub tężcowy, jedynie wydają się być znaczniejsze. *C.*

Gluziński (Lwów). **W sprawie leczenia trawiennego** (peptycznego) **wrzodu żołądka.** *(Odczyty kliniczne,* serya XII; zeszyt 8). Na podstawie materyału sekcyjnego i licznych spostrzeżeń klinicznych twierdzi autor, że w etyologii powyższego cierpienia pierwszorzędną odgrywają rolę następujące czynniki: a) mechaniczne i chemiczne urazy, wywierane na błonę śluzową żołądka. Tu należą błędy dyetetyczne, gwałtowne wymioty, spożywanie nadmiernych ilości drażniących płynów i t. d. b) Ogólne stany chorobowe, sprowadzające zmiany w składzie krwi i naczyń: — białaczka, choroba Werlhoffa, czasem wązkość tętnicy głównej. c) Miejscowe (w obrębie żyły wrotnej) lub ogólne zaburzenia w krążeniu, jeśli równocześnie istnieją zmiany w ścianach naczyń, — wady sercowe, schorzenia narządu oddechowego, miażdżyca tętnic i t. d. d) Choroby zakaźne i wreszcie e) uszkodzenia zewnętrzne. Z tych kilku punktów łatwo wysnuć całe postępowanie zapobiegawcze; trudno atoli oddać w krótkiem streszczeniu nader wyczerpująco opracowane postępowanie lecznicze. Dlategoteż referent może się ograniczyć do podkreślenia jedynie najważniejszych zasad, zawartych w tej bardzo pouczającej rozprawce: — więc w przypadkach z upośledzoną mechaniczną czynnością żołądka, a nadmiernem wydzielaniem kwasu żołądkowego należy zalecić odpowiednią dyetę, uwolnić żołądek od zastoju pokarmów i podać środki, obniżające kwasotę żołądkową. Jeśli przy takim sposobie leczenia wynik jest dobry, wówczas jasną jest rzeczą, że stagnacya pokarmów była tylko przejściową i jest następstwem czynnościowego a nie mechanicznego zwężenia odźwiernika, — w ostatnim przypadku wskazany jest zabieg chirurgiczny i to im wcześniej, tem lepiej. Po usunięciu przeszkody mechanicznej należy postępować w myśl powyżej przytoczonych wskazówek. Wrzody żołądkowe, przechodzące w nowotwory (raki), należą w równej mierze do chirurga, jak i wrzody, które przedziurawiły żołądek. Przypadki krwotoków w następstwie wrzodów żołądka można wprawdzie i to skutecznie leczyć środkami wewnętrznymi, atoli dotychczas trudno rozstrzygnąć, które przypadki krwotoków oddać w ręce chirurga, a które nie: — jedynie krwotoki przewlekłe (*ulcus haemorrhagicum)* zmuszają do chwytania się zabiegu operacyjnego. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. C. Hofmann. **O użyciu drutu do stałego zastąpienia przerw w ciągłości kości, szczególnie zaś szczęki dolnej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1900, Nr. 46). Doświadczenie pouczyło, że drut (srebrny wzgl. posrebrzany) wgaja się bez odczynu, nawet w ranach ropiejących. Zachęcony tym faktem, użył autor drutu potrzykroć, raz celem wytworzenia ciągłości między oboma nasadami kości piszczelowej, po wyropieniu trzonu, skutkiem ropnego zapalenia szpiku kostnego, potem również celem przywrócenia ciągłości kości piszczelowej w martwicy kawałka trzonu; i wreszcie utworzył protezę ze spleciónego drutu, celem zastąpienia lewej gałęzi szczęki dolnej, która uległa martwicy. Każdym razem drut się wgoił bez odczynu, a wynik funkcyonalny był doskonały. Aby nadać dostateczną sztywność drutowi, trzeba użyć go w odpowiedniej grubości i splatać. Nadto materyał ten posiada tę zaletę, że dostatecznie giętki, pozwala nadać sobie kształt potrzebny i kształt ten zachowuje. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Airol stosował Dr. M. Friedländer w leczeniu chorób wenerycznych i podaje w szczególności nową metodę leczenia rzeżączki tym przetworem. Że jod działa na gonokoki w szczególny sposób, wynika, według autora, już z tej okoliczności, iż drobnoustroje te są jedynymi, które się odbarwiają działaniem rozczynu Grama. Ponieważ zaś Airol w zawiesinie wodnej odszczepia jod, — który może działać na gonokoki niejako w chwili wydzielania się *(in statu nascendi)*, przeto użył autor tego środka do leczenia rzeżączki i zaleca następujące stosowanie: — po oddaniu moczu przez chorego przepłókuje się cewkę zawiesiną airolu (2·5—5·0 na 500·0 wody), która się znajduje w irygatorze, umieszczonym na wysokości 1 metra od wzgórka łonowego, — przy użyciu znanych nasadek Janeta. Zawiesinę należy przyrządzić świeżo, tuż przed użyciem, w ten sposób, iż nalewa się do irygatora 1/2 litra wody zimnej i dodaje, ustawicznie mieszając prętem szklanym, 2·5—5 airolu. Zawiesinę wstrzykniętą w cewkę należy tam zatrzymać krótki czas, zaciskając ujście cewki. Po wypuszczeniu zawiesiny wypływa ciecz zabarwiona czerwonawo, co pochodzi od wydzielonego jodu. W ten sposób należy użyć codziennie 1/2 litra wspomnianej zawiesiny do przepłókania cewki. Oprócz tego można choremu zalecić przestrzykiwania innymi rozczynami. W końcu autor nadmienia, iż airol nie leczy rzeżączki w krótszym czasie, ale pewniej. Tylko pierwsze przepłókanie jest bolesne. *(Deutsche Aerzte Zeitung,* Nr. 23, 1900) *Lemberger.*

Edel (Giessen). **O pomyślnym wyniku, otrzymanym w przypadku choroby Addisona, leczonej kołaczykami z nadnercza.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 52, 1900). U 33 letniego, zresztą zdrowego ślusarza stwierdzono typowe i wybitne cechy choroby Addisona, wobec czego podał autor kołaczyki z nadnercza. Już po kilku dniach ogólny stan chorego, podmiotowo i przedmiotowo, okazywał znaczne polepszenie, a także, w równej mierze z tą pomyślną zmianą postępowało i odbarwienie powłok skórnych, które z każdym dniem bardziej zbliżały się do stanu prawidłowego tak, że po 5 tygodniach zdołano zaledwie wyśledzić na klatce piersiowej kilka drobnych punkcików barwnikowych. Pomyślny ten stan został jednak zburzony powikłaniem w postaci zapalenia opon mózgowych, któremu chory uległ po 7-dniowej chorobie. Nadmienić jeszcze należy, że skoro od chwili pojawienia się objawów mózgowych zaprzestano podawać kołaczyki nadnercza, w krótkim stosunkowo czasie skóra przyjęła napowrót swoje poprzednie zabarwienie bronzowe. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1901.

Towarzystwo przystąpiło do wyboru Zarządu na rok 1901. Wybrano na rok jeden: na prezesa: prof. Dr. Adolfa Becka, na wiceprezesa: Dr. Adama Sołowija, na sekretarza dorocznego: Dr. Józefa Krzyszkowskiego. Na lat trzy: na sekretarza stałego: Dr. Romana Renckiego, na podskarbiego: Dr. Kazimierza Trzcienieckiego, na bibliotekarza: prof. Dr. Włodzimierza Sieradzkiego, na gospodarza: Dr. Edwarda Festenburga.

Z powodu spóźnionej pory wynik wyboru na delegatów na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic. nie został jeszcze ogłoszony — a posiedzenie zostało odłożone.

Dr. J. Krzyszkowski sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 19 grud. r. 1900.

Przewodniczący w zastępstwie kol. prof. Wachholz.

Obecnych 58 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Przewodniczący Komitetu przezwyborczego, kol. Bielański zabiera głos i przedstawia zgromadzeniu listę członków przyszłoro-

cznego Zarządu Towarzystwa, zaproponowaną przez Komitet przedwyborczy, — poczem następuje wybór w sposób przepisany przez Statut, który wypadł, jak następuje:

Na przewodniczącego zaproponował Komitet kol. prof. Kostaneckiego, którego wybrano 45 głosami na 45 głosujących. Na zastępcę przewodniczącego zaproponowany kol. Murdzieński otrzymał 39 głosów na 42 głosujących; wybranym został kol. Murdzieński. Na sekretarza dorocznego zaproponowany kol. W. Żydłowicz otrzymał głosów 39 na 43 głosujących; wybrano sekretarzem dorocznym kol. Żydłowicza. Kol. Gwiazdomorskiego wybrano przez aklamacyę skarbnikiem. Przed wyborem redaktora »Przeglądu lek.« zabrał głos kol. prof. Domański, a zestawiając działalność dotychczasowego redaktora oświadcza, że mu głosu nie odda. Po odpowiedzi kol. Kwaśnickiego i prof. Pieniążka uchwalono na wniosek kol. Droby przez aklamacyą wotum zaufania i wyrazy uznania dla dotychczasowego Redaktora i przystąpiono na wniosek kol. Gwiazdomorskiego do wyboru, w którym kol. Kwaśnicki otrzymał 55 głosów, a kol. prof. Domański 2 głosy (jedna kartka pusta) na 58 głosujących, wybrano zatem redaktorem kol. Kwaśnickiego. Do komisyi skontrującej weszli jednogłośnie kol. Mączka i Łepkowski. Delegatami do Tow. lek. galic. wybrano jednogłośnie kol. prof. Marsa i Gluzińskiego. Do komisyi redakcyjnej wybrano kol. Doc. Raczyńskiego 45 głosami, prof. Trzebickiego 50 głosami, prof. Rosnera 45 głosami, prof. Jaworskiego 49 głosami.

Po ukończeniu wyborów zabiera głos kol. Bier i podniosłszy w krótkim referacie potrzebę przedsięwzięcia badań stanu zdrowia młodzieży szkolnej, stawia następujący wniosek: Tow. lekar. krak. uznaje doniosłość projektu podjęcia badań nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej w Krakowie. Wniosek przyjęto.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia r. b.

Przewodniczący kol. prof. Jordan.

Obecnych 25 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. przewodniczący zawiadomił zebranych o śmierci prof. Dr. Tyrchowskiego z Warszawy i Dr. Köhlera z Poznania i skreślił w krótkości ich dodatnią działalność, a zebrani oddali przez powstanie cześć ich pamięci i uchwalili wysłać wieniec na trumnę ś. p. Tyrchowskiego, a wyraz współczucia Towarzystwu Przyjaciół Nauk Poznańskiemu i wdowie po ś. p. Dr. Köhlerze.

III. Przyjęto jednogłośnie na członka Tow. Dr. Jana Lachsa.

IV. Następuje doroczne sprawozdanie z działalności w roku ubiegłym w następującym porządku: sekretarz stały kol. Doc. Rutkowski z działalności naukowej Towarzystwa; skarbnik kol. Gwiazdomorski odczytuje sprawozdanie kasowe; kol. Doc. Łepkowski stwierdza imieniem Komisyi kontrolującej zgodność przedstawionych rachunków i wnosi o udzielenie absolutoryum kol. skarbnikowi, które też jednogłośnie uchwalono. Kol. Doc. Raczyński zdaje sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarsk.« kol. Gliński w imieniu prof. Wachholza sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha; bibliotekarz kol. Gliński sprawozdanie ze stanu biblioteki; kol. Śliwiński z Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

W dyskusyi nad sprawozdaniem zabiera głos kol. Nartowski a umotywowawszy swe wystąpienie, wykazuje na podstawie zebranej literatury, że ustęp jego artykułu, którego użył kol. prof. Domański do walki przeciw Redakcyi »Przeg.« nie stoi w sprzeczności z nauką, gdyż poglądy tam wymienione są poglądami ludzi, mających dziś w nauce wybitne stanowisko.

Po przyjęciu poszczególnych sprawozdań i udzieleniu absolutoryum Komitetowi zabrał głos kol. Przewodniczący i wyraził podziękowanie wszystkim, którzy w ciągu jego urzędowania czemkolwiek Towarzystwu się przysłużyli.

Kol. Kwaśnicki wyraża podziękowanie w imieniu obecnych kol. Przewodniczącemu za prace i trudy, jakich nie szczędził dla dobra Towarzystwa.

Na tem zakończono obrady. *Dr. St. Droba*, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.)

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Dokończenie).

Leczenie liszaja żrącego wycinaniem miejsc zajętych.

Lang (Wiedeń) przedstawia wyniki leczenia liszaja żrącego znaną swą metodą wycinania nacieków liszajowych i przeszczepiania skóry jednym ze znanych sposobów. Dotychczas miał 46 przypadków zupełnie wyleczonych, 18 z nich spostrzega już przez lat siedem od czasu wyleczenia. Zaleca więc swą metodę w przypadkach, w których nacieki dają się usunąć tym krwawym sposobem i w których możliwe jest wykonanie plastyki usuniętych części skóry.

Nélaton (Paryż) zaleca również tę metodę w pewnych przypadkach, szczególnie zaś w tych, w których można wykonać autoplastykę.

Leczenie liszaja żracego promieniami świetlnymi.

Finsen (Kopenhaga). Leczenie polega na następujących własnościach światła: możności przechodzenia promieni w głąb skóry, zdolności wywoływania zapaleń skóry i własności zabijania drobnoustrojów. Przyrządy do celów leczniczych są tak zrobione, że ogniskują promienie, a wykluczają działanie cieplne światła, którego źródłem jest światło słoneczne lub elektryczne. Działanie bezpośrednie zogniskowanego światła na skórę cechuje się zaczerwienieniem i wytworzeniem pęcherza. Leczenie tą metodą jest bezbolesne i nie pozostawia samo przez się śladów. Wynik cechuje się stopniowem ustępowaniem zmian, które w końcu po ustąpieniu pozostawiają gładką, piękną bliznę. Leczenie trwa przeciętnie $4^1/_2$ mies. Chory musi pozostawać przez pewien czas po ustąpieniu zmian pod kontrolą, gdyż drobne ogniska, głębiej w skórze położone, mogą się po pewnym czasie powiększyć, stać się widoczniejsze, a wtedy leczenie na nowo rozpoczynać należy. Oprócz przypadków liszaja leczenie to stosowano w przypadkach tocznia rumieniowego, wyłysienia plackowatego, raka skórnego, trądzika i znamion naczyniowych — ze skutkiem dodatnim.

Petersen (Petersburg) otrzymał również znaczne polepszenia w podobnych przypadkach.

Brocq (Paryż) stwierdza u wyleczonych tą metodą jeszcze wyraźne guzki, z czego wnioskuje, że sposób ten ograniczać się będzie zawsze tylko do pewnych przypadków, w większości zaś stosować się będzie zawsze inne znane sposoby leczenia.

Ehlers (Kopenhaga) przyznaje, że metoda Finsena jest długą, żmudną i kosztowną; opłaca się jednak ze względu na trwałość wyleczenia, bezbolesność wśród leczenia i piękny wynik estetyczny.

Lang (Wiedeń) wyraża mniemanie, że sam ucisk dłużej trwający na nacieki liszaja żrącego, może sprowadzić ustąpienie zmian, o czem w paru przypadkach się przekonał; — działanie chemiczne promieni zaś ma w tym razie mniejsze znaczenie.

Audry (Tuluza) sądzi, że leczenie promieniami świetlnymi daje się stosować tylko w ograniczonej liczbie przypadków, — w większości użyć trzeba innych sposobów, szczególnie zaś wycinania i przeszczepiania metodą Thierscha.

Besnier (Paryż) broni dawnych metod leczenia, przyznając jednak wielkie zalety działaniu promieni światła; wskazuje przytem na te przypadki, leczone sposobem Finsena, w których pozostały wyraźne guzki, dające się łatwo usunąć jednym ze znanych sposobów.

Leczenie promieniami X.

Schiff i Freund (Wiedeń). Do tego leczenia nadają się przedewszystkiem przypadki chorób skórnych pasorzytniczych i te, w których do wyleczenia potrzebnem jest usunięcie włosów *(favus, trichophytiasis, pelade, lupus, foliculitis, furunculosis* i t. p.). Leczenie trwa zazwyczaj kilka tygodni do kilku miesięcy i to w takich chorobach, które były dotyczas zazwyczaj bardzo uporczywe, lub nawet nieuleczalne.

Kalomel w leczeniu liszaja żrącego.

Bertarelli (Medyolan) nie widział wcale dodatnich wyników przy wstrzykiwaniu kalomelu sposobem Scarenzio w nacieki liszaja żrącego, a sądzi, że działać może korzystnie tylko w przypadkach kiły, mylnie jako liszaj żrący rozpoznanych. Sposób ten więc może mieć tylko znaczenie środka rozpoznawczego.

Znaczenie liszaja żrącego błon śluzowych.

Dublenilh (Bordeaux). Pierwotny liszaj żrący przewodów nosowych jest bardzo częstym, co zdaje się tłómaczyć wystawieniem tych miejsc na liczne szkodliwe wpływy zewnętrzne. Z nozdrzy rozszerza się sprawa łatwo na skórę, albo wprost, albo drogami przewodów łzowych. Nierzadko widzi się również liszaj żrący skóry nosa bez zajęcia błon śluzowych; istnieje jednak nader często w tych przypadkach cuchnący nieżyt przewodów nosowych i obrzęk, czasem bardzo znaczny, gruczołów chłonnych na szyi. U dzieci zołzowatych spostrzega się często te dwa ostatnie objawy równocześnie, nieżyt nosa i obrzęk gruczołów, które, zdaniem D., mogą być łatwo i często przyczyną powstawania liszaja żrącego na błonach śluzowych, a ztąd i tak często na twarzy.

Blastomycosis humana.

Stelwagon (Filadelfia); Chory, 49 lat liczący, dostał po zadraśnięciu przez kota małego czyraka na grzbiecie ręki, trudno się gojącego i rozszerzającego się w duży naciek. W przebiegu choroby powstał ropień zimny na ramieniu. Z miejsc otwartych nacieku i ropnia wycisnąć można było ciecz surowiczo-ropną, w której badanie drobnowidowe wykazało dużo paciorkowców, nieco prątków gruźliczych i wielką ilość komórek, cechujących drożdże. S. przypisuje te zmiany działaniu pleśni *(blastomycetes)* i zwraca uwagę na podobieństwo objawów z gruźlicą.

Hyde (Chicago) przytacza dwa nowe przez siebie spostrzegane, przypadki tego rzadkiego cierpienia.

Łupanie się włosów (Trichoptilosis).

Spiegler (Wiedeń) stwierdza na mocy badań bakteryologicznych, że ta choroba włosów, jedynie u kobiet występująca, bywa wywołaną przez prątek, cechujący się ruchliwością, tworzeniem zarodników, rozpuszczeniem żelatyny; — na agarze tworzy cienką, białą błonkę, na ziemniaku cienki, żółtawy pokład. Prątek ten ma długości 3—6 n, szerokości 1 n, Przeszczepiania jego na włosy zdrowe dały wynik dodatni. Cierpienie to odróżnia się tak klinicznie, jak bakteryologiczne od podobnej choroby, „łamliwości guzowatej“ *(trichorrhexis nodosa)*.

Klepsydrowaty zanik włosów (Aplasia moniliformis, moniletrix).

Ciarocchii (Rzym). U dziecka zresztą zdrowego spostrzeżono w kilka tygodni po urodzeniu nadzwyczajną kruchość włosów tak, że wkrótce na całej głowie znajdowano tylko pnie poniżej 1 cm. ponad skórę wystające. Pieńki te łamały się przy lada dotyku i okazywały cechujące znamiona: miejsca zgrubiałe na włosie naprzemian ze zwężonemi, a w tych ostatnich znaleziono brak barwika i istoty rdzennej. W tych zaniklych miejscach włos się odłamuje. W niektórych torebkach włos skręcony, ale podobie jak powyższe, zmieniony. Skóra nie przedstawia pod drobnowidem cechujących zmian, a rozpoznać można tylko ten ważny szczegół, że włosy już w torebkach włosowych okazują powyższe zniekształtnienia. Goląc włosy tak zmienione w pewnych stałych odstępach czasu spostrzedz można, że w każdym włosie tworzy się już w 24 godzinach zwężone i rozszerzone miejsce.

Grzyb woszczynowy (Achorion favi).

Truffi (Medyolan) przypuszcza istnienie kilku gatunków grzyba woszczynowego, — otrzymał bowiem w pewnych przypadkach z hodowli starszych białe hodowle puszyste, różniące się od zwyczajnych i cechujące się innem rozradzaniem, jakoteż dobrym wzrostem na pożywkach cukrowych.

Unna (Hamburg) sądzi, że jedynym sposobem wykazania wielopostaciowości grzyba jest przeszczepianie go na skórę tego samego osobnika.

Sabourand (Paryż) stwierdza, że każdy grzyb woszczynowy jest wielopostaciowy i każda postać przeszczepiona na skórę daje objawy o różnem wejrzeniu. Jest jednak możebnem otrzymanie z chorego jednej oryginalnej postaci.

Wielopostaciowość pasorzytniczych grzybów skóry.

Bodin (Rennes). Przez wielopostaciowość rozumiemy zazwyczaj dwie cechy: różnice w wejrzeniu hodowli na różnych pożywkach i różne postacie wzrostu, które zachowują pewne rodzaje grzybów w jakiejkolwiekbądź pożywce. Ten ostatni szczegół może dać powód do znacznych pomyłek, gdy nie jest dokładnie zbadanym. Przeszczepianiem grzyba, pojawiającego się na skórze koni *(trichophyton equi)*, otrzymać można trzy różne postacie: 1) *endoconidium*, którą dostajemy z włosów w postaci hodowli gołej, 2) *acladium*, postać puszysta, powstająca, gdy pierwszą hodujemy dłużej przy 35°C., wreszcie 3) postać *oospora*, tworzy się wtedy, gdy hodowlę trzymamy poniżej 25°C. i gdy warunki zewnętrzne ciągle się zmieniają; — wtedy powstają wysypki o typie *streptothrix*. Ta ostatnia postać przeszczepiona wywołuje u konia plackowate wyłysienia, które dają hodowle o tej samej postaci. Z tego wynika, że jeden i ten sam grzyb może dać przy sztucznem hodowaniu różne postacie, które wywołują i różne zmiany chorobowe.

Balzer (Paryż) widział w pewnych przypadkach przekształcanie się grzyba o dużych zarodnikach *(Tr. megalosporon)* w postać Audonina (*mikrosporon*).

Sabourand (Paryż) wyjaśnia, że drobność zarodników nie jest cechą właściwą gatunku t. zw. „mikrosporon“, a znamieniem jest pień rozgałęziony wewnątrz włosa. Z końcem choroby widzieć można dość duże zarodniki, hodowla jednak będzie zawsze cechującą dla tego gatunku grzyba.

Naczyniaki u starców.

Dubrenilh (Bordeaux): Naczyniaki są bardzo częste u starców pod postacią małych plam, wybitnie czerwonych, ograniczonych i nieco wyniosłych. Guzki te nie dają się zmniejszać przez ucisk i nie krwawią przy ukłóciu. Nie zdają się być jednak w związku z przedwczesnem starzeniem, chociaż pojawiają się dopiero po 40 r. ż., lub też z istnieniem jakichś chorób ustrojowych. Badanie drobnowid. wykazuje w górnych warstwach skóry właściwej rozszerzoną siatkę naczyń włosowatych, oddzieloną od naskórka warstwą skóry właściwej. Naczynia włosowate wypełnione są krwią, zawierają stosunkowo dużą ilość ciałek białych, co zdaje się być następstwem zwolnionego biegu krwi.

Przyczyna odbarwień skóry (vitiligo).

Gaucher (Paryż) spostrzegał w wielu przypadkach tego cierpienia zaburzenia w przemianie materyi i białkomocz. Przypuszczając także możliwość powstawania plam odbarwionych skutkiem przyczyn nerwowych, twierdzi, że należy rozdzielić wszystkie zmiany barwikowe na objawowe, czyli odżywcze, na tle nerwowem i na zmiany powstałe skutkiem zatrucia. W tych ostatnich zaś rozróżnia: 1) zabarwienia skóry z zatrucia (*melanodermia arsenicalis*), 2) odbarwienia skutkiem działania toksyn drobnoustrojów (*leucoderma syphil.)* i 3) właściwe odbarwienia skóry *(vitiligo)*, pochodzące z samozatrucia, a pozostające w związku z zaburzeniami w odżywieniu.

Patologia wrzodu stwardniałego.

Ehrmann (Wiedeń). Przez nastrzykanie sztuczne naczyń krwionośnych i chłonnych zmiany kiłowej pierwotnej dochodzi do wniosku, że jad kiłowy przechodzi z początku przedewszystkiem drogami chłonnemi i zadrażniając naczynia włosowate, otaczające naczynia chłonne, powoduje wysięk ciałek wypocinowych. Jako wynik tych spostrzeżeń próbował dyfuzyę elektryczną sublimatu do wrzodu stwardniałego i przez to miał powstrzymywać rozwój zmian następowych.

Badanie anatomo-patologiczne i bakteryologiczne naczyń chłonnych w chorobach wenerycznych i w kile.

Nobl (Wiedeń). Badania doprowadziły do wyniku, że przy rzeżączce ostrej istnieją zmiany powierzchownych dużych naczyń chłonnych błony śluzowej, pod postacią albo zboczeń w ich blaszce wewnętrznej *(endo-lymphagoitis)*, albo też w blaszce zewn. *(adventitia)*. Sprawę tę uważa N. za swoistą dla rzeżączki, wywołaną osiedleniem się dwoinek Neisserowskich w komórkach śródbłonka. Przy wrzodzie stwardniałym wytwarza się także zapalenie ścian naczyń chłonnych i ich naczyń włosowatych, leżących w luźnej tkance, otaczającej naczynia. Przy wrzodzie miękim zapalenie ropne ścian nacz. chłon. zdaje się być wywołane zapaleniem nacz. włosowatych, skutkiem działania drobnoustrojów swoistych i koków ropnych.

Wysypki kiłowe, podobne do półpaśca.

Barbe (Paryż) przytacza przypadki, w których wśród przebiegu kiły powstają na bokach klatki piersiowej plamy barwikowe, różnej wielkości, nader uporczywe w ustępowaniu, bez poprzednich wysypek, cechujących kiłę. B. przypuszcza, że przyczyną jest objęcie zakażeniem także pewnych odcinków rdzenia pacierz.

Sledziona u kiłowych.

Beurmann i Delherm (Paryż) badali 150 przypadków kiłowych i doszli do wniosku, że śledziona jest u kiłowych zawsze powiększoną w pierwszych okresach choroby, począwszy od pojawienia się zmiany pierwotnej, coby dowodziło, że wrzód twardy polega już na zakażeniu ogólnem całego ustroju. Obrzęk śledziony w kile utajonej zwiastuje rychłe pojawienie się nawrotu.

Działanie rtęci w kile.

Justus (Budapeszt). Najlepszym odczynnikiem rtęci jest siarkowodor, który daje z nią strąt brunatny, później czarny. Białkan rtęci jednak, który prawdopodobnie znajduje się w tkankach po używaniu rtęci, daje się strącić dopiero wtedy, gdy uczynimy go chlorkiem wapniowym mniej stałem połączeniem. Dlatego J. postępował w ten sposób, że wyciętą z żywego osobnika tkankę ustalał w 14% chlorku cynkowym i następnie wymywał w rozczynie siarkowodoru, przez co znajdował w skrawkach tego kawałka tkanki obfitą ilość rtęci w postaci ziarenek czarnych w śródbłonku naczyń krwionośnych, w nacz. chłonnych i komórkach pierwoszczowatych *(Plasmazellen)*. Wnioskuje więc, że rtęć pod postacią białkanu dochodzi przez krążenie do wysypek kiłowych, które zdają się ją przyciągać w sposób swoisty — i że zostaje złożoną w komórkach pierwoszczowatych, powodując ich zwyrodnienie i zniszczenie.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Projekt zmiany ustawy i instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych i okręgowych z dnia 2 Lutego 1891 Dz. ust. kr. Nr. 17, opracowany na podstawie uchwał i spostrzeżeń I. Zjazdu lekarzy okręgowych

przez

Dra Wiktora Nattera.

W przekonaniu, że rozporządzenia wykonawcze i instrukcya służbowa tylko wtedy mogą uledz zmianom, gdy do wprowadzenia tych zmian nadaną będzie im moc ustawodawcza, usiłowałem przystąpić do pojedynczych paragrafów ustawy z dn. 2 Lutego 1891 Dz. u. k. Nr. 17, — aby w nich umieścić proponowane zmiany, a mianowicie to, co się najlepszem być wydaje wykonawcom powyższej ustawy, co zależy od łatwiejszego jej wykonywania, — co ponieść może pożądany skutek społeczeństwu i krajowi nią się przysługującemu, — wreszcie co może wzbudzić zapał do pracy u wykonawców, obok ich własnego zadowolenia. — Zdaje mi się, że każda ustawa podobne dążności zawiera, — lub przynajmniej je skupić usiłuje.

W opracowaniu tem posługiwałem się ściśle uchwałami i spostrzeżeniami I. Zjazdu lekarzy okręgowych, używając, równocześnie wzorów ustaw podobnych, wprowadzonych w życie w innych krajach monarchii rakuskiej.

W projekcie, poniżej zestawionym, uwzględniałem głównie zmiany, dotyczące (przeważnie) funkcyj i praw lekarzy okręgowych, wychodząc z tego naturalnego zapatrywania, że lekarz okręgowy, spełniający swe obowiązki na kilkomilowym obszarze kilkunastu gmin, walczy z trudnościami odmiennemi, niż lekarz np. gminny, pełniący obowiązki w jednej gminie. Pierwszemu z natury rzeczy przysługiwałyby inne warunki do pełnienia jego obowiązków, zatem też warunki te wydatniej podniosłem, nie odstępując ani na chwilę od normy obowiązującej lekarzy gminnych, i im należne prawa przyznającej w duchu niniejszego projektu. W przytoczonych paragrafach ześrodkowałem i przelałem wszelką władzę, moralną i materyalną, na Wydział krajowy, — zastrzegając jemu wszelką moc wykonawczą, jakoteż prawo ściągania wszelkich poborów, potrzebnych na utrzymanie instytucyi służby zdrowia. Przenosząc punkt ciężkości całej sprawy na Wydział krajowy, uważałem to za stanowczy zabieg w różnych sprawach lokalnych, — za ugruntowanie powagi kierującej władzy, — za nadanie instytucyi służby zdrowia rzeczywistego piętna instytucyi krajowej, — że wreszcie tym sposobem uzyska się rękojmię dla przyszłego funduszu emerytalnego dla krajowej służby zdrowia.

Czy poglądy moje w podanym projekcie trafią do przekonań wszystkich Władz, oraz Szanownych kolegów, i czy we wszystkich razach zaspokoją ich pragnienia i dążności,... nie wiem; — powiem tylko, iż wszystko chciałem pogodzić ku pożytkowi instytucyi samej, jak i jej członków, wykonawców. Wysokie Władze mogą tylko nadać tym szkicom, — nakreślonym z pomocą Szanownych moich Kolegów i przy ich duchowem świetle — skończone rysy; — a wykończenie właśnie tego dzieła będzie chwałą dla mistrza.

Omówiony projekt brzmi następująco:

§. 1. Celem wykonania obowiązków policyjno-sanitarnych, nałożonych na gminy w §. 3 i 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 1870 Nr. 68 d. p. p., będą ustanowieni lekarze gminni lub lekarze okręgowi.

§. 2. Gminy, posiadające osobny statut, jakoteż gminy, w których obowiązuje ustawa z dnia 13 marca 1889 Nr. 24 dz. u. kr., mają utrzymywać własnym kosztem potrzebną liczbę lekarzy gminnych (miejskich) tak, żeby na każde 15,000 mieszkańców przypadał co najmniej jeden lekarz. Inne gminy mogą ustanowić własnych lekarzy gminnych (miejskich), jeżeli poniosą wszystkie wydatki, połączone z ich utrzymaniem.

§. 3. Gminy, nie utrzymujące własnych lekarzy, w myśl §. 2. będą łączone w okręgi sanitarne z gminami sąsiedniemi tego samego lub przyległego powiatu z istniejącymi przy nich obszarami dworskimi.

§. 4. Tworzenie okręgów sanitarnych postępować będzie stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem stosunków finansowych powiatu i kraju, w ten sposób, że przed innymi tworzone będą okręgi sanitarne w okolicach, których stosunki sanitarne są najniekorzystniejsze. Sejm krajowy po wejściu w życie niniejszej ustawy uchwali na wniosek Wydziału krajowego, uczyniony w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem, ile okręgów ma być utworzonych w najbliższym roku. Pomnożenie liczby okręgów zależeć będzie od dalszych uchwał Sejmu.

§. 5. W granicach zakreślonych uchwałą Sejmu (§. 4) utworzenie okręgu sanitarnego zależy od uchwały Wydziału krajowego, powziętej w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i po zasięgnięciu opinii c. k. krajowej Rady zdrowia. W tym celu na wezwanie Wydziału krajowego, Wydział powiatowy, zasięgnąwszy zdania gmin i obszarów dworskich, przedstawi w porozumieniu z polityczną władzą powiatową wniosek, które gminy i obszary dworskie, ze względu na oddalenie poszczególnych miejscowości, na ich zaludnienie, stosunki komunikacyjne, obecne siedziby lekarzy i inne ważne stosunki miejscowe, mają być złączone w jeden okręg sanitarny i gdzie ma być siedziba lekarza okręgowego.

Gdyby Wydział powiatowy, mimo powtórnego wezwania, takiego wniosku nie przedstawił w oznaczonym terminie, natenczas Wydział krajowy uskuteczni czynności poruczone w poprzednim ustępie Wydziałowi powiatowemu. W ten sposób ma być przeprowadzoną każda zmiana granic okręgu sanitarnego.

§. 6. W okręgu sanitarnym mieścić się mogą z reguły tylko gminy i obszary dworskie, należące do tego samego powiatu politycznego.

W razie utrudnionej komunikacyi między gminami jednego powiatu, należącemi do okręgu, mogą być przyłączone do okręgu gminy z sąsiedniego powiatu.

W takim razie Wydział krajowy oznaczy na podstawie zaludnienia i opłacanych wydatków etc. etc.

§. 7. *niezmieniony.*

§. 8. Lekarzy okręgowych mianuje w każdym razie Wydział krajowy na przedstawienie terna przez wydział powiatowy.

Ustęp: W powiatach, pobierających subwencyę z funduszu krajowego (§. 12) . . . . . *odpada.*

Tak lekarze gminni, jak okręgowi, mogą być mianowani stalej lub też tymczasowo. Tymczasowe obsadzenie posady nie może jednak trwać dłużej nad rok jeden; po upływie tego czasu, zawiadomi Wydział powiatowy w porozumieniu z Wydziałem krajowym lekarza okręgowego, dlaczego jego stabilizacya nie może mieć miejsca.

W miastach, mających osobny statut gminny, tudzież w miastach . . . . stale mianowanymi.

Celem obsadzenia posady lekarza gminnego lub okręgowego rozpisze Wydział powiatowy z polecenia Wydziału krajowego konkurs, przynajmniej w gazecie urzędowej. Przy obsadzeniu posad lekarzy okręgowych pierwszeństwo mieć będą ci kandydaci, którzy już taką posadę piastowali; nadto uwzględnione będą zasługi, położone na poprzednich podobnych posadach, oraz ilość lat, spędzonych w stałej służbie zdrowia. Stabilizowanemu lekarzowi okręgowemu na jednej posadzie może być nadana tylko stała nowa posada, a ciągłość lat służby stałej nie ulega przerwie przez zmianę posad.

§. 9. O zamianowaniu lekarza okręgowego uwiadomi Wydział krajowy c. k. Namiestnictwo, któremu przysługuje prawo powstrzymania tej nominacyi w razie nieprzestrzegania przepisów ustawy. Nowomianowanemu lekarzowi okręgowemu należy wydać dekret z określeniem dokładnem warunków nadania posady.

Przy odbiorze zaś przysięgi przez c. k. starostę obecnym będzie marszałek powiatu, lub członek Wydziału powiatowego, przez niego wydelegowany.

§. 10. W razie czasowego braku lekarza okręgowego (z powodu śmierci, nieobsadzenia posady, choroby lub urlopu) ma Wydział powiatowy, w porozumieniu z Wydziałem krajowym, zarządzić, aby inny lekarz wykonywał tymczasowo w okręgu służbę sanitarną.

Lekarzowi okręgowemu przysługiwać będzie corocznie prawo do otrzymania urlopu dwutygodniowego. Zastępujący lekarz pobierać będzie przez tenże czas należytość za zastępstwo z Wydziału krajowego, w stosunku do poborów stałego lekarza okręgowego.

§. 11. Płaca lekarzy okręgowych będzie podzieloną na 3 klasy a mianowicie: rocznych 1000—1200 1400 koron i według oceny Wydziału krajowego, w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem, przywiązaną do poszczególnych okręgów, z uwzględnieniem stosunków okręgów, określonych przez Wydziały powiatowe. Każdemu lekarzowi okręgowemu przysługiwać będzie pobór dodatku aktywalnego w kwocie rocznych 200 koron, oraz czterech pięcioleci w kwocie po 200 koron, jak również prawo uzyskania emerytury dla niego, jako też i jego rodziny, w miarę wysłużonych lat służby i według normy emerytalnej odpowiedniej rangi urzędników krajowych. Dodatki aktywalne i pięciolecia będą wliczone przy oznaczeniu wysokości emerytury z ograniczeniem lat służby pełnej do lat 25, oraz z przyznaniem praw do eme-

rytury po upływie 5ciu lat, przebytych w stałej służbie lekarzy okręgowych.

Ryczałty na koszta podróży lekarzy okręgowych oznaczy Wydział krajowy dla poszczególnych okręgów, jednakowoż nie poniżej 600 koron rocznie.

Płace lekarzy okręgowych, oraz ryczałty, będą wypłacane miesięcznie z góry w najbliższych urzędach podatkowych, za wystawieniem przynależnych kwitów.

Wszelkie wydatki, jako to: płace lekarzy okręgowych, ich dodatki aktywalne, pięciolecia, ryczałty na koszta podróży, oraz fundusz emerytalny, obejmie na siebie fundusz krajowy.

Koszta leków dla chorych ubogich poniosą gminy, stanowiące okręgi sanitarne, — Wydziały powiatowe zaś według możności i funduszów, zwłaszcza karnych, koszta te częściowo pokryją drogą udzielenia pojedynczym gminom uboższym zasiłków, przeznaczonych wyłącznie na ten cel.

W chorobach zakaźnych i epidemicznych zapisywać będzie lekarz okręgowy leki na koszt państwa, nawet już przy pierwszem stwierdzeniu choroby takiej, — na własne lub też zwierzchności gminnej wykrycie lub doniesienie.

Jeśliby zwierzchność gminna nie wstawiła na ten cel w swym budżecie corocznym kwot pewnych, Wydziały powiatowe przy zatwierdzeniu tych budżetów — byłyby upoważnione kwoty odnośne wstawić.

Za sprawowanie obowiązków z polecenia władz lekarz okręgowy pobierać będzie należytość, według przepisów obowiązujących, ze skarbu państwa. Zarówno w ten sam sposób, o ile strony prywatne nie będą w stanie pokryć należytości, pobierać będzie je lekarz okręgowy w następujących razach:

a) przy odbywaniu podróży w celu niesienia pierwszej pomocy przy wybuchu epidemii na doniesienie zwierchności gminnej, lub też na własne wykrycie choroby podobnej;

b przy odbywaniu podróży w celu przeprowadzenia oględzin zwłok w razach wątpliwych co do przyczyny śmierci, na doniesienie oglądacza zwłok;

c) w razie odbycia podróży w celu niesienia pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach, zaszłych w okręgu sanitarnym.

Przy powyższych czynnościach pobierać ma lekarz okręgowy dyety przepisane, oraz kilometrowe.

§ 12. Do funduszu Wydziału krajowego wpływać mają:

a) Opłata za oględziny zwłok . . . . . . ct.

jak w ustawie:

b) opłaty za dokonywane stale przez lekarza okręgowego oględziny mięsa etc. . . . .

jak w ustawie;

c) z obowiązań prawnoprywatnych etc. . . . .

jak w ustawie;

d) pobór dodatków (wysokość ma być oznaczoną) od poszczególnych gmin, należących do pojedynczych okręgów, w stosunku do opłacanych podatków stałych, z wykluczeniem podatków osobisto-dochodowych, za wykonywanie służby zdrowia w gminach;

e) pobór odsetków (?) od pobieranych płac lekarzy okręgowych, z wliczeniem dodatków aktywalnych i pięcioleci;

f) grzywny, nałożone na lekarzy okręgowych;

g) spłaty odsetków za lata ubiegłe w stałej służbie lekarzy okręgowych, gdyby ci pragnęli, aby im ubiegłe lata służby do okresu emerytalnego były wliczonemi;

h) coroczne wyznaczone zasiłki c. k. rządu na podtrzymywanie assanacyi kraju.

Gdyby poborami tymi nie można było pokryć wszystkich tu przewidzianych wydatków, potrzebnych na utrzymywanie lekarzy okręgowych, w takim razie niedobory pokryje fundusz krajowy.

§. 13. W 5-tym wierszu zamiast „powiatowego“ ma być „krajowego“.

§. 14. Lekarze gminni i okręgowi są stałymi organami zawodowymi . . . . . .

Obowiązki służbowe lekarzy okręgowych określi instrukcya, którą wyda . . . . W instrukcyi tej ma być określony szczegółowo także obowiązek tych lekarzy do bezpłatnego leczenia chorych ubogich, ale niedotkniętych chorobami epidemicznemi. W ostatnim bowiem razie przypadają im pobory ze skarbu państwa według przepisów istniejących.

Lekarze okręgowi są obowiązani szczepić ospę w miejscu swej siedziby; mając szczepić ospę po za jej obrębem — za poborem należytości, w miarę ilości szczepionych i odnośnie do rozporządzenia c. k. Namiestnictwa. w porozumieniu z Wydziałem krajowym do l. 18.936 (w sprawie ochronnego szczepienia ospy). — Władzy politycznej krajowej przysługuje prawo zarządzenia od czasu do czasu szczepienia ospy w okręgach sanitarnych, mianowicie przez c. k. lekarza powiatowego, a podówczas lekarzom okręgowym ma być przydzielane przed innymi lekarzami szczepienie w innych okręgach powiatu.

Przy przeprowadzeniu szczepienia, jakoteż podczas epidemii, lekarze okręgowi, jako urzędnicy publiczni, zwolnieni będą od pobierania potwierdzeń od zwierzchności gminnej.

§ 15. Czynność lekarzy okręgowych nadzorują, oraz sprawują nad nimi władzę dyscyplinarną, komisye, składające się: z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k lekarza powiatowego.

Dochodzenie dyscyplinarne należy wdrożyć, jeżeli lekarz zaniedbuje etc. . . . . *jak w ustawie*.

§. 16. §. 17. §. 18. §. 19. §. 20. §. 21. §. 22. *niezmienione*.

Rozporządzenie wykonawcze

do § 9. *niezmienione*

§ 11. *wypada*.

do §. 15. grzywny, nałożone orzeczeniem dyscyplinarnem na lekarza okręgowego, wpływają . . . . do funduszu krajowego.

Instrukcya A.

. . . .

W razach nagłych i niecierpiących zwłoki lekarz okręgowy obowiązanym jest zarządzić na własną odpowiedzialność, w zastępstwie naczelnika gminy, to, co okaże się niezbędnie potrzebnem, — bez wymagania nawet od niego zatwierdzenia.

Instrukcya B.

ustępy *a) b) niezmienione*.

c) wydawać opinię ze stanowiska sanitarnego . . . . etc. etc. Za czynności te, o ile one będą dotyczyć korzyści stron prywatnych, lekarze okręgowi pobierać będą dyety i kilometrowe za odbyte podróże.

Ustępy: *d) e) f) g) h) i) k) l) m) n) o)* nieść natychmiast pomoc . . . . t. d pod warunkami, w projektowanej ustawie określonymi a mianowicie w §. 11.

Ustępy: p) r) — *niezmienione*.

Ustęp: s) interweniować wcześnie i roztropnie etc. . . . . etc.

W razach tych ordynować może lekarz okręgowy na koszt państwa i według obowiązującej normy, a o przeprowadzeniu swej czynności przy wybuchu epidemii przedłoży bezzwłocznie sprawozdanie c. k. starostwu, które do dni 8miu stwierdzi stan rzeczy za pomocą c. k. lekarza powiatowego i poleci przed tymże 8mio-dniowym terminem, jeśli się tego okaże potrzeba, dalsze dojazdy do stłumienia epidemii tylko lekarzowi okręgowemu.

Ustęp t) wykonywać w miejscu swej siedziby oględziny zwłok . . . . i t. d. z zastosowaniem §. 11. projektowanej ustawy.

ad V.) W razach stwierdzenia epidemii wśród dziatwy szkolnej i po przekonaniu się, iż za jej pośrednictwem epidemia się szerzy, — będzie lekarz okręgowy w mocy zarządzić zamknięcie szkoły, lub przeciwnie, z chwilą wygaśnięcia choroby epidemicznej do jej otwarcia, o których to zarządzeniach bezzwłocznie powiadomić ma c. k starostwo.

ad. U.) . . . .

Za poborami od stron prywatnych według obowiązujących taks, lub od dotyczących władz; — mianowicie ze skarbu państwa.

Ustępy: w.) x.) y.) z.) *niezmienione*.

Statut

stałych komisyj zdrowotnych, z wyjątkiem miast Lwowa i Krakowa, bez zmiany.

IX. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 31 stycznia 1901.

Lwów. Dnia 28 b. m. lekarze lwowscy uczcili rocznicę śmierci śp. prof. Oskara Widmana. Po Mszy św. żałobnej udali się lekarze szpitalni, grono profesorów Uniwersytetu i znaczna liczba słuchaczów medycyny — do odpowiednio udekorowanej kancelaryi oddziału chorób wewnętrznych, gdzie, po serdecznem przemówieniu Dr. W. Opolskiego, odsłonięto portret śp. prof. Widmana.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. tutejszym otrzymali: Józef Graf, Aron Rubin i Henryk Rosmarin.

* Deputacya Związku balneologów austryackich, złożona z Winternitza, Wicka i Ullmanna, udała się do prezydenta ministrów Körbera i doręczyła mu memoryał Związku w sprawie podniesienia przez rząd zakładów kąpielowo-leczniczych w Austryi. P. Minister i szef Sekcyi Dr. Kusy, oświadczyli wszelką gotowość poparcia w myśl memoryału Związku balneologów, przyznając słuszność zawartym w nim postulatom. Ministrowie w Austryi nigdy niczego nie odmawiają, to już rzecz doświadczona.

* Jeszcze nie upłynął rok od założenia w Wiedniu »Stowarzyszenia samopomocy lekarzy« jak już znalazł się secesyonista, który wystąpił z tego Stowarzyszenia, a założył na własną rękę nowe, pod nazwą: „Wolny związek praktycznych lekarzy w Wiedniu.“ Do tego Związku mają wejść tylko ci lekarze praktyczni, którzy nie są czynni w żadnym zakładzie leczniczym, rządowym lub prywatnym. »Wolny Związek« zamierza walczyć o „zdemokratyzowanie“ Izby lek. i stać na gruncie „nieskazitelnej gospodarki interesów stanu lekarskiego.“ Oczywiście, prezydentem tego Związku jest ten sam secesyonista, Dr. Stricker, który dowiódł jednocześnie, że jest i niezrównanym frazeologiem.

* Pod tytułem »Strejk lekarzy w Rosyi« pisze »Gazette médicale de Paris« (Nr. 4) co nastepuje: „Donoszą z Petersburga, że wszyscy lekarze szpitala św. Łazarza w Krakowie zawiesili pracę zawodową, oświadczając, że nie wrócą do swych zajęć szpitalnych, jeżeli władza

magistracka nie zaprowadzi zmian, których lekarze od tak dawnego czasu domagają się.“ Z naszej strony dodać jeszcze możemy, że te bajeczne informacye podaje tygodnik, który otrzymuje »Przegląd Lekarski.«

* Drowie F. Malinowski i J. Krysiński mianowani zostali lekarzami szp'tala św. Łazarza w Warszawie.

* Dr. Fabian Klosenberg, mian. został ordynatorem nadetatowym w uniwersyteckiej klinice chorób nerwowych i umysłowych w Warszawie.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Franciszek Toczyski.

* W Heidelbergu powstał Komitet dla wzniesienia pomnika dla Bunsena. Kirchhoffa i Helmholtza.

* Okruchami ze stołów jadłodajni karlsbadzkich żywi się podczas sezonu uboższa ludność miejscowa. Od pewnego czasu popyt na te okruchy wzrósł i to ze stron tak oddalonych, jak Styrya, Szląsk i Morawy, gdzie rozwinął się handel obnośny, z którego korzysta uboższa ludność tych krajów; jednocześnie jednak stwierdzono liczne i poważne zaburzenia przewodu pokarmowego, których przyczynę dopatrzyły władze sanitarne właśnie w rozłożonych resztkach restauracyi karlsbadzkich. Władza jednak uznała, że ze względu na ludność ubogą, nie należy zakazać tego rodzaju handlu, lecz poddać go ścisłej kontroli policyi sanitarnej.

Mianowania i odznaczenia. Nazwycz. profes. zostali mianowani w Bazylei: Doc. Hägler i Egger. Prof. patol. anatomii w Kadyksie mian. został Roca y Bermudo. Prosektor warszaw. Uniw. warsz. Dr. Jaszczyński mian. został prof. chirurgii teoretycznej.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Czerniejewski, lat 48, w Częstochowie. Dr Teofil Baranowicz lat 71 i Dr. Bogusz Józef — zmarli na początku m. stycznia w Moskwie. Dr. Michał Wysokiński lat 49, zmarł w Petersburgu. W Paryżu zmarł prof. Kasper Adolf Chatin. Profes. R. Moericke, ginekolog, zmarł w Stuttgardzie.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 4: Dr. Bregmana L. E.: O nowotworach móżdżku. Mutermilcha S.: Przyczynek do nauki o tętnie paradoksalnem.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 4: Dr. Białokura: Kilka słów w sprawie leczenia nadkwaśności żołądka. Dr. Heimana T.: Wskazania do leczenia operacyjnego przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowem (dok).

— *La Presse médicale* Nr. 7: Dr. Auché i Dr. Vitrac: Śródbłoniak naczyniowy. Dr. Martinet: Kaszel odruchowy i jego leczenie. Nr. 8: Ardin Delteil i Rigaux: Żółtaczka złośliwa przyrody mocznicowej (postać nerkowa żółtaczki złośliwej).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4: Prof. Dr. Maixner: Některe poznámky ku pathogenesi a symptomatologii wýduti sredečnice (dok.). Dr. Skala: Kasuistický příspěvek k chirurgii ledvin.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4: Klebs: Leczenie gruźlicy. Dziedziczenie i inne drogi zakażenia. Frank: Odkażające własności wyskoku, zwłaszcza pary wyskokowej. Engel: Czy ze składu krwi bledniczej możemy wnioskować o stanie narządów krwiotwórczych? Dennig: Przypadek białaczki ostrej bez stwierdzonych makropowo zmian patologicznych w narządach krwiotwórczych. Mertens: Przypadek pęcherzycy przewlekłej skóry i błon śluzowych z następowem wytworzeniem torbieli skórnych zrogowaciałych. Tesdorpf: Znaczenie dokładnego określenia usposobienia osobniczego dla wyrokowania o umysłowo chorych. Port: Otwarcie ropnia w jamie Douglasa przy zapaleniu wyrostka robaczkowego drogą cięcia przy kości krzyżowej. Quadflieg: Wydobycie sztucznych zębów z przełyku drogą gastrotomii. Zervos: Sześć przypadków bąblowca wątroby z przebiciem do płuc. Fraenkel, Kopp: Zapobieganie oraz poronne leczenie rzeżączki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4: Braatz: Nauczanie historyi medycyny i nowy plan egzaminów lekarskich. Michaelis: Nowa postać hemoglobinuryi. Kalischer: Przypadek wydzielania się z moczem hemialbumozy Bence-Jonesa przy myeloma żeber. Pagenstecher: Dalszy przyczynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej. Willebrand: Metoda jednoczesnego skombinowanego barwienia preparatów suchej krwi eozyną i błękitem metylenowym. Müller: Odkażanie rąk.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4: Fuchs E.: Rozedma w oku. Jeż W. i Kluk Kluczycki: Leczenie duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym Jeża. Kokall: Przyczynek do poznania zmian chorobowych wywołanych przez bąblowca.

— *La Semaine médicale* Nr. 2: Nobécourt: Rola drożdży wprowadzonych do przewodu pokarmowego. Cazin: Technika operacyjna otoku piersiowego. W N. 3: Potain: Znaczenie rozpoznawcze zmian dźwięczności i natężenia nieprawidłowych szmerów w sercu; wpływ sprężystości ścian komór sercowych na domykalność klapy dwukończystej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4: Cohn H.: Higiena oczów w w. XIX. Karo W.: Dwa przypadki rzeżączki odbytnicy skutkiem wypróżnienia się do niej zbiorowiska ropy rzeżączkowej. Wolfner: Częstość znajdowania się cukru w moczu u otyłych. Weygandt: Pomieszanie zmysłów z pognębieniem szałowem. Moeli: Kiła mózgu. Martens: Leczenie chirurgiczne zwężeń cewki moczowej.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. S. Ciechanowski: Sprawy wydzielnicze w komórkach pierwotnych gruczolaków i raków gruczolakowych wątroby. (Kraków, 1900). Dr. J. Fajersztain: Ueber das gekreuzte Ischiasphanomen. (Odbitka z »Wien. klin. Wochenschr.« Nr. 2). Dr. J. Sędziak: 1) Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des centralen Nervensystems, mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis. (Odbitka z „Klinisch. Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie“ Nr. 3, 901). 2) Zaburzenia nosowe, gardlane, krtaniowe i uszne w cierpieniach zakaźnych, ostrych. (Odbitka z „Nowin Lekarskich“ 1900). 3) Uroczystości jubileuszowe krakowskie. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1900). 4) Przypadek błonicy krtani, symulującej ropień migdałka językowego, oraz wtórne zapalenie podśluzowe krtani. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1900). 5) Leczenie gruźlicy krtani. (Odbitka z „Kroniki Lekarskiej“ 1900). 6) Ueber luetischen Primäraffect in der Mund- und Rachenhöhle, sowie in der Nase und den Ohren. (Odbitka z »Monatschrift für Ohrenheilkunde« 1900). Dr. Jaworski Józef: O powikłaniach ciąży, porodu i połogu wadami serca. (Odbitka z »Kroniki Lekarskiej« 1901). Doc. Dr. H. Schramm: Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego, Lwów, 1901.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 6-go lutego, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) kol. prof. Ciechanowski okaże przypadek tętniaka z oddziału I. B. 2) kol. Gliński demonstrować będzie kilka rzadkich okazów anatomicznych. 3) kol. doc. Baurowicz okaże termofory. 4) kol. Żydłowicz wypowie odczyt poprzednio zapowiedziany.

Komisya organizacyjna Tow. samopomocy lekarzy przypomina P. T. Panom Kolegom, że pierwsze Walne Zgromadzenie członków zawiązać się mającego „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ odbędzie się w Krakowie dnia 3 lutego br. o godzinie 5 popołudniu w sali Kopernika *(Collegium novum)*. — Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi organizacyjnej. 2) Wybory Zarządu. 3) Uchwalenie wpisowego i wkładki rocznej. 4) Wnioski członków. — Czynny udział w obradach wziąć mogą tylko zgłoszeni poprzednio członkowie. Na listę członków wpisać się można jeszcze w ostatniej chwili przed rozpoczęciem zgromadzenia.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 9 Lutego 1901. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z zakładu ortopedycznego Dra Maksymiliana Haudeka w Wiedniu.**

O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Podał

Dr. Maksymilian Haudek*)

W ortopedyi, jak w całej medycynie, w ostatnich latach dwudziestu zaznaczył się olbrzymi postęp i osiągnięto wyniki znakomite. Dawniejsi lekarze, uważając ortopedyę za gałęź bardzo niewdzięczną medycyny, traktowali ją po macoszemu i pozostawili ją w ręku bandażystów; dopiero w obecnych czasach, wobec rozwoju anatomii patologicznej zniekształtnień, ortopedya wzbudza z dniem każdym więcej zainteresowania i zyskuje ludzi, specyalnie jej poświęcających się. Cały szereg wybitnych chirurgów poczyna dziś zajmować się ortopedyą, usiłując na drodze krwawej usuwać zniekształtnienia. Ponieważ jednak wyniki tych zabiegów nie zawsze były pomyślne, a prócz tego czasem dawały powód do różnorodnych obaw, przeto leczenie czysto ortopedyczne, zapomocą przyrządów, przeważnie Hessinga, zyskiwało coraz więcej zwolenników. Z chwilą, w której operacye krwawe zastąpiono zabiegami niekrwawymi, rozpoczął się rozkwit właściwej ortopedyi. Zadaniem lekarza specyalisty jest rozważyć, jakiej metody użyć w danym przypadku należy, aby jak najprędzej i z jak najmniejszem niebezpieczeństwem dla chorego usunąć zniekształtnienie. Samą operacyą nie wypełniliśmy jeszcze naszego zadania; dopiero przez odpowiednie leczenie następowe musimy ustalić wynik operacyi.

Zanim przystąpimy do omówienia różnych metod leczenia, musimy zwrócić uwagę na kilka okoliczności. Przy doborze metody musimy uwzględnić etyologię zniekształtnienia. Te przypadki, w których sprawa zapalna była powodem zniekształtnienia, wymagają powolniejszego i ostrożniejszego leczenia, niż zniekształtnienia wrodzone, lub też na tle porażenia. Również trwanie choroby, jako też i wiek chorego są ważnymi względami.

Najczęściej zdarzającym się przypadkiem jest skrzywienie boczne kręgosłupa, które wymaga długotrwałego leczenia ortopedycznego, w cięższych przypadkach założenia odpowiedniej sznurówki ortopedycznej, z których najlepsze są sznurówki Hessinga. Lekarze francuscy nowszych czasów (Calot, Redard) zalecają wyprostowanie doraźne *(redressement forcé)* w uśpieniu znieczulającem, jednakże metoda ta, jak i metoda Volkmanna i Koffera, zalecająca resekcyę garbu przy wysokiego stopnia skrzywieniu bocznem kręgosłupa (wykonana dotychczas 3 razy) nie znajduje zwolenników.

Przy leczeniu próchnienia kręgów uważano za rzecz bezwzględnie konieczną ustalenie i zniesienie obciążenia w stosie pacierzowym i to bądź przy pomocy odpowiednich przyrządów (opatrunek Nönchena, opatrunek gipsowy i przyrząd do wyciągania Lorenza), albo też przy leczeniu ambulatoryjnem przez założenie dokładnie przystającej sznurówki, umożliwiającej przy zajęciu kręgów szyjnych podparcie głowy. Przy tych metodach wytwarzał się prawie zawsze garb, w którego powstaniu widziano dowód wyzdrowienia chorej części kręgosłupa. Calot chcąc zapobiedz tworzeniu się garbu zalecił doraźne jego wyprostowanie; jednakowoż ogólnie znany jego zabieg nie potrafił się upowszechnić. Natomiast posługujemy się zmodyfikowaną metodą Calota o tyle, że stosujemy ją bez uśpienia w przypadkach nie ustalonego jeszcze garbu. Polega ona na wyciąganiu pacyenta z możliwie silnem wygięciem chorej części stosu pacierzowego ku przodowi. Dokładnie wykonany opatrunek gipsowy, obejmujący stosownie do umiejscowienia choroby i głowę, sprowadza zniesienie obciążenia i ustalenie.

Silniejszego wyciągania używa się w zastarzałych porażeniach przy próchnieniu kręgów, nie wykazujących skłonności do ustąpienia.

Krwawe operacye w próchnieniu kręgów nie wykazują dotychczas doniosłych wyników. Przypadki te dawały 5% śmiertelności, podczas gdy w pozostałych przypadkach rzadko można zaznaczyć wyleczenie zupełne, a pozostawała zawsze skłonność do nawrotów.

Wobec tego, cośmy już powiedzieli, należy leczyć próchnienie kręgów w okresach początkowych w następujący sposób: pacyenta należy ustalić w dokładnie wykonanym przyrządzie lub sznurówce, przy możliwie silnem wygięciu kręgosłupa ku przodowi, a jeżeli siedziba schorzenia mieści się wysoko lub w kręgach szyjnych, należy ustalić także i głowę. Używam do tego sznurówek i przyrządów Hessinga, a do ustalenia głowy elastycznego przyrządu Hessinga-Hoffy.

Sznurówki Hessinga różnią się od ogólnie używanych tem, że już samem swojem wykonaniem umożliwiają dokładne ustalenie i zawieszenie stosu kręgowego. Są to sznurówki z tkaniny, na której system szyn i dokładnie przylegających do ciała sprężyn stalowych spełnia swoje zadanie. Jeżeli mamy do czynienia z próchnieniem w późniejszych okresach, wtedy usiłować należy przez możliwie silne wyciąganie i wygięcie kręgosłupa ku przodowi sprowadzić wyrównanie garbu. Jeżeli zaś garb jest ustalony, należy go

*) Podług odczytu, wygłoszonego na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w lipcu 1900 r. w Krakowie.

pozostawić nienaruszonym. Przy dłużej istniejących objawach porażenia zastosowujemy zmodyfikowaną metodę Calota, głównie już dla tego, że nie przedstawia ona niebezpieczeństwa. Ropnie opadowe, mogące się równocześnie pojawić, wymagają oczywiście osobnego leczenia.

Przy szyi skośnej (*Caput obstipum*) z wyjątkiem poszczególnych przypadków lżejszych leczenie jest wyłącznie chirurgiczne. Polega ono na podskórnem lub otwartem przecięciu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i sąsiednich części miękkich z odpowiedniem następowem leczeniem ortopedycznem. Mikulicz zaleca w ciężkich przypadkach częściowe wycięcie tego mięśnia i części miękkich.

Choroby kończyn, względnie i zniekształtnienia, wymagające ortopedycznego leczenia, dotyczą przeważnie kończyn dolnych.

Najcięższem i względnie najczęstszem schorzeniem stawu biodrowego jest jego zapalenie (*Coxitis*). W okresach początkowych ograniczamy się na zabiegach przyrody czysto ortopedycznej, mechanicznej. Główne zadanie leczenia, zwłaszcza przypadków ambulatoryjnych, polega na zniesieniu obciążenia, ustaleniu i wyciąganiu stawu biodrowego; uzyskamy to albo za pomocą opatrunku gipsowego ze strzemieniem, obejmującego biodro i kończynę, albo przez założenie przyrządu przenośnego. Ja używam w tym celu wyłącznie przyrządu szynowego Hessinga, składającego się z części miedniczo-biodrowej i kończynowej. Pierwsza znowu składa się z dwu łuków stalowych, z których jeden przebiega ponad kością krzyżową i grzebieniem kości biodrowej, drugi zaś poprzecznie od okolicy kości ogonowej, powyżej krętarzów, ku przedniemu grzebieniowi kości biodrowej, łącząc się z poprzednim z przodu i z tyłu tak, że oba tworzą pas nieprzesuwalny. Część kończynowa składa się z łusek skórzanych dla uda, podudzia i stopy, wykonanych podług modelu kończyny i połączonych ze sobą szynami stalowemi na zawiasach. Obie części, t. j. biodrowa i kończynowa, są ze sobą również połączone szynami stalowemi. Ustalenie stawu daje się tym przyrządem dokładnie uskutecznić; zniesienie obciążenia wykonuje część kończynowa, na której spoczywa miednica, podczas gdy kończyna jest w niej jakby zawieszona. W tych przyrządach, względnie w opatrunkach gipsowych, chorzy muszą chodzić; ropnie należy leczyć odpowiednio, przyczem nie są one przeciwwskazaniem do leczenia ambulatoryjnego. Tylko w razie pojawienia się gorączki należy zalecić leżenie w łóżku.

Już wytworzone przykurczenia leczymy bądź ortopedycznie, bądź też chirurgicznie. Przy sprawach zapalnych n. p. gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, zastosowujemy metodę powolną, wyczekującą. Gdy sprawa zapalna ustąpi, możemy wystąpić energicznie. Do usunięcia tego rodzaju przykurczeń używamy przyrządów Hessinga lub Dollingera, przy przykurczeniach w addukcyi i abdukcyi wyprostowania Lorenza. Wyprostowanie doraźne, zwłaszcza w sprawach gruźliczych, należy stanowczo potępić, albowiem przez nieuniknione w takich razach przerwanie części miękkich i więzadeł możemy sprowadzić miejscową sprawę gruźliczą, zropienie stawu, a nawet gruźlicę prosówkową.

Usunięcie przykurczeń zapomocą przyrządu szynowego odbywa się w sposób nader prosty. Przez przyciąganie śrub sprowadza się kończynę w położenie prawidłowe.

Szybciej zdążamy do celu metodą Dollingera i przy pomocy wyprostowania Lorenza. Pierwsza polega na tem, że pacyenta układa się na dwu sztabach żelaznych grubości 1 ctm. w ten sposób, że głowa przypada na skrzyżowanie się sztab, tułów zaś leży na sztabach. Zdrową kończynę układamy na jednej sztabie, chorą zaś z pozostawieniem patologicznego położenia tak umieszczamy na drugiej sztabie, aby kostka wewnętrzna (*malleolus*) przypadała na jej stronę zewnętrzną. Sztaby, krzyżujące się pod kątem 30°—40°, wyścielamy watą, a potem ustalamy je z tułowiem zapomocą opasek gipsowych, następnie zaś zwolna przeprowadzamy chorą kończynę w położenie prawidłowe i natychmiast ustalamy opaskami gipsowemi.

Przy wyprostowywaniu metodą Lorenza wydłuża się skróconą, a skraca się wydłużoną kończynę. Zmodyfikowanego tego przyrządu można użyć do usunięcia przykurczeń w fleksyi.

Wyprostowanie doraźne można zastosować w przykurczeniach stawu biodrowego (Calot, Kirmisson) jedynie po zupełnem ustąpieniu sprawy zapalnej i jeżeli stanowczo da się wykluczyć gruźlica.

To są zwykle używane metody. Przy przykurczeniach wysokiego stopnia zastosowujemy przecięcie części miękkich w ranie otwartej, jeżeli inny zabieg jest niemożliwy.

Jeżeli już się wytworzył zrost w stawie (*ankylosis*), wtedy pozostaje nam jedynie zabieg chirurgiczny. Prócz rzadko używanego w stawie biodrowym łamania zrostu posługujemy się różnymi rodzajami osteotomii. Najczęściej wykonujemy osteotomią linijną, a to najlepiej jako „osteotomia pelvitrochanterica,“ przyczem tam usiłujemy przeciąć zrost, gdzie kość udowa jest zrośnięta z miednicą. Hoffa i Hennequin zalecają dla usunięcia zniekształtnień ze skróceniami kończyny osteotomię linijną skośną. Przecina się w takich razach kość możliwie ukośnie i wśród silnego wyciągania stałego przesuwa ją.

Dalszymi zabiegami są: osteotomia klinowa, czyli raczej resekcya, resekcya dłutkowa podług v. Volkmanna, jako też właściwa resekcya stawu.

(Dok. nastąpi).

II. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

(Ciąg dalszy).

Znamiona morfologiczne enterokoka. Enterokok przedstawia się, jako ziarniak o postaci zwykle zaokrąglonej, niekiedy jednak nieco lancetowatej; występuje w parach, czyli dwoinkach, lub rozmaicie długich łańcuszkach, a odznacza się szczególniej obecnością otoczki, bardzo wybitnej, mianowicie w ustroju zwierzęcym, ale dającej się także często z łatwością stwierdzić w hodowlach.

Chociaż znamienna dla wszystkich paciorkowców wielopostaciowość utrudnia opis i czyni prawie niemożliwem wyszukanie cech, któreby mogły go zasadniczo wyróżnić od pokrewnych rodzajów, to przecież na podstawie dotychcza-

sowych spostrzeżeń czuję się uprawnionym do twierdzenia, że enterokoka w stosunku do pneumokoka cechują nieco może większe wymiary poszczególnych osobników i otoczek, mało wybitny kształt lancetowaty samych ziarniaków i otoczek, lepsza ich barwność, wreszcie większa skłonność zarazka do tworzenia dłuższych łańcuszków, mianowicie na podłożach sztucznych.

Długie łańcuszki powstają zarówno na stałych pożywkach, — szczególnie pierwsze przezemnie otrzymane pokolenia składały się z długich łańcuszków, jak przy zwykłym paciorkowcu, — jakoteż w pożywkach płynnych, np. bulionie z surowicą (p. fotogram 4). W takich dłuższych łańcuszkach przylegają pojedyncze osobniki po dwa nawzajem ściśle do siebie płaskiemi powierzchniami, są przedzielone tylko wązką szczelinką i tworzą w ten sposób dwójki. Odstępy pomiędzy poszczególnemi dwójkami są większe Przy dalszem hodowaniu na pożywkach sztucznych zjawiają się rzadziej łańcuszki dłuższe, a zaczyna przeważać występowanie w samych dwoinkach. Przytem dwa osobniki, tworzące dwoinkę, mogą się stykać powierzchniami wązkiemi i nieco zaokrąglonemi, a powierzchnie ich zewnętrzne mogą być nieco wydłużone i przybrać kształt lancetowaty (p. fotogram 3).

Przy hodowaniu w wysokiej ciepłocie (42° C.) powstają częściowo twory, podobne do prątków. Być może, że zjawianie się podobnych tworów w chorym ustroju, jak u nas w przypadku 3 (p fotogram 2), zależy od obecności stałej i wysokiej gorączki.

Otoczkom zawdzięcza enterokok wielką zdolność do wytwarzania w płynach jednostajnego zmącenia. Otoczki łączą go prawie nierozdzielnie z płynem, w którym jest zawarty i zastępują mu do pewnego stopnia własne ruchy. Są one zatem, według mego zdania, narządami ruchu, których znaczenia nie należy lekceważyć, i powinny być zestawione z wytworami puchowymi pewnych roślinnych nasion, które wiatr ma zanosić na odległe przestrzenie. Stan mleczankowy enterokoka w płynnej pożywce, lub cieczy ustroju zakażonego, np. płynie mózgowo-rdzeniowym, jest tak doskonałym i trwałym, że nawet przez dłuższe centryfugowanie otrzymać można tylko nieznaczny osad, a płyn pozostaje stale mętnym i zawiera drobnoustroje.

Chociaż wzrost przeważnie w pojedynczych osobnikach i dwoinkach, a nie większych skupieniach, długich łańcuszkach, lub zbitych masach, może także mieć znaczenie w powstawaniu stanu mleczankowego płynnych hodowli bakteryj nie posiadających własnego ruchu, to jednak enterokok, ze względu na obecność długich łańcuszków, jak w fotogramie 4-tym, dowodzi, że zasadniczą rzeczą jest tu obecność otoczki. Przez nią dwa, mające tutaj znaczenie czynniki zmieniają się wybitnie: rośnie ogromnie przekrój tworu, a z nim opór, na jaki on napotyka przy przesuwaniu się wśród cieczy, a obniża się ciężar gatunkowy całej masy i zbliża się przez to do ciężaru cieczy otaczającej.

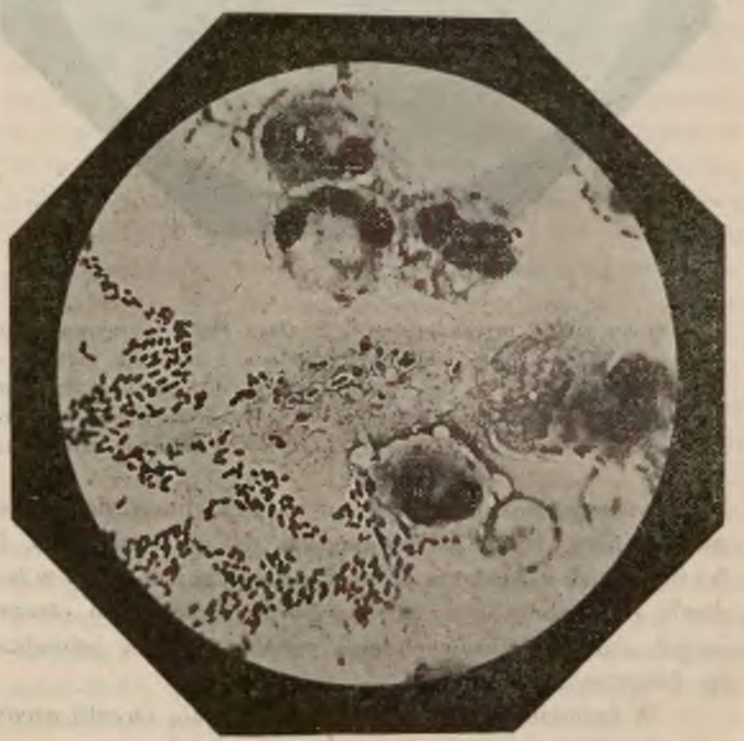
Sądzę, że mogę liczyć na wyrozumiałość czytelnika, jeżeli tutaj, może nie na zupełnie odpowiedniem miejscu, poświęciłem kilka słów znaczeniu otoczki. Sprawa ta jednak w podręcznikach bakteryologii nie jest dostatecznie uwzględniona i stosownie oświetlona. Przytem rozwinięty szczególnie w enterokoku stan tego urządzenia może mi służyć za okoliczność łagodzącą.

Z obecnością otoczek stoi w związku wytwarzanie jakiejś śluzowatej istoty; zaś od obecności otoczek i tej śluzowatej istoty zależy znamienne śluzowate wejrzenie, mianowicie hodowli na agarze z krwią. Osady są tu prawie zupełnie przeźroczyste, gdyż rozprószenie światła w nich jest nadzwyczaj małe.

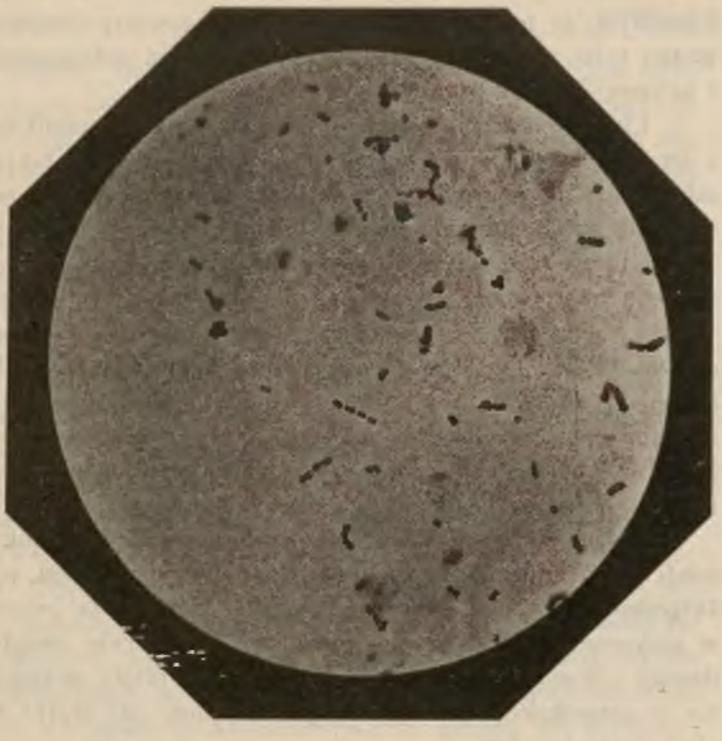
Otoczka okazuje odpowiednio do kształtu ziarniaka postać zaokrągloną, otaczając zaś dwoinkę, może w płaszczyźnie podziałowej okazywać przewężenie (p niektóre dwoinki w fotogramie 5). Jedna otoczka może także obejmować łańcuch rozmaicie długi (p. fotogram 6), albo też widzi się, że w łańcuszku, to osobniki pojedyncze, to dwójki, w innych częściach znów dwie dwójki, mają osobne otoczki (p. fotogram 4). Otoczka jest szerszą i barwi się lepiej, jak u pneumokoka. Z reguły jest ona, przy użyciu zwykłego wysko-



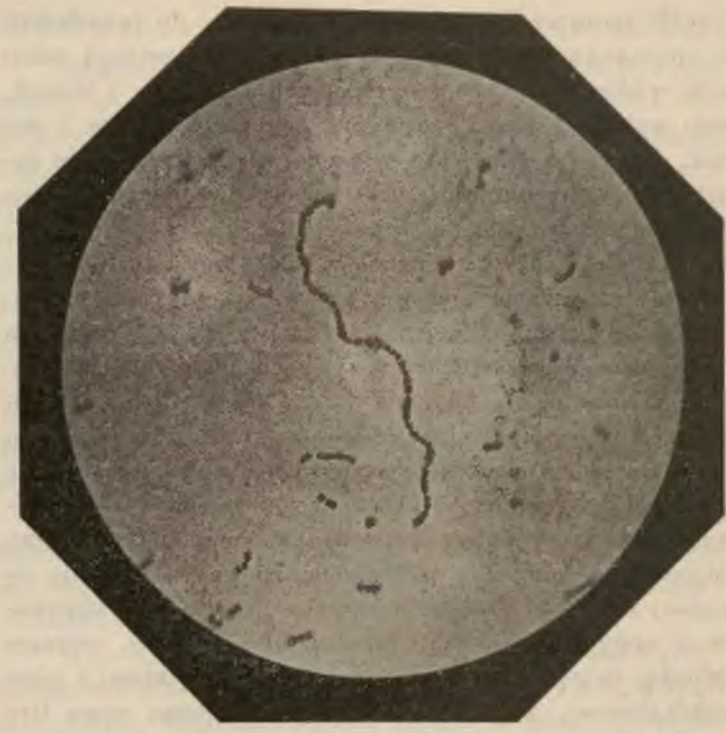
Fotogram 1.



Fotogram 2



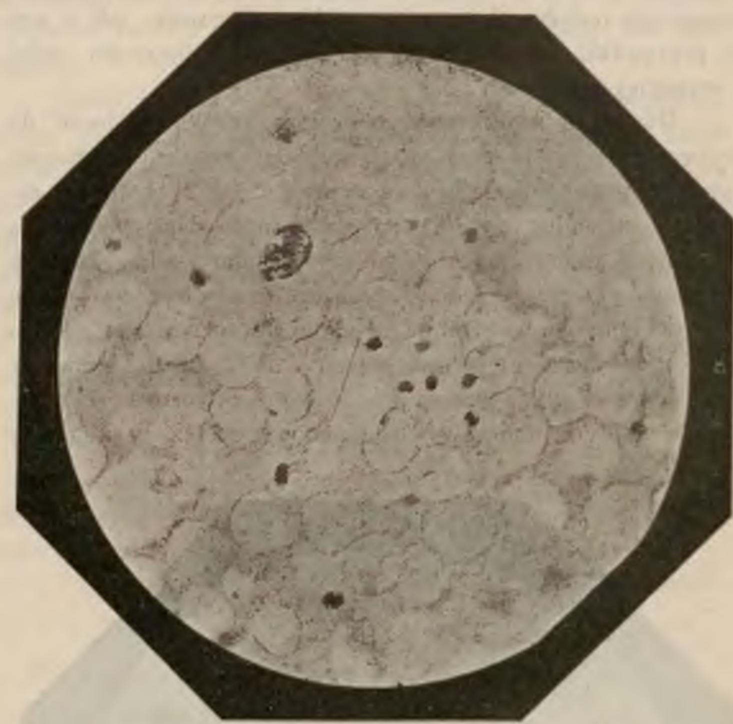
Fotogram 3.



Fotogram 4.



Fotogram 5.



Fotogram 6.

L. 1. Stolce z 1-go przypadku. — L. 2. Osad cieczy mózgowordzeniowej w 3-cim przypadku. — L. 3. Czysta hodowla enterokoka na agarze z krwią. — L. 4. Czysta hodowla na bulionie z surowicą ludzką. — L. 5. Krew myszki, padłej na zakażenie enterokokowe. — L. 6. Wysięk otrzewnowy królika, szczepionego enterokokiem podskórnie w okolicy brzusznej.

L. 1. Barwienie sposobem Eschericha. — L. 2—6. Barwienie wyskokowo-wodnym rozczynem fuchsyny. — L. 4 i 5 preparat w wodzie, zresztą w balsamie kanadyjskim. — Powiększenie 1000 : 1.

kowo-wodnego rozczynu fuchsyny i podgrzaniu aż do zjawienia się pary, lepiej zabarwioną od tła (p. fotogram 3, 4, 5 i 6), jednak zarówno w preparatach rodzimych, jak i w hodowli, szczególnie na agarze krwistym, może wśród otaczających ziarniaki śluzowych mas przedstawiać się jaśniejszą (p. fotogram 2).

W bulionie z surowicą ludzką występują otoczki wtedy najwybitniej, gdy hodowla otrzymaną została przez szczepienie bezpośrednie krwi padłego zwierzęcia. Także w hodowli mlecznej są otoczki bardzo wyraźne, najbardziej zaś niestale rozwijają się na stałych pożywkach.

W z r o s t n a p o ż y w k a c h. Warunki wzrostu na sztucznych pożywkach niewiele wyróżniają enterokoka od pneumokoka. Świeżo otrzymany rośnie on w ciepłocie 30—43° C. tylko na pożywkach, zawierających niewiele zmienione ciecze ustroju: na agarze krwistym i surowiczym, surowicy wo-

łowej, bulionie z dodatkiem $^1/_3$ surowicy ludzkiej (z puchliny brzusznej, lub z wodniaka) i na mleku. Przez dłuższe hodowanie można jednak otrzymać wzrost i na zwykłym agarze, żelatynie (w postaci drobniutkich kropek wzdłuż kanału wkłócia), podobnie wzrost przy niższej, wreszcie i pokojowej ciepłocie. Z tem łączy się jednak osłabienie, a wreszcie zupełna utrata chorobotwórczych własności. Próby wzrostu przy rozmaitej ciepłocie robiono z agarem krwistym, na którym wzrost enterokoka jest najbujniejszym. W ten sposób granica mogła być oznaczoną dosyć ściśle. Najlepszy wzrost otrzymywano w ciepłocie ciała ludzkiego.

Osady na powierzchni skośnie ściętego agaru są początkowo małe, płaskie i prawie zupełnie przeźroczyste; mogą też być bardzo łatwo przeoczone. Przy dalszem hodowaniu, mianowicie na agarze krwistym, otrzymuje się wzrost coraz obfitszy i wtedy zaznacza się wyraźna różnica między enterokokiem, a pneumokokiem, hodowanym równolegle w tych samych warunkach. Osady enterokoka są płaskie, mają skupienie śluzowe, dają się nawet niekiedy wyciągać w krótkie nitki, mają skłonność do zlewania się i są prawie zupełnie przeźroczyste. W świetle odbitem można je zauważyć tylko, jako nierówność powierzchni; w świetle przepuszczonem na jasnem tle, np. nieba, znikają prawie zupełnie, a najlepiej występują, jako szare kropki lub naloty w świetle przepuszczonem na tle ciemnem. Pneumokok tworzy osady bardziej suche, bardziej światło rozpraszające, ztąd mniej przeźroczyste, w świetle odbitem białawo-szare, w świetle przepuszczonem na jasnem tle brunatnawe, przytem bardziej wypukłe, ściślej odgraniczone i nie tak łatwo zlewające się. Osady enterokoka przypominają osady innych bakteryj otoczkowych, jak prątka Friedländerowskiego, prątka twardzielowego i *bact. lactis aërogenes.*

W płytce agarowej powierzchowne osady są płaskie, przeświecające, o zarysach niewyraźnych, lekko ziarniste. Głębokie są okrągławe albo osełkowate, mniej przeźroczyste i więcej ziarniste.

Bulion z surowicą ludzką okazuje jednostajne zmącenie po 12—24 godzinach, osadu niema prawie żadnego. Jeszcze silniejszym bywa wzrost na słabo alkalicznym bulionie cukrowym z $^1/_3$ surowicy ludzkiej. Jednak często już po 24 godzinach można tu stwierdzić zupełną utratę przeszczepialności i działania chorobotwórczego na zwierzęta tak, że do doświadczeń na zwierzętach nadają się tylko hodowle 8-12-godzinne.

Przy użyciu mleka początkowo nie otrzymywałem krzepnięcia Mogłoby to posłużyć do odróżnienia od pneumokoka. W miarę jednak coraz lepszego wzrostu na pożywkach sztucznych pojawiła się także zdolność do ścinania mleka w przeciągu 2—4 dni i nie ustępowała nawet przez przeprowadzenie hodowli przez zwierzę.

Przeszczepialność na pożywkach stałych utrzymywała się od 1-go do 5-ciu dni. Szybciej wygasała w pożywkach płynnych.

Doświadczenia na zwierzętach. Najbardziej wrażliwemi na zakażenie enterokokowe okazały się myszki białe. Wstrzyknięcie podskórne hodowli surowiczo-bulionowej, nawet w ułamkach mg., podobnie wkłócie pod skórę igiełki, zwilżonej taką hodowlą, lub krwią zwierzęcia padłego, sprowadzało śmierć zwierzęcia szczepionego w ciągu 1—2 dni, wyjątkowo po $3^1/_2$ dniach, z reguły po 36-ciu godzinach. W miejscu szczepienia znachodzi się wtedy wysięk śluzowy nakropiony niekiedy wynaczynionkami. Często, niewątpliwie skutkiem szerzenia się sprawy *per continuitatem*, można także napotkać śluzową wypocinę w otrzewnej. Gdy się otrzewnę obrało za miejsce szczepienia, to się ją znachodzi przyćmioną, nastrzykaną, a jamę otrzewnową wypełnioną dość obfitą, mętną, śluzową, ciągnącą się w nitki cieczą. Śledziona jest mało obrzękła i miękka; inne narządy bez zmian. Wysięki śluzowe roją się (porównaj fotogram 6 z królika) od dwoinek otoczkowych. Znajdujemy je także we krwi (p. fotogram 5), ale zakażenie krwi nie dosięga nigdy tego stopnia, co przy pneumokoku.

Szare myszki, o ile się zdaje (mogłem użyć tylko osłabionych hodowli (p. n.), są wiele odporniejsze. Potrzeba większej ilości i trzeba szczepić śródotrzewnowo, żeby otrzymać wynik dodatni. Zakażenie krwi jest mniejsze, zresztą obraz ten sam.

Króliki są prawie zupełnie niewrażliwe na ściśle śródżylne szczepienie. Można wstrzykiwać młodym królikom wagi około 900 grm. wielkie ilości, do 3 ctm³ 12—24-godzinnej hodowli surowiczo-bulionowej, bardzo skutecznej u myszek i królików przy szczepieniu podskórnem, — i nie otrzymać innego wyniku, oprócz krótkotrwałej gorączki i wychudnięcia. Jeden raz tylko, mianowicie po szczepieniu śródżylnem 0·5 ctm³ cieczy mózgowo-rdzeniowej z przypadku 3. spostrzegano śmierć zwierzęcia po 23 dniach skutkiem charłactwa. Śmierci, wywołanej czystą ostrą posocznicą, nie udało się sprowadzić nawet przez szczepienie znacznej ilości (0·2 do 0·4 ctm³) krwi posoczniczej, otrzymanej ze zwierzęcia, padłego na miejscowe sprawy zapalne enterokokowe, gdy tymczasem krew posocznicza, zawierająca pneumokoka, nawet w znacznie mniejszych ilościach (0·005 ctm³), a zresztą w tychsamych warunkach zabijała królika w przeciągu 12-tu godzin, skutkiem rozwinięcia się posocznicy wysokiego stopnia.

Okazało się jednak, że jeżeli przy szczepieniu śródżylnem część hodowli dostanie się poza żyłę, lub jeżeli się wstrzykuje odrazu podskórnie, wtedy w miejscu szczepienia powstaje zapalenie tkanki podskórnej *(phlegmone)* z wysiękiem prawie czysto śluzowym, bez domieszki ropy, nakropionym tylko niekiedy wynaczynionkami. Zapalenie to szybko zwykle szerzy się na sąsiednie okolice, zmienia ogromnie wejrzenie zwierzęcia, i sprowadza śmierć po 3—7 dniach. W wysięku znajdują się obficie dwoinki otoczkowe, rzadziej krótkie łańcuszki otoczkowe, a i krew przedstawia wtedy obraz miernej posocznicy. Miejscowa sprawa zapalna nie musi ograniczać się jedynie do tkanki podskórnej. Po szczepieniu w okolicy brzucha spostrzegałem bowiem powstanie zapalenia otrzewnej (tosamo widzieć można u myszek i świnek morskich), a sprawa kończyła się śmiercią zwierzęcia, szybciej, niż zwykle, bo w 36 godzin (porów. fotogram 6). Jeszcze szybciej sprowadza śmierć zakażenie bezpośrednie samej otrzewnej, gdyż w przeciągu 12 godzin.

U zwierząt padłych nie stwierdzano obrzęku śródpiersia (reguła przy pneumokoku), ani zmian gołem okiem dostrzegalnych w płucach, wątrobie, nerkach, lub przewodzie pokarmowym. Śledziona była podobnie, jak u myszek, mało obrzękła i miękka. Muszę jednak wspomnieć, że spostrzegałem także duży, twardy, włóknikowy obrzęk śledziony, a mianowicie wśród następujących okoliczności.

Z królika, który padł 27 listop. zebrano krew z serca

do wyjałowionych rurek, celem przechowywania enterokoka, jak to dla pneumokoka i meningokoka lancetowatego zalecił Foà [14]). Rurki zatopiono, przez 20 godzin trzymano w cieplarce, a następnie przez trzy tygodnie w piwnicy. Dnia 18 grudnia zaszczepiono tę krew na bulion surowiczy, a nazajutrz przystąpiono do doświadczeń na zwierzętach. Królik, który dostał 1 ctm³ hodowli surowiczo-bulionowej do żyły, a 1·5 ctm³ pod skórę ucha, nie okazywał oprócz nieznacznego obrzęku ucha, żadnych wybitniejszych objawów chorobowych. Mysz biała, która dostała 0·001 podskórnie, pozostała przy życiu. Druga, której wstrzyknięto podskórnie 0·02, pada po 36 godzinach. Obraz u niej zwykły, tylko w wysiękach, krwi i śledzionie dość znaczna ilość ziarniaków nagich, obok otoczkowych, a śledziona duża i twarda. Przez zaszczepienie krwi tej myszki otrzymano znów hodowlę surowiczo-bulionową, którą użyto do doświadczeń 23-go grudnia. Szara mysz dostaje 0·5 ctm³ śródotrzewnowo; pada po 12 godzinach, w miejscu szczepienia pod skórą mały ropień o treści śluzowo-ropnej, zapalenie otrzewnej, skąpe zakażenie krwi, śledziona twardawa. Druga szara mysz, która dostała 0·5 ctm³ podskórnie, — i biała, która dostała 0·3 ctm³ podskórnie, nie okazały oddziaływania. Zaś biała myszka, która otrzymała tylko 0·005, padła po 36 godzinach. Obraz — jak u białej, padłej poprzednio. Królik dostaje 1·5 ctm³ do żyły, 1 ctm³ pod skórę ucha. Pada po $2^1/_2$ dniach. Mierne zapalenie tkanki podskórnej ucha z wysiękiem śluzowo-ropnym, jakiego się nie stwierdza przy użyciu hodowli o pełnej jadowitości, obrzęk nieznaczny na twarzy i szyi około gruczołów chłonnych, ślad obrzęku śródpiersia. Śledziona duża, twarda, krucha, z ogniskami martwiczemi, zawierająca sporo dwoinek. W wysięku podskórnym ziarniaki pojedyńcze, dwoinki i łańcuszki przeważnie bezotoczkowe, we krwi i śledzionie przeważnie otoczkowe, ale otoczki mniej dobrze wykształcone, niż zwykle, przytem częściej napotyka się łańcuszki 4—6 członkowe, a nawet napotkano we krwi jeden łańcuszek około 12-ogniwowy z dość dobrze rozwiniętą otoczką.

Wszystką krew, którą można było otrzymać ze serca tego zwierzęcia w sposób jałowy, zaszczepiono 26 grudnia w ilości 0·4 ctm³ drugiemu młodemu królikowi do żyły. Jak zawsze, tak i w tym przypadku, zwierzę pozostało przy życiu (do 1. I. 1901).

Z krwi poprzedniego królika otrzymano jeszcze hodowlę surowiczo-bulionową, którą w ilości 2·5 ctm³ wszczepiono śródotrzewnowo kotu rocznemu. Wynik, jak dotąd, zupełnie ujemny, coby, bądźcobądź, świadczyło o znacznej odporności kota przeciw zakażeniu enterokokowemu.

Ogółem biorąc, należy stwierdzić, że przez przechowywanie w postaci krwi posoczniczej, chorobotwórczość enterokoka nietylko znacznie się obniża, ale zmienia się także jakościowo.

Jak wiadomo, Foà [14]) uważa powstawanie włóknikowego, twardego, dużego obrzęku śledzionowego za cechę, odróżniającą zakażenie meningokokowe (meningokok lancetowaty) od pneumokokowego, przy którem powstaje mały i miękki obrzęk. Z poprzedniego wynika że inny znowu rodzaj dwoinki lancetowatej może w różnych warunkach wywołać raz jeden, drugi raz drugi rodzaj obrzęku. Jednak wobec tego, że Foà otrzymał u zwierząt dla każdego ze swych rodzajów swoistą odporność, istnienia tych dwóch rodzajów zaprzeczać nie można. (Dok. nast.)

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Ciąg dalszy).

Z tego wszystkiego wynika jasno wielka doniosłość kalectwa głuchoty, fatalne i zgubne jej następstwa dla rozwoju i stanu umysłowego osób, nią dotkniętych. Znaczenie głuchoty jest tem większe, skutki jej tem okropniejsze, w im wcześniejszym wieku kalectwa tego nabyto Podczas bowiem gdy człowiek, ulegający głuchocie w późniejszym wieku, miał sposobność nabyć pewnego zasobu słów i myśli, osiągnąć pewien stopień rozwoju umysłowego i zdobyć sobie pewne stanowisko, głuchy z urodzenia, albo dotknięty głuchotą w wczesnym wieku, zostaje pozbawiony możności kształcenia się, pozostaje umysłowo nierozwinięty; sposób jego myślenia, rozumowania i wnioskowania zawsze będzie spaczony i upośledzony, a stopień inteligencyi zatem nizki, szczątkowy; w dodatku do takiej wcześnie nabytej głuchoty bardzo często dołącza się i niemota. Nie wszyscy bowiem głuchoniemi są jako tacy z urodzenia: dziecko mówiące, utraciwszy słuch w wczesnym wieku, zapomina słów mu znanych, staje się głuchoniemem i następnie także obojętnem na otoczenie, tępem i głupowatem. Głuchota, nabyta w pierwszych 4 latach życia, pociąga zawsze za sobą niemotę; w nabytej zaś w 4—7 roku może się udać u dzieci inteligentnych, przez stosowne ich traktowanie, zapobiedz niemocie; ogłuchnięcie po 7 roku życia rzadko tylko sprowadza niemotę. Już starożytni Spartanie kalectwo to uważali za tak wielkie, że w głuchoniemych widzieli tylko potworów, niezdolnych do życia i jako bezużytecznych dla Rzeczypospolitej skazywali na śmierć.

Co do częstości tego kalectwa, to według Hartmanna, który zestawił stosunek 246 milionów mieszkańców do 191,000 głuchoniemych, przeciętnie wypada 7.77 głuchoniemych na 10.000. Każde państwo liczy całą armię takich nieszczęśliwych.

Stosunki te uwidocznia dołączona tablica.

Państwa	Rok	Liczba głuchoniemych	L. głuchoniemych na 100.000 mieszkańców	Stosunek głuchoniemych mężczyzn do kobiet
Europa:				
Szwajcarya	1870	6.544	245	
Baden	1871	1.784	122	100:89
Austrya	1890	27.618	116	100:79
Szwecya	1895	5.307	116	100:90
Alzacya i Lotaryngia	1871	1.724	111	100:76
Wirttembergia . . .	1861	1.910	111	100:87
Węgry	1890	19.024	109	100:84
Norwegia . . .	1891	2.139	106	100:81
Irlandya	1891	4.464	106	100:87
Prusy	1880	27.794	102	100:83
Finlandya	1880	2.098	102	100:77
Bawarya	1871	4.381	90	100:94
Portugalia	1878	3.109	75	100:73
Grecya	1879	1.085	65	
Dania	1890	1.411	65	100:89
Francya	1876	11.460	58	100:87
Saksonia	1890	1.994	57	100:85
Szkocya	1881	2.142	57	100:86
Włochy	1881	15.300	54	100:76
Anglia	1891	14.112	50	100:83
Hiszpania	1877	4.625	46	100:65
Belgia	1875	1.208	43	100:89
Holandya	1889	1.977	43	100:81

Państwa	Rok	Liczba głuchoniemych	L. głuchoniemych na 100.000 mieszkańców	Stosunek głuchoniemych mężczyzn do kobiet
Ameryka:				
Stany Zjednoczone Ameryki północnej .	1890	41.283	66	100:81
Kanada	1861	4.819	100	100:86

Ostatni spis ludności w Rosyi wykazuje 200,000 głuchoniemych (Heiman). Zestawienia te uwidoczniają różne stosunki w różnych krajach, a szczególnie, że w krajach górzystych głuchoniemota jest znacznie częstszą, niż na nizinach Z różnych prowincyj austryackich wypada najwięcej w krajach alpejskich, a mianowicie na 10,000 mieszkańców przypada głuchoniemych w Karyntyi 44.1, w Salcburgu 27.8, w Styryi 20,0, podczas gdy dla całej Austryi wypada przeciętnie tylko 11.6°/₀₀₀₀ (11.6 na 10.000). Podobne stosunki wykazują inne kraje. Różnice te odnieść należy do różnych warunków higienicznych, zdrowotnych i społecznych, szczególnie zaś do różnej częstości chorób zakaźnych w różnych krajach i okolicach, z czego wynika wpływ tych warunków na pojawienie się tego cierpienia. Ze wszystkich przez siebie badanych chorych na uszy rekrutów znalazł Heiman 75 niezdolnych zupełnie do służby wojskowej z przyczyny rozmaitych poważnych cierpień narządu usznego.

Co do wieku dziecięcego, to można w ogólności twierdzić, że upośledzenie słuchu u dzieci jest znacznie częstsze, niż się zwykle przypuszcza. Na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Filadelfii Blake wykazał, jak niesłychanie często zdarza się niedosłyszenie w szkołach i zakończył usilnem wezwaniem do szukania środków i sposobów dla ułatwienia nauki dzieciom, tą wadą dotkniętym. W ogóle można powiedzieć, że ze 100 uczniów, 15—20 nie jest w stanie spisać poprawnie dyktat, wypowiedziany głosem donośnym na odległość 6—8 metrów. Reichert w Rydze zbadał 1.055 dzieci od 7—15 r życia i znalazł u 22°/₀ mniej lub więcej znaczne upośledzenie słuchu Samuel Sexton — 13°/₀ na 575, a Nawel 25.5°/₀ na 491 dzieci. Weil natomiast stwierdził niedosłyszenie u 30°/₀, Gellé u 20—25°/₀, a Bezold, badając w szkołach monachijskich 1918 dzieci, napotkał wadę tę w 25.8°/₀ Statystyka Mourea, ogłoszona w „Revue sanitaire de Bordeaux" obejmuje 4780 dokładnie zbadanych uczniów, z których 17°/₀ okazywało słuch wadliwy. Jankelewitch przytacza statystykę z „Conseils de revision" w Francyi, z której wynika, że z 305,925 uczniów zostało wyłączonych z nauki regularnej 29.743. a z tej liczby przypada 1,396 wykluczonych z powodu głuchoty.

Niestety, lżejsze stopnie niedosłyszenia u dzieci zbyt często bywają niespostrzeżone prze otoczenie. Dopiero w szkole odczuwa uczeń swe ciężkie kalectwo. Ileż to dzieci, niezdolnych powtórzyć słów nauczyciela, albo źle piszących dyktat, uznanych bywa przez rodziców i nauczycieli za nieuważnych, roztargnionych, leniwych, niedbałych, niezdolnych, a nawet za głupkowatych lub złośliwych i t. p., a będących w istocie tylko niedosłyszącymi. Zamiast, ażeby je podano stosownemu leczeniu lekarskiemu, nieszczęśliwe te istoty przechodzą prawdziwe męczeństwo, podlegają niezasłużonym i najczęściej ubliżającym lub nawet dotkliwym karom Rozumie się, że te wszystkie sposoby rzekomo pedagogiczne nie mogą polepszyć postępu i rozwoju dziecka, jak długo ono nie zdoła słyszeć wyraźnie słów nauczyciela; owszem, takie z nimi postępowanie pogarsza jeszcze stan rzeczy, rodząc u dziecka zniechęcenie, rozgoryczenie, a czasem w końcu nieposłuszeństwo i krnąbrność. A przecież możnaby temu wszystkiemu zapobiedz przez poddanie takich dzieci umiejętnemu badaniu lekarskiemu i następowemu obraniu odpowiedniego kierunku pedagogicznego. Wogóle, nim się zawyrokuje o przyszłości i zdolności umysłowej dziecka, należy poddać dokładnemu badaniu jego oczy i uszy i użyć wszelkich środków, którymi sztuka lekarska rozporządza, by się przekonać, czy dziecko nie ulega jakiej wadzie organicznej, a to w celu, aby nie dopuścić, by ono padło ofiarą choroby, która będąc przeoczona i zaniedbana w początku staje się później nieuleczalną Słusznie powiedział Troeltsch: „Przyszłość moralna i umysłowa dziecka zawisła od stanu czynnościowego jego uszu". Jaskrawy przypadek takiego zapoznania choroby u dziecka, dotkniętego wybujałościami gruczołowatemi w jamie nosowo-gardzielowej, przytacza Cozzolino.

Stwierdziwszy wadę słuchową u dziecka, należy w pierwszym rzędzie starać się przez stósowne postępowanie i ćwiczenia przeszkodzić temu, żeby dziecko, które już umiało mówić, nie zapomniało mowy, straciwszy słuch, czyli, żeby się nie stało głuchoniemem. Ale nietylko niemocie, lecz samejże głuchocie dałoby się w znacznej części przypadków zapobiedz, gdyby chore dziecko od początku poddano systematycznemu i celowemu leczeniu. Jak dalece zbawienną działalność w tym względzie rozwinąćby można, najdowodniej to się wyjaśnia, gdy zwrócimy uwagę na najważniejsze przyczyny głuchoty i na wyniki dokładnych badań głuchych dzieci. Doświadczenie uczy, że obok chorób mózgowych najczęstszą przyczynę tego kalectwa, w dzieciństwie nabytego, są choroby zakaźne i wikłające sprawy ropne w narządzie słuchowym. Według Heimana 5—10°/₀ wszystkich cierpień ucha, 12—28°/₀ ropotoków usznych i 42°/₀ głuchoniemoty w ogóle, jest następstwem płonicy. Drugie miejsce po płonicy zajmuje błonica; nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych daje największą liczbę głuchych i głuchoniemych, bo 50°/₀ Gorączka powrotna wikła się w 8°/₀ z chorobami usznemi; ospa daje 0.2 1.6°/₀ chorych na uszy; tylko niewielki odsetek tych cierpień przypada na krztusiec, różę, zakażenie zimnicze, zapalenie płuc, gruźlicę, zołzy, kiłę i inne choroby ogólne.

Według statystyki Barnicka pierwsze miejsce między przyczynami nabytej głuchoty zajmują zapalenia ucha środkowego (30 9°/₀). Wszystkie statystyki zresztą zgodnie wykazują, że znaczny odsetek nabytej głuchoniemoty odnieść należy do chorób ucha środkowego, przebytych w dzieciństwie w następstwie chorób zakaźnych. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Frage der Volksheilstätten von Dr. Hans Weicker. Görbersdorf 1901

Jest to 5 te z rzędu sprawozdanie roczne z ludowego Sanatoryum dla suchotników Dr Weickera w Görbersdorfie za 1899. Sanatoryum powyższe składa się obecnie z 16 od siebie oddzielonych domów, które mogą pomieścić razem 280 chorych. W roku 1899 leczyło się ogółem 1058 chorych, z których każdy przebywał przeciętnie 12 tygodni w Zakładzie. Chorych przeważnie z klasy robotniczej nadsyłały Kasy chorych, towarzystwa ubezpieczające na rentę, małą tylko cząstkę (137) stanowili niezamożni prywatni Autor przedstawia obszernie sposób zarządzania tego rodzaju zakładem, obchodzenie się z chorymi, które to doświadczenia i dla nas będą aktualne, jeżeli kiedyś w przyszłości i u nas sanatorya ludowe wejdą w życie Ze szczegółów pojedynczych wypada zaznaczyć, że autor w roku 1899 wypuścił 72,9°/₀ chorych jako zdolnych do pracy zawodowej, a między innemi, mierzenie długości ciała przekonało go, że skłonność do krwotoków płucnych jest tem większą, im większa jest długość ciała. *W. J.*

V. Wyciągi.

Baumgarten. **Przyczynek do etyologii pierwotnej marskości nerek.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 1). W ostatnich 30 latach namnożyło się prac, rozróżniających coraz to nowe postacie zmian w nerkach z niewielką zresztą korzyścią dla prakty-

cznej medycyny, ponieważ klinicznie wiele tych postaci nie przedstawia żadnych cech właściwych. Dlatego autor zaleca do klinicznych celów następujący podział Eulenburga: 1) Zaburzenia w krążeniu (niedokrwienie i przekrwienie). 2) Zwyrodnienie skrobiowate. 3) Rozlane zmiany w nerkach: a) zapalenie ostre, b) zmiany chroniczne α) przeważnie miąższowe z marskością następową, β) przeważnie międzymiąższowe, czyli t. zw. pierwotna marskość nerek (primäre Schrumpfniere) włącznie z marskością na tle stwardnienia tętnic. Ponieważ ostatnia postać coraz częściej się zdarza, przeto zarówno ze względu na jej leczenie, jak i zapobieganie, warto dokładniej zbadać jej przyczyny. B. zmierza do tego celu zapomocą statystyki, złożonej z 220 przypadków pierwotnej marskości nerek, a zebranej w II klinice lekarskiej w Berlinie. Z zestawienia tego wynika, że pierwotną marskość nerki spotyka się znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet (2,42:1) i to najczęściej między 40 a 65 r. ż. W wielu przypadkach nie można stanowczo wykazać, jakie wpływy szkodliwe były główną przyczyną choroby, a to z tego powodu, że ciągnie się ona nieraz niepostrzeżenie oddawna i dokładnych wywiadów u późno zgłaszających się chorych zebrać nie można. Dopiero w nowszych czasach zwrócono uwagę na to, że między przyczynami pierwotnej marskości nerek odgrywać mogą rolę wpływy dziedziczne. Pel n. p. ogłosił 18 przypadków tej choroby w 3 pokoleniach jednej rodziny. B. spotkał 7 przypadków, w których żadnej innej przyczyny, prócz dziedziczności, nie można było wykazać; w 17 dalszych przypadkach wykazano prócz dziedziczności nadużywanie wyskoku i kiłę, w 16 innych istniały u rodziców chorych gościec, dna i opilstwo. Dziedziczność może być albo niejako bezpośrednia, jeżeli sprawa w nerkach rozwija się jeszcze w łonie matki (przypadek Weigerta), lub wnet po urodzeniu, lub może polegać tylko na przekazaniu potomstwu usposobienia do marskości nerek, co oczywiście nie pozbawione jest znaczenia praktycznego. Wiedząc o usposobieniu dziedzicznem, można starać się o usuwanie wpływów, szkodliwie działających na nerki. — Z chorób ustrojowych odgrywa niemałą rolę w pierwotnej marskości nerek — dna: w Anglii, gdzie dna jest bardzo pospolitą, nazywają pierwotną marskość wprost dną nerek (Gichtniere); w Niemczech postać ta jest rzadszą: B. stwierdził ją 9 razy, przyczem 5 razy obok tego wykazano nadużywanie wyskoku. — Daleko częstszą przyczyną marskości nerek w Niemczech jest ołowica, niesłusznie zresztą uważana za najczęściej zdarzającą się u zecerów. Z 1148 chorych na ołowicę, leczonych w szpitalach pruskich w r. 1895, przeważną część (po 30%) stanowili robotnicy fabryczni i malarze, zecerzy zaś zaledwo 2%. Z 33 przypadków nerki ołowiczej, zebranych przez B., przypada najwięcej, bo 16, na malarzy; w 3 przypadkach istniała obok tego dna, która, zdaniem niektórych autorów, może być następstwem samejże ołowicy, a więc i w tych trzech przypadkach mogłaby być uważaną nie za przyczynę, ale za sprawę współrzędną z marskością nerek. — Nadużywanie wyskoku, jako niewątpliwą przyczynę pierwotnej (a nie następowej) marskości nerek znalazł B. w 61 przypadkach. Najszkodliwszem zdaje się być nadużywanie wódki (30 razy), mniej piwa (18), najmniej wina. Przypuszczanego przez niektórych autorów związku cukrzycy z pierwotną marskością nerek nie mógł B. stanowczo stwierdzić, gdyż spotkał tylko 2 razy zbieg obu tych spraw, przyczem w jednym z tych przypadków wykazano opilstwo, w drugim kiłę. Co do tej ostatniej, to częstość jej, jako przyczyny pierwotnej marskości, trudno obliczyć z powodu częstego zwyrodnienia skrobiowatego nerek, wywołanego przez kiłę, a wikłającego się z marskością. Czystych przypadków marskości (bez zwyr. skrob.) na tle kiły stwierdził B. 20, coprawda w połowie wykazano także i opilstwo, a w 6 dalszych rozpoznanie przebytej kiły nie było pewne; niewątpliwych więc przypadków kiły, w których rozwinęła się „pierwotna" marskość, pozostaje tylko 4. — Związek pierwotnej marskości z zimnicą, niekiedy podawany, wydaje się B. bardzo niepewny: tylko w 2 przypadkach możnaby było związek ten przypuszczać, ale jeden z tych chorych nadużywał wyskoku, drugi zaś narażony był bardzo na szkodliwe wpływy atmosferyczne. — Co do stosunku t. zw. „pierwotnej" marskości nerek do stwardnienia tętnic, to pod tym względem jest autor bardzo liberalny, przyjmując wszystkie 3 możliwości: albo miażdżyca jest przyczyną marskości nerek, albo odwrotnie, lub wreszcie obie sprawy mogą być równorzędnymi skutkami jednej wspólnej przyczyny. Wskutek tego, że stwardnienie tętnic jest częste w wieku starszym, a i pierwotna marskość nerek według badań autora najczęściej zdarza się od 40 do 65 r. ż., zbiegają się obie sprawy nader często ze sobą; liczb dokładnych jednak autor nie podaje.

Pracę swą kończy autor krótkiemi wskazówkami rozpoznawczemi: pierwotna marskość odznacza się obfitem moczeniem z niskim cięż. gatunk., skąpym osadem, małym lub nawet chwilowo żadnym białkomoczem, brakiem niedokrwistości i obrzęków, podniesieniem się parcia tętniczego, przerostem lewej komory; marskość następowa zaś wysokim cięż. gat. moczu, znacznym białkomoczem i osadem, wczesną niedokrwistością, późnem wzmożeniem się parcia krwi po wystąpieniu znacznych obrzęków. Zwyrodnienie skrobiowate odróżnić trudniej: rozpoznanie opiera się tu zwykle na wykazaniu zmian w innych także narządach. Małych stopni zwyrodnienia skrob., powikłanych z marskością nerki, wogóle rozpoznać niepodobna.

Ciechanowski.

Prof. Lewin (Berlin). **Wymioty po zastosowaniu chloroformu, oraz innych leków znieczulających wziewanych. Sposób zapobiegania im.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 2, 1901). Zważywszy, że wymioty są tylko następstwem chloroformu, który przez połykanie dostał się do żołądka i tu drażni błonę śluzową, jasną jest rzeczą, że środki zapobiegawcze winny być skierowane jedynie na błonę śluzową żołądka. Jeśli czczość żołądka, praktykowaną w wielu zakładach przed usypianiem i nadmierną wrażliwość tego narządu u niektórych osobników zostawimy na boku, pozostaną tylko dwie drogi, zdolne powstrzymać miejscowe działanie, względnie draźnienie, chloroformu: 1) znieczulenie nerwów żołądkowych, pośredniczących w odruchach i 2) zapobiegawcze nakrycie błony śluzowej żołądka istotami, uniemożliwiającemi lub zmniejszającemi zetknięcie się chloroformu z błoną śluzową. Znieczulenie można otrzymać w pierwszym rzędzie kokainą w rozczynie 0·05—0·1:500; błona śluzowa, nasiąknąwszy 300—500 ctm.³ tego płynu, zostaje należycie ubezwładniona, a tem samem cel osiągnięty. Do środków drugiej kategoryi zalicza autor istoty śluzowate, względnie liposoki (gumy), jak: arabinę, liposok arabski, tragankowy (1—2:100—200 wody), lub salep (1—2:100), wreszcie ślaz. Wynik takiego postępowania zależy oczywiście od jak najdokładniejszego pokrycia tymi środkami błony śluzowej żołądka, celem powstrzymania bezpośredniego zetknięcia się z chloroformem. *Dr. Henryk Pisek.*

Bocher (Berlin). **Oznaczenie dolnej granicy żołądka przy pomocy Röntgenowskiego prześwietlania.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 2, 1901). Po ustawieniu chorego plecami do przyrządu, przystosowanego do wysokości badanego żołądka, wprowadza się do tego ostatniego rozczyn (5:100) podazotynu bizmutowego *(bismuth. subnitr.)* zapomocą wielkiej rury zgłębnikowej. Prześwietlenie teraz dokonane wykazuje dokładnie, że koniec rury zgłębnikowej jest otoczony ciemną plamą, t. j. rozczynem bizmutu, który, wydostawszy się z zgłębnika, osiadł na dnie żołądka, wskazując tem samem dolną jego granicę. *Dr. Henryk Pisek.*

Pilcz (Wiedeń). **Przypadek psychicznej padaczki, uleczonej zabiegiem operacyjnym.** *(Wiener klin. Rundschau,* Nr. 1, 1901). Na oddział umysłowo chorych oddano 17-letniego młodzieńca, cierpiącego na napady padaczkowe z czasową utratą poczytalności. Ponieważ bliższe badanie wykazało bliznę na czole chorego, bolesną bardzo przy lekkim już dotyku, postanowiono ją usunąć w mniemaniu, że napady padaczkowe ustąpią. Tak się też stało: napady jedynie wracały, skoro chory zdołał skrycie napić się jakiegoś napoju wyskokowego. Na podstawie tego przypadku twierdzi autor, że osobnikom, skłonnym do padaczki, należy bezwzględnie zabronić używania trunków gorących, powtóre, że można uleczyć psychozę drogą operacyjną, bez żadnych innych środków wewnętrznych. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. P. Colombini (Sassari). **O zachowaniu się śledziony w kile nabytej.** *(Archiv. f. Dermatologie und Syphilis Band LI — 2 Heft,* 1900). Sprawa, jak zachowuje się śledziona, zwłaszcza w okresie pierwszego wybuchu kiły drugorzędnej, ma swą obszerną literaturę; wyniki jednak prac, podjętych w celu wyświetlenia tej sprawy, różnią się tak dalece, że gdy niektórzy (Quinquaud i Nicolle) w wczesnej kile drugorzędnej znachodzili śledzionę stale powiększoną, inni (Wolfert, Wewer, Bruhns) stwierdzić to mogli tylko w bardzo małym odsetku (3—12%). Zdaniem autora, te różne wyniki pochodzą ztąd, że jedni autorzy tylko wtedy przyjmowali obrzęk śledziony, gdy ta była macalną, drudzy i wtedy, gdy stwierdzić go mogli jedynie przez wykazanie stłumienia, pochodzącego od śledziony powiększonej; nadto różni autorzy badali ją w różnych okresach kiły pierwszo- i drugorzędnej. Colombini na podstawie 48 przypadków, badanych w tym kierunku, doszedł do następujących wyników: Śledziona w kile nabytej u płci obojga zawsze ulega powiększeniu, ale dopiero na krótki czas przed wybuchem kiły drugorzędnej na skórze i błonach śluzowych; powiększenie to wzrasta w miarę przybywania objawów ogólnych, zmniejsza się, gdy te objawy się zmniejszają, — znika zaś, gdy objawy ogólne pry leczeniu ustąpiły. W czasie, gdy do objawów ogólnych jeszcze nie przyszło, t. j. gdy istnieje dopiero zmiana pierwotna i obrzęk swoisty gruczołów sąsiednich, jak również w czasie nawrotów kiły drugorzędnej i w kile trzeciorzędnej, śledziona nie ulega powiększeniu. Obrzęk śledziony i gruczołów chłonnych powstaje z jednej i tej samej przyczyny, z zakażenia ustroju jadem kiłowym: powiększenie jednak gruczo-

łów chłonnych nie stoi wcale w stosunku prostym do powiększenia śledziony: gruczoły mogą obrzęknąć bardzo, a śledziona tylko miernie. Rozmiary powiększonej śledziony prawie nigdy nie przekraczają przedniej linii pachowej i łuku żebrowego, ztąd pochodzi, że nie jest macalną; powiększenie jest największe w kierunku poprzecznym i to przeważnie na wewnątrz, wskutek czego śledziona przesuwa się pozornie ku kręgosłupowi; w wymiarze prostym powiększenie jest bardzo nieznaczne.

Śledziona zachowuje się więc w kile podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych, a stwierdzenie powiększenia jej posłużyć może w wątpliwych przypadkach, przy uwzględnieniu całego obrazu chorobowego, do rozpoznania kiły. *Dr. Władysław Żydłowicz.*

Werner. **Dobrowolna zgorzel nogi w połogu.** (*Ctrbl. f. Gyn.*). U wieloródki 25 lat liczącej, zupełnie zdrowej, po zupełnie prawidłowym porodzie wystąpiła dobrowolnie zgorzel stopy lewej, którą 39-go dnia po porodzie musiano odjąć. W odjętej kończynie znaleziono skrzep w tętnicy goleniowej przedniej i we wszystkich grubszych żyłach. Na dwa dni przed odjęciem stwierdzono w sercu, przedtem zupełnie zdrowem, wybitne szmery. Przypadek ten tłómaczy autor albo powstaniem zakrzepu najpierw we wszystkich żyłach grubszych z następnem wytworzeniem się i w tętnicy, albo powstaniem zapalenia żyły z równoczesnem zapaleniem śródsierdzia, przebiegającem z początku bez objawów, w następstwie którego powstał zator tętnicy goleniowej przedniej. Jako czynniki rozpoznawcze zgorzeli suchej podaje ból, obniżenie ciepłoty i czucia na części dotkniętej zgorzelą, sine zabarwienie i wytworzenie charakterystycznego wału odgraniczającego. *P.*

Borodulin. **Wpływ kału na krew.** (*Russkij archiw patologii, klinicz. med. i bakteryol. Listopad, 1900*). W przewodzie pokarmowym wytwarzają się rozmaite produkty, bardzo szkodliwe dla ustroju i wielu autorów przypisuje ich wessaniu powstawanie np. błednicy. Ten wzgląd skłonił autora do przeprowadzenia badań doświadczalnych nad wpływem kału na krew. Doświadczenia swoje wykonywał autor na psach i na królikach, którym wprowadzał pod skórę nastoje (wodne, wyskokowe i eterowe) kału odpowiedniego zwierzęcia (t. j. psom — psiego, królikom — króliczego). Badania te doprowadziły autora do następujących wniosków: 1) nastój wodny kału, wstrzykiwany zwierzętom, już w małych dawkach powoduje złośliwą niedokrwność (liczba krwinek czerwonych zmniejsza się do 2 milionów; ilość hemoglobiny zmniejsza się b. znacznie; we krwi pojawiają się poikilo-makro- i mikro-cyty i t. d.) 2) Nastój wyskokowy w takich samych warunkach sprowadza tylko nieznaczną niedokrwność. 3) Wstrzykiwania nastoju eterowego prowadzą do znacznej niedokrwności (mniejszej jednakowoż, niż wstrzykiwania nastoju wodnego), a prócz tego powodują wybroczyny w niektórych narządach. 4) Pod wpływem wstrzykiwania mięszaniny tych 3 nastojów występuje złośliwa niedokrwność i tworzą się wybroczyny w pewnych narządach. Na podstawie tych danych sądzi autor, zgodnie z Podwysockim, iż i u człowieka pewna część przypadków t. zw. samoistnej pierwotnej niedokrwności jest zależną od samozatrucia ze strony przewodu pokarmowego. Jakim produktom, wytwarzającym się w jelitach, przypisać należy główną rolę przy tem zatruciu, autor nie rozstrzyga; sądzi jednakowoż, iż ważną rolę odgrywają tutaj fenol i jego pochodne, oraz aminy. *Dr. Gliński.*

VI. Korespondencye.

Lwów, 1 lutego.

Lekarze lwowskiego szpitala powszechnego i profesorowie Wydziału lekarskiego, wraz z swoimi asystentami, uczcili 28 stycznia, jako w rocznicę śmierci ś. p. prof. Dr. Oskara Widmana, pamięć jego zasług 34-letniej pracy szpitalnej obchodem uroczystym, który polegał na wysłuchaniu Mszy św. w kaplicy szpitalnej za spokój duszy nieodżałowanego kolegi i zawieszeniu Jego wizerunku w kancelaryi oddziałowej, w której on, jako prymaryusz, przez lat 26 pracował. Uroczystość odsłonięcia portretu zagaił Dr. Opolski następującem przemówieniem:

Przed rokiem przypadło mi w imieniu kolegów szpitalnych pożegnać mową żałobną ś. p. prof. Dr. Oskara Widmana. Wówczas nad grobem wypowiedziałem, co czułem dla Niego, jako mojego osobistego przyjaciela i towarzysza z ławy szkolnej, z którym następnie prawie równocześnie wstąpiłem do służby w tym szpitalu, oraz z jakich powodów otaczali go wszyscy koledzy szpitalni czcią i uznaniem. Dzisiaj, gdy oto zebraliśmy się, ażeby w rocznicę śmierci uczcić Jego pamięć, znów mnie przypadło zabrać głos, jako gospodarzowi tej samej kancelaryi oddziałowej, w której On jako prymaryusz pracował przez 26 lat. Sądzę, że uczczę Jego pamięć najlepiej, gdy z naciskiem podniosę, że wizerunek, na który złożyliście się Szanowni Koledzy, jest zaszczytnem świadectwem zasług przedwcześnie zmarłego kolegi, który wyróżniał się rozumem, sercem, talentem i pracą. Dusza ś. p. Oskara dozna uciechy w tym objawie koleżeńskim, a potomni lekarze znajdą chwalebny wzór czci, jaką im przekazujemy przez uroczyste zawieszenie wizerunku zmarłego kolegi.

Uroczystość dzisiejsza wskazuje nam jeszcze inną, bardzo pocieszającą stronę. Jest ona dowodem wspólności koleżeńskiej między lekarzami klinicznymi, a szpitalnymi i daje rękojmię również chwalebnej wspólności w pracy zawodowej około chorych, naszej pieczy powierzonych. Oby ta uroczystość na zawsze stanowiła spójnię dla naszego ducha korporacyjnego. Wyrażam nadzieję, że tak będzie, a czerpię otuchę z faktu, że bodziec do tej spójni między lekarzami szpitalnymi a lekarzami klinicznymi, wyszedł właśnie od tych ostatnich, a poczęty został z szczerego ducha koleżeńskiego, którego, przyznać muszę, oni z większym pietyzmem pielęgnować umieją. Boleję, że nie my, lekarze szpitalni, daliśmy inicyatywę, najbardziej zaś boleję, że nie ja, który stałem najbliżej do śp. Oskara. Wszak to jeden z czcigodnych profesorów naszego Wydziału lekarskiego pierwszy uczuł potrzebę utrwalenia pamięci tak ze wszechmiar zasłużonego kolegi i tę potrzebę mnie wskazał; upokorzonemu, że nie dopełniłem obowiązku, który właśnie z serca i urzędu do mnie należał, pozostało mi tylko tem szczerzej rzecz naprawić i uczyniłem to najchętniej przez doprowadzenie tej zacnej myśli do urzeczywistnienia i dziś oto przed wizerunkiem zmarłego kolegi stoimy z czcią należną i ze wspomnieniami, pełnemi smutku i uznania. Portret Jego, ofiarowany przez Was, Szanowni Koledzy, tej obecnie mojej kancelaryi, przekazanej mi wraz z oddziałem szpitalnym po ś. p. Widmanie, przyjmuję z wdzięcznością i nad nim czuwać będę; a Ty Oskarze, usłysz te z serca płynące słowa: *bene merito, sit tibi terra levis et jucunda*, odpoczywaj w Bogu! *W.*

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Dieulafoy (Paryż). *O wrzodach żołądka.* Wrzody w żołądku, których rozmiary wahają się w poszczególnych przypadkach chorobowych od drobnych punkcikowatych nadżerek do wielkości talara, usadawiają się bądź powierzchownie, bądź też drążą w głąb warstwy mięsnej. Prelegent, pomijając objawy i powikłania (rak), jako rzeczy ogólnie znane, stawia sobie za zadanie skreślić te postacie wrzodów żołądka, które dadzą się ściśle odróżnić tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomicznego. W pierwszym więc rzędzie zasługują na wzmiankę powierzchowne nadżerki, powstałe skutkiem miejscowego działania pneumokoków, osiedlonych na błonie śluzowej żołądka, do czego jeszcze przyłączają się uszkodzenia drobnych naczyń i nadmierna kwasota soku żołądkowego. Z najmniejszej nadżerki może się z czasem wytworzyć wrzód (t. zw. „exulceratio simplex"), który, wgryzająca się wgłąb warstwy mięsnej i jej naczyń, powoduje nie rzadko obfite, czasem nawet śmiertelne, krwotoki; — jako swoiste zaś należy uważać wrzody kiłowe i gruźlicze, w objawach, zarówno jak i w powikłaniach, niczem od innych nie odstępujące. Rak wytwarza się zwykle na miejscu dawnego wrzodu. Przechodząc do leczenia, zaleca autor w przypadkach wrzodu przewlekłego, połączo-

nego z obfitemi krwawieniami, zabieg chirurgiczny, po poprzedniem jednak a bezskutecznem wyczerpaniu środków wewnętrznych.

Dyskusya: Ewald (Berlin). Cierpieniem następowem po wrzodzie żołądka jest zapalenie okołożołądkowe *(perigastritis)*, wywołane przez przewlekłe zlepne zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie tej zmiany nie jest łatwo, — a leczenie może być tylko operacyjne. Bliznowate zwężenia powrzodowe nie rzadko wywołują klepsydrowaty kształt żołądka, co łatwo stwierdzić zapomocą prześwietlenia.

Tourtoulis-Bey (Kairo) spostrzegał krwotoki jelitowe w przebiegu ostrego włóknikowego zapalenia płuc: — objaw ten odnosi do działania pneumokoków.

Doyen (Reims) radzi wykonać laparatomię w tych wszystkich przypadkach, w których lekowanie środkami wewnętrznymi nie odnosi pożądanego skutku, a chory podupada coraz bardziej: — często w takich razach trafia się na nowotwór, którego usunięcie daje jeszcze widoki wyleczenia. Takie silne krwawienia są wskazaniem do operacyi: w większości przypadków wystarcza gastroenterostomia, usuwająca krwotoki i bolesność, a umożliwiająca odżywianie.

Meunier (Paryż). Badania ilościowe nad *pepsyną (labferment)* soku żołądkowego. Ilość pepsyny dochodzi u zdrowego człowieka w godzinę po jedzeniu do stopy najwyższej, wzrastając nadto w przypadkach podniesionej kwasoty żołądkowej, a opadając przy przewlekłym nieżycie żołądka: — najmniejsza ilość pepsyny jest przy raku.

Bendersky (Kijów). *Wymioty na tle nerwowem i ich leczenie.* Na podstawie 14 ze skutkiem leczonych przypadków zaleca autor w takich razach płókania żołądka letnią wodą.

Favulla (Barcelona). *Przyczynek do wiedzy o bolesnych napadach żołądkowych istotnych, (crises gastriques essentielles).* Napady tego rodzaju występują w przebiegu wiądu rdzenia, porażenia ogólnego i rozsianego stwardnienia w rdzeniu pacierz. Leczenie polega na wstrzykiwaniu morfiny, podawaniu przetworów kozłka i stosowaniu zabiegów higieniczno-wodoleczniczych.

Strauss (Berlin). *Stosunki odżywczo-lecznicze, zachodzące między tłuszczami, a czynnością żołądka.* Doświadczenia prelegenta wykazały, że wielkie ilości tłuszczu mlekowego obniżają wydzielanie kwasu solnego i nie wpływają ujemnie na czynność ruchową żołądka. Z uwagi, że chorzy z podniesioną kwasotą żołądkową znoszą bardzo dobrze (przy odpowiedniem dawkowaniu i kształcie) większą ilość tego tłuszczu, — stosował Strauss dyetę, w tłuszcz mlekowy bogatą, w przypadkach okrągłego wrzodu, nadmiaru kwasoty i wydzielania, otrzymując bardzo dobre wyniki.

Cohnheim (Berlin). *O leczniczem działaniu wielkich dawek oliwy w organicznych i kurczowych zwężeniach odźwiernika i dwunastnicy, oraz ich następstwach* (rozstrzeń żołądka). Przypadki rozstrzeni żołądka, nie będącej następstwem przeszkody ustrojowej, lecz wywołanej kurczem odźwiernika skutkiem wrzodu w tej okolicy, można w krótkim czasie wyleczyć, lub znaczną poprawę osiągnąć, wlewaniami większych ilości oliwy (100—250,$_{00}$ dziennie); — w bliznowatych zaś zwężeniach zwieracza lub dwunastnicy z następową rozstrzenią można tym samym zabiegiem otrzymać względne wyleczenie, t. j. zupełne ustąpienie objawów. Zwykle podaje się przez dłuższy czas po 50,$_{00}$ oliwy trzy razy dziennie, w godzinę przed każdem jedzeniem, lub też jednorazową dawkę na czczo, w ilości 100—150,$_{00}$, ogrzawszy ją poprzednio do ciepłoty ciała. Płyn ten czyni zadość trzem wskazaniom: usuwa kurcz, zmniejsza tarcie i podnosi odżywienie, przedostaje się bowiem nawet przez najmniejsze zwężenie do jelit cienkich, gdzie zostaje wessany. W przypadkach kurczów żołądkowych pochodzenia nerwowego (histerycznego) nie stwierdzono dotychczas pomyślnego działania tej metody — okoliczność ważna pod względem różniczkowo-rozpoznawczym. Wreszcie podnosi autor, że przed każdym zamierzonym zabiegiem operacyjnym w zakresie żołądka należy wpierw stosować leczenie oliwą.

Dyskusya: Matthieu (Paryż) stwierdził, że oliwa obniża ilość kwasu solnego, wobec tego zaleca ją w wszystkich cierpieniach, połączonych z nadmiarem kwasu solnego: — sam miał dobre wyniki.

(C. d. n).

VIII. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z I. Walnego Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Dnia 3 lutego odbyło się o godz. 5 zapowiedziane konstytujące Walne zgromadzenie, z udziałem wielu lekarzy krakowskich i kilkunastu umyślnie przybyłych z prowincyi. Inni, nie mogąc przybyć osobiście, przysłali na piśmie swoje obszernie umotywowane wnioski. Obrady zagaił Doc. Dr. Braun, kreśląc w krótkich słowach potrzebę organizacyi stanu lekarskiego i dziękując kolegom za liczny udział w zgromadzeniu. Objąwszy następnie przewodnictwo, udzielił głosu kol. Langiemu, który odczytał obszerne sprawozdanie komisyi organizacyjnej. W sprawozdaniu tem umotywowano szczegółowo potrzebę zawiązania Towarzystwa samopomocy, wyjaśniono, że statut przez nią opracowany był przedmiotem długich dyskusyj na 2 zebraniach lekarzy krakowskich, którzy porobili w nim odpowiednie zmiany i poprawki, podano do wiadomości, że 3 kolegów obdarzyło Towarzystwo hojnymi datkami i że dotychczas zapisało się 270 członków, zestawiono wreszcie cały tok dotychczasowej akcyi od zawiązania się Komisyi organizacyjnej w listopadzie 1899 roku aż do dzisiejszego Walnego zgromadzenia. Na koniec złożyła Komisya publiczny hołd nieodżałowanej pamięci prof. Zarewicza, który gorliwie i serdecznie jej pomagał, a zgromadzenie uczciło pamięć Jego przez powstanie. Z kolei przystąpiono do wyborów. Prezesem obrano jednomyślnie prof. Jordana, który, powitany hucznemi oklaskami, objął zaraz przewodnictwo i obiecując wszelkiemi siłami pracować dla jego dobra i rozwoju, wykazał w dłuższem przemówieniu, jak pojmuje zadanie Towarzystwa, jego znaczenie dla stanu lekarskiego i stosunek do Towarzystwa lekarskiego i Izb lekarskich.

Wiceprezesami wybrano: Prof. Trzebickyego i Dra Walczyńskiego z Tarnowa, Sekretarzami: Dra Langiego i Dra Weinsberga: Skarbnikiem: Dra Słapę. Do wydziału zaś weszli: Doc. Braun, Dr. Kohn i Dr. Schoengut; do komisyi kontrolującej: Dr. Damski z Jaworznia, Dr. Idziński z Żywca i Dr. Scheitter; do sądu polubownego: prof. Bujwid, Dr. Dura z Krzeszowic, Dr. Filimowski, Dr. Hirsch Herman i Dr. Mączka.

Wpisowe uchwalono w wysokości 2 koron: wkładkę miesięczną 1 koronę na czas od 1 lutego do 1 września b. r., kiedy według statutu ma się odbyć doroczne zwyczajne walne zgromadzenie.

Wnioski przedłożyli następujący członkowie:

Dr. Weinsberg: O ściąganie przez Towarzystwo zalegających honoraryów lekarskich. Dr. Langie: O polecenie Wydziałowi, aby rozwinął energiczną akcyę celem pozyskania ogółu lekarzy na członków Towarzystwa. Dr. Łopaczyński (z Lanckorony). W sprawie lekarzy okręgowych: 1) O podwyższenie płacy. 2) O opiekę nad mieszkaniami tychże lekarzy. 3) O stabilizacyę po roku służby. 4) W sprawie szczepienia ospy i leczeniu epidemii. 5) W sprawie obsadzania „okręgówek“ i kwalifikacyach. Dr. Edelheit (ze Sanoka): 1) O wymożenie większej opieki nad lekarzami ze strony Izb lekarskich. 2) W sprawie konkurencyi ze strony lekarzy rządowych i wojskowych. 3) O unormowanie należytości sądowo-lekarskich w sposób odpowiadający stanowisku lekarza. 4) W sprawie niewłaściwego nieraz obsadzania posad lekarzy rządowych. 5) O utworzenie własnej instytucyi asekuracyjnej jako osobnego działu Towarzystwa samopomocy. 6) W sprawie utrzymywania ciągłej styczności z wszelkiemi innemi towarzystwami lekarskiemi.

Dr. Zasacki (ze Szczurowic): Cztery wnioski w sprawie wykazów szczepienia ospy — ogłoszone w Nr. 3, „Przeglądu lekarskiego“. Dr. Mikołajski (z Dobczyc): 1. O założenie kasy dla chorych lekarzy na wzór kas robotniczych. 2) O utworzenie kasy strejkowej. 3) O ulgi podatkowe dla lekarzy. 4) W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. 5) W sprawie stęplów na „Visa reperta“. 6) W sprawie nieprawidłowego postępowania niektórych sędziów przy rozprawach o lekkie uszkodzenie ciała.

Chirurg Hellmann (z Tarnobrzega): 1) W sprawie majątku zwiniętego w r. 1875 gremium chirurgicznego. 2) O postaranie się o ustawę przymusowego należenia do Tow. samopomocy na wzór ustawy przemysłowej. 3) W sprawie partactwa lekarskiego przez felczerów na prowincyi. 4) O podwyższenie dyet przy czynnościach sądowych i komisyach rządowych.

Wszystkie te wnioski odesłało Walne zgromadzenie do Wydziału a prezes zapewnił na interpelacyę kol. Bergera, że żaden pominiętym nie zostanie, lecz nad wszystkimi zastanowi się Wydział: mniej ważne sam załatwi, ważniejsze podda pod dyskusyę i głosowanie na najbliższem Walnem zgromadzeniu. W sprawach ogólnej działalności i kierunku, w jakim ma kroczyć nowe Towarzystwo, zabierali jeszcze głos koledzy: Łodziński (z Myślenic). Słapa, Kohn, Prager, Jordan z Krakowa i Rossberger z Jarosławia.

Wreszcie po uchwaleniu jednogłośnie na wniosek kol. Hirscha podziękowania komisyi organizacyjnej za pracę przygotowawczę, zamknął prezes Jordan obrady o godzinie 8ej, prosząc obecnych kolegów z prowincyi, aby, powróciwszy do domu, starali się przekonać resztę kolegów o potrzebie należenia do Towarzystwa i pozyskać dla niego jak największą liczbę członków.

W tych dniach odbędzie się pierwsze posiedzenie Wydziału, który od razu, jak widać z powyższego sprawozdania, czeka ogromna praca. Dalsze zgłoszenia na członków nadsyłać należy, wraz z wpisowem i wkładką miesięczną, na ręce skarbnika Dra Słapy. (Ul. Kolejowa, 4).

Dr. H. Jordan, prezes. *Dr. Langie*, sekretarz.

W sprawie Towarz. Samopomocy lekarzy.

Szanowna Komisya organizująca „Towarz. Samopomocy lekarzy“ żąda, aby ją uwolnić od dalszych „Uwag.“ — Szan. Komisya pozwoli sobie jednak powiedzieć, że żądanie to jest równie śmiałe, jak bezwzględne i niczem nie usprawiedliwione. Odpowiedzi nie żądałem i w przyszłości nie wymagam; wszak o nic nie pytałem, a odezwałem się nie do Komisyi, lecz do ogółu lekarzy. Odpowiedź więc była zbyteczną. Skoro jednak była, to muszę się z nią liczyć i dorzucić kilka słów do moich tak niepożądanych uwag.

Wiedziałem o przedwstępnych pracach Komisyi, lecz śledziłem ich bieg i czekałem, aż się w statucie skrystalizują, a dostawszy go do rąk, mogłem dopiero wyrobić sobie sąd o celach i zadaniach nowego Towarzystwa.

Nie wiem, jaki jest zakres działania Towarz. lekarskiego w Wiedniu, ani jaki pożytek przynosi organizacya lekarzy tamże i to mnie nie wiele interesuje, bo wiem, że w samym Wiedniu jest dwa razy tyle lekarzy, co w całej Galicyi, a stosunki społeczne, ogólne i lekarskie tam są tak różne od naszych, że urządzeń tamtejszych do naszych porównywać nie można. Zresztą rzecz to małej wagi.

Większe natomiast znaczenie ma pytanie, czego u nas ogół lekarzy potrzebuje i czego się domaga, a względnie czego się spodziewał od organizującego się „Towarz. Samopomocy.“

Lekarze praktykujący pragną mieć byt swój i swych rodzin zabezpieczony i chcą się tak urządzić, aby kapitał, składany przez nich w czasie najwydatniejszej ich pracy, zabezpieczył im, względnie ich rodzinom, spokojny byt na wypadek niezdolności do pracy, względnie śmierci. Zapomoga, choćby w najdelikatniejszą formę ubrana, jest dla większej części lekarzy czemś upokarzającem, a nawet krzywdzącem, bo każdy z nich czuje, że za swą pracę i poświęcenie ma prawo do zapewnionego bytu, a nie do zapomogi.

O tem Komisya organizacyjna dobrze wiedziała, a przynajmniej powinna była wiedzieć, skoro aż rok przeszło pracowała nad utworzeniem Towarzystwa, a przecież stworzyła tylko takie, które swym członkom zapomogi i wsparcia obiecuje. „Odpowiedź“ twierdzi, że finansowo robi to samo, co Izba lekarska lwowska; — ja zaś sądzę, że robi coś wprost przeciwnego. Izba lekarska ubezpiecza swych członków i zapewnia im ich prawa statutem; „Samopomoc“ zaś obiecuje zapomogi i wsparcia, które będą według postanowień regulaminu udzielane, a to jest wielka różnica. Ztąd też także wątpię, aby Izba wzorowała się w tym względzie na statucie „Samopomocy,“ co Komisya w swej odpowiedzi skromnie przypuszcza. Zarzut, że i Tow. lekarzy galic. nie ma działu ubezpieczenia lekarzy, byłby słusznym, ale łatwiejby było temu Towarzystwu z obecnym już majątkiem stu kilkudziesięciu tysięcy dział taki stworzyć, aniżeli „Samopomoc“ która żadnym nie rozporządza majątkiem.

A teraz strona organizacyjna „Samopomocy“. Organizacya lekarzy jest istotną częścią Izb lekarskich, które w tym celu, a nie w żadnym innym, zostały utworzone. „Samopomoc“ ma gromadzić i oddawać do załatwienia Izbom lekarskim materyał, dotyczący poprawy stosunków stanu lekarskiego. Ależ działalność Izb lekarskich nie dla tego jest bezpłodną, że brakuje im tego materyału, bo przecież mają w swem gronie lekarzy praktykujących, lecz dlatego, że nie potrafiły, czy nie miały jeszcze czasu, wywalczyć sobie odpowiedniego znaczenia i powagi w sferach decydujących, a nawet wśród samych lekarzy. „Samopomoc“ będzie zarzucać Izbę wnioskami i żądaniami, wobec których ta ostatnia stać będzie bezsilna i bezwładna, chociaż najlepszemi ożywiona chęciami.

Statut „Samopomocy“ został „umyślnie“ ogólnikowo i pobieżnie ułożony, aby nie krępować postanowień regulaminu“ — powiada odpowiedź. Pomijając już to, że strona finansowa Towarzystwa powinna się opierać na bardzo szczegółowym statucie, a nie na regulaminie, to pozwolę sobie zauważyć, że należało dołączyć do statutu przynajmniej projekt regulaminu, aby dać nieco jaśniejszy obraz przyszłej działalności Towarzystwa. Tak zaś ulegać musi krytyce tylko statut i punkta jego wytyczne.

Towarz. lekarzy galic. ma nie tylko cele ściśle naukowe, jak to Komisya organ. twierdzi, bo udzielanie zapomóg i pensyi nie wchodzi w zakres działalności naukowej. Izby lekarskie zaś nie są instytucyami rządowemi — bo w ten sposób rozumując, musielibyśmy i Radę państwa instytucyą rządową nazwać. Dlatego nie mogę istotnie zrozumieć, chociaż to Komisyi dziwnem się wydało, dlaczego te instytucye nie miałyby spełnić tych wszystkich zadań, które „Samopomoc“ przyjmuje na siebie i dlatego twierdzę, że statut „Samopomocy“ nie jest niczem innem, jak tylko zlepkiem praw i obowiązków tych dwóch obecnie już istniejących instytucyj, — z każdej po trochu.

Jeżeli ktoś ma dom wprawdzie stary, ale dobrze i silnie zbudowany, a nie posiada w nim nowych urządzeń, to, aby mieć te urządzenia, nie buduje przecież nowego domu, lecz w starym je zaprowadza. A Komisya go wybudowała, tylko że zapomniała tych nowych urządzeń, które ze zmianą stosunków społecznych potrzebnemi się okazały, zaprowadzić. Sądzę, że towarzystwo lekarzy galic. pomyśli o tem, aby urządzenia te u siebie w domu zaprowadzić.

Zaznaczam jeszcze raz, że piszę dla ogółu lekarzy i że więcej w tej sprawie głosu zabierać nie będę. *Dr. Momidłowski.*

Ponieważ w dniu 3 lutego ukonstytuowało się „Towarzystwo samopomocy lekarzy“, a tem samem dotychczasowa Komisya organizacyjna została rozwiązaną, przeto nie może ta ostatnia wdawać się w dalszą, bezcelową zresztą, polemikę. Będzie rzeczą Wydziału Towarzystwa zastanowić się nad tem, czy potrzeba wogóle i czy warto poruszać jeszcze tę sprawę, wobec tego, że wszelkie nieżyczliwe nowemu Towarzystwu głosy nie zdołały udaremnić celu, jaki sobie b. Komisya organizacyjna wytknęła. Koledze Momidłowskiemu musi zatem wystarczyć tych kilka słów, które w odpowiedzi na jego korespondencyę uważali za stosowne odpowiedzieć

byli członkowie Komisyi organizacyjnej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 7 lutego 1901.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem odbył się wybór na członków czynnych Drów: A. Ackermanna, Banneta i A. Schudmaka. Następnie koledzy: Gliński, Rutkowski, Ciechanowski i Baurowicz mieli zapowiedziane wykłady z demonstracyami, wreszcie kol. Żydłowicz miał odczyt p. t.: „Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich“.

* *Komisya Bibliograficzna Akademii Umiej. przesyła nam następujące ogłoszenie*:

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe »Katalogu bieżącej literatury naukowej.« Wydawnictwo to, wszczęte przez »Royal Society« Londyńską, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Państw cywilizowanych ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie, pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodniczym osobną »Komisyę Bibliograficzną,« której zadaniem będzie opracowywanie »Katalogu Literatury Naukowej Polskiej,« w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisyi winnyby się spotkać z życzliwem współdziałaniem społeczeństwa, a przedewszystkiem z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem »Katalogu Literatury Naukowej Polskiej« będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisya Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych, jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, zechcieli jej przesyłać pod adresem: Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna. Przewodniczący Komisyi: *Władysław Natanson*, sekretarz: *Tadeusz Estreicher*.

* W niedzielę d. 3 bm. odbyło się Walne zgromadzenie Tow. samopomocy lekarzy. Prezesem jednomyślnie został wybrany kol. prof. H. Jordan, który programowe swe przemówienie zakończył słowami: »potrzeba nam łącznie i energicznie działać. ale środki działania muszą być zgodne z etyką lekarską i z temi zasadami, na które każdy z nas przy promocyi przysięgał.« Szczegółowy przebieg tego posiedzenia i brzmienie zgłoszonych wniosków, podajemy w sprawozdaniu, które ogłaszamy w dzisiejszym numerze.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego i nadał Dr. Adamowi Sołowijowi prawa docenta do wykładów z zakresu położnictwa i ginekologii.

* Ze Lwowa donoszą, że w obrębie szpitala powszechnego ma stanąć pomnik dla śp. Dr. Fr. Hoszarda, zasłużonego referenta spraw sanitarnych Wydziału krajowego.

* Dr. E. Krzyżanowski (Buczacz) donosi, że na tablicę śp. prof. Dr. Borysikiewicza nadesłano na jego ręce następujące datki: Dr. Ballaban 100 kor., prymaryusz Garrippa 100 kor., profesorowie Wydziału lekar. w Insbruku 70 kor., Dr. E. Krzyżanowski 20 kor. prof. Wicherkiewicz 10 kor.

* Komitet kierowniczy czasopisma »La Presse médicale« w Paryżu organizuje wspólne zwiedzanie wszechnic krajowych i zagranicznych. Pierwsza wycieczka wyruszy z Paryża koło 1 maja i w ciągu 8 dni zamierza zwiedzić: Lille, Liège, Kolonię, Bonn, Heidelberg, Strasburg, Paryż. Wycieczka obliczona na 40 osób; opłata wynosi 260 fr. Wpisy przyjmuje Administracya czasopisma »La Presse médicale.«

* Wraz ze Zjazdem przyrodników niemieckich, który odbędzie się w Hamburgu między 22 a 29 września, ma być urządzona wystawa przyrządów do Röntgenografii.

* Nagroda im. Unny nie została przyznana nikomu w r. 1900. Z tego powodu konkurs został przedłużony na rok bieżący po dzień 1 grudnia 1901 r.; temat do współubiegania się pozostaje ten sam: „Die feinere Architectur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiederstand.«

* O przebiegu epidemii moru w Rosyi podaje urzędowy organ »Pratitielstwiennyj Wiestnik« z 10 stycznia st. st. następujące szczegóły: 1) Władimirówce (gubernia astrachańska) do d. 29—XII r. z. było wszystkich chorych 25, z tych umarło 16, wyzdrowiało 2, reszta pozostawała w leczeniu; w tej miejscowości epidemia doszczętnie już wygasła. 2) W trzech osadach obok wsi Talówki (gub. samarska) między 9 a 27—XII z. r. zachorowało osób 61, zmarło 44. I w tej miejscowości epidemia wygasła.

Ks. Oldenburski, który kieruje walką z epidemią morową, postanowił odbyć sanitarną rewizyę kirgizkiego stepu, ujść Wołgi i północnego wybrzeża morza kaspijskiego. Na wezwanie księcia na pole walki z epidemią pospieszyli profesorowie: Czystowicz i Lewin, oraz Drowie Kaszkadamow, Baumholz, Damaskin, Jagodinskij, Dejkun-Moczanenko i Łuczyński. Prócz tych według »Nowoje Wremia« wezwani zostali do gubernii astrachańskiej: petersburski prof. Winogradow, prosektor Korowin i kijowski prof. Wysokowicz. Do liczby tej należy dodać liczny zastęp lekarzy z Odessy, Charkowa i t. d., którzy udali się do miejsc nawiedzonych morem.«

Oczywiście, kilkudziesięciu lekarzy wraz z ks. Oldenburgskim nie mobilizuje się dla Władimirówki i Talówki; obszar zajęty przez epidemię zapewne jest znaczny, a jej skutki muszą być doniosłe i zgubne.

Nekrologia Zmarli: Dr. Władysław Gedl, wychowaniec Uniw. Jagiel., człowiek niepospolicie zdolny, lekarz bardzo wzięty i ceniony, zakończył życie dn. 3-go b. m. w Wadowicach, licząc lat 49. W Petersburgu zmarł nagle naczelnik Akademii wojenno-lekarskiej Dr. W. Paszutin. W Brazylii padł ofiarą poświęcenia prof. Meyers, członek wyprawy angielskiej dla badania żółtej febry, której właśnie uległ. Dr. Teofil Rontaler zmarł w Piotrkowie. We Lwowie zakończył życie b. lekarz powiatowy Dr. Kajetan Wolański.

Zapiski bibliograficzne.

— *Kronika Lekarska* Nr. 2; Dr. Wisłocki: Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki.

— *Medycyna* Nr. 5: Mutermilch St.: Przyczynek do nauki o tętnie parodoksalnem (dok.). Dr Bregman L. E.: O nowotworach móżdżku (dok.).

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 2: Święcicki H.: O częściowem wydalaniu mięśniaków macicy przez jelita. Szuman L.: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. Pomorski J.: O dekapitacyi przy zaniedbanych położeniach poprzecznych. Zanietowski: O woltaizacyi zwykłej i sinusoidalnej.

Gazeta Lekarska Nr. 5: Brudzińskiego J.: O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Dr. Troczewski A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pierwotnych, pochodzenia nieurazowego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5: Dr. Kopfstein W.: Zprawa o 205 operacích průtrže provedených ve veřejne okresni nemocnici cisaře Františka Josefa I u Mladé Boleslavi. Dr. Skala J.: Kasuistický příspěvek z chirurgii ledvin (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Dr. Stolz M.: O podwiązaniu pępowiny. Dr. Sachs O.: Cztery przypadki tak zw. »stwardnień plastycznych« w ciele jamistem prącia z uwzględnieniem pozostających w tem ciele stwardnień. Dr. Preindlsberger: Dalsze przyczynki do operacyi niedrożności jelit.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5: Köster: Przyczynek do sprawy tak zw. napadów (crises) łechtaczkowych. Meyer: Zapalenie przewlekłe istoty szarej rdzenia po urazie. Conradi: Wpływ wysokiej ciepłoty na sernik mleka. Stoewer: Przyczynek do patologii gruczołu łzowego. Köppen: Rozpoznanie i rokowanie w rzeżączce mężczyzn. Scholtz: Walka z chorobami płciowemi u młodzieży szkolnej. Loeb: Nowy przyczynek do odkażania formaliną, zwłaszcza w zastosowaniu do dróg moczowych. Sternberg: Przypadek zrośnięcia kulszowo-krzyżowego płodów. Palmedo: Zawada połogowa z powodu podwójnej wady rozwojowej płodu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5: Dr. Mühsam: Zapalenie deskowate podskórnej tkanki łącznej *(Holzphlegmone)*. Dr. Schmidt: Przypadek oparzenia połyku i krtani, zakończony śmiercią. Dr. Moritz: Przyczynek do wiedzy o »bazofilnych granulacyach« czerwonych ciałek krwi. Dr. Fokker: O powstawaniu prątków kw. mlekowego z „Granula«. Dr. Adler: Bakteryobójcze działanie światła iskry elektrycznej o wysokiem napięciu, oraz nowo ulepszona metoda wyzyskania bakteryobójczej siły światła łukowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5: Verworn: Znużenie i wypoczynek. Blumberg: Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka. Mann: Przypadek histerycznej czuciowej afazyi. Cohn: Higiena oka (dok.). Martens: Leczenie chirurgiczne zwężeń cewki moczowej (dok.). Ledermann: Przyczynek do szczegółowej terapii chorób skórnych, z uwzględnieniem nowszych środków leczniczych i ich form.

— *La Semaine médicale* Nr. 4: Faure J. L.: Ból w piersiach w przebiegu zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawienia żołądka.

— *La Presse médicale* Nr. 9: Prof. Brissaud: Zaburzenia czuciowe w syringomyelii.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ed. Schiff: Das Institut für Radiographie und Radiotherapie in Wien. Dr. E. Schiff i dr. L. Freund: 1) Welches ist das wirksame Agens in der Radiotherapie? 2) Weitere Anwendungsgebiete der Radiotherapie. 3) Der gegenwärtige Stand der Radiotherapie. Dr. W. Jeż i Dr. F. Kluk-Kluczycki: Zur Therapie des Abdominaltyphus mit Jeż's »Antityphusextract«. Dr. M. Nartowski: Elektrodyagnostyka i Elektroterapia (304 rycin i 8 tablic). Kraków, 1901.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 16 Lutego 1901. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki [1]).

Sprawa chorobowa, zwana *Siderosis bulbi* t. j. zmiany, wywołane działaniem chemicznem aseptycznych ciał obcych żelaznych lub stalowych, które dostały się do gałki ocznej, chociaż przez Bungego, Lebera, Hippla i innych została zbadana tak pod względem procesu chemicznego, jakoteż anatonomicznie, oraz określona co do swej istoty, przecież nie jest jeszcze zamkniętą, zwłaszcza pod względem klinicznym. Gdy bowiem n. p. z jednej strony mamy spostrzeżenia, że małe kawałki żelaza lub stali po krótkim czasie wywołują obraz „Siderosis bulbi", to z drugiej strony, większe kawałki żelaza lub stali często dłuższy czas mogą pozostawać w gałce, nie wywierając swem działaniem chemicznem zgubnego wpływu. Co do umiejscowienia ciał obcych, wiadomo, że pod względem wpływu chemicznego na gałkę znaczna zachodzi różnica między ciałami obcemi, nie będącemi w styczności z ciałem szklanem, a więc ciałami znajdującemi się w rogówce, twardówce, w komorze przedniej, w tęczówce, soczewce, a temi ciałami obcemi, które przeszły przez ciało szklane i albo w niem pozostały, albo utkwiły w ścianach gałki, pozostając w mniejszym lub większym związku z ciałem szklanem. Również wiadomo, że otorbienie się ciał obcych, lub wytworzenie się na ich powierzchni nierozpuszczalnej rdzawej osłonki, utrudniającej rozpuszczenie się żelaza, zmniejszają jego działanie chemiczne. Tak jednak, jak wielkość i umiejscowienie, tak i otorbienie się lub wytworzenie się powłoki rdzawej nierozpuszczalnej, jakoteż i jakość żelaza, nie tłómaczą dostatecznie i całkowicie wszystkich przypadków. Zestawienie wielu odpowiednich przypadków, spostrzeganych klinicznie czas dłuższy, jakoteż badanie ich anatomiczne, może się tylko do zrozumienia sprawy „Siderosis bulbi" przyczynić. Doświadczenia na zwierzętach, które mogą być wykonane czysto i bez powikłań, łatwiej tłómaczą nam istotę rzeczy; przebieg kliniczny jednak podobnych przypadków u ludzi często jest odmienny, chirurgiczne bowiem wprowadzenie aseptycznego kawałka żelaza, n. p. do ciała szklanego u zwierzęcia, nie jest tem samem, co dostanie się jego na drodze urazu do gałki ludzkiej. Sprawa ta jest ważną nie tylko pod względem naukowym, ale i czysto praktycznym, ze względu na rokowanie, jakoteż i leczenie, na zabieg operacyjny wydobycia tych ciał obcych, który jest zabiegiem bardzo poważnym, dającym często złe wyniki nawet w przypadkach świeżych i szczęśliwie pod względem technicznym operowanych.

Piśmiennictwo ostatnich lat jest coraz bogatsze w przypadki operacyjne wydobycia ciał obcych żelaznych lub stalowych z oka; tem donioślejsze znaczenie mają przypadki rzadsze dzisiaj, gdzie ciała obce, wywołujące „siderosis", dłuższy czas w oku pozostawały; dlatego sądzę, że tych kilka moich przypadków zasługuje na ogłoszenie.

Przypadek I dotyczy tylko przebiegu klinicznego. Ciała obcego (żelaza), leżącego dziewięć miesięcy w ciele szklanem nie wyjmowano. »Siderosis« była wybitna w postaci rdzawych złogów na zaćmie miękkiej. Po wydobyciu zaćmy w 9 miesięcy po wypadku wystąpiła prawidłowa bystrość wzroku. Czas spostrzegania sięga przeszło dwa lata.

Dalsze trzy przypadki badano anatomicznie i mikrochemicznie.

Przypadek II dotyczy »Siderosis«, pochodzącej wyłącznie od żelaza (ksenogenetycznej), leżącego przez 3½ miesiąca w gałce, wyjętej z powodu »iridocyclitis dolorosa,« po poprzedniem bezskutecznem usiłowaniu wydobycia żelaza z oka zapomocą elektromagnesu Hirschberga.

Przypadek III dotyczy »Siderosis« pochodzenia mięszanego, tak od ciała obcego żelaznego, znajdującego się w gałce od 2 lat, jakoteż od wynaczynień krwi, które w postaci skrzepów wypełniały całą przodkową komorę i w znacznej części wnętrze gałki. Ciała obcego nie wyjmowano, tylko od razu wyłuszczono gałkę z powodu bólów rzęskowych.

Przypadek IV dotyczy »Siderosis« pochodzącej czysto ze krwi (hematogenetycznej) gałki, którą wyjęto z powodu bolesnej »iridocyclitis« pooperacyjnej (po operacyi zaćmy bez irydektomii), przebiegającej z krwotokami.

Badania mikrochemiczne robiłem zapomocą żelazosinku potasu i kw. solnego, najpierw tak, jak to podaje Hippel [1]), a następnie według wskazówek Perlsa [2]). To ostatnie postępowanie dawało mi lepsze wyniki, odczyn bowiem występował szybciej i czyściej, bez strątów. Hippel bierze rozczyn w równych częściach 10% rozczynu żelazosinku potasu i kwasu solnego, chemicznie czystego; następnie rozrzedza go dość silnie wodą przekroploną i w tej mięszaninie trzyma skrawki przez 12—18 godzin. Rozrzedzałem po-

[1]) Rzecz częściowo wyłożona w sekcyi okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, wraz z przedstawieniem preparatów odczynu mikrochemicznego na żelazo.

[1]) E. v. Hippel: Ueber Siderosis bulbi und die Beziehungen zwischen siderotischer und hämatogener Pigmentierung. (Arch. Graefego T. 40).

[2]) M. Perls: Nachweis von Eisenoxyd in gewissen Pigmenten. (Arch. Virchowa T. 39).

wyższy roztwór, zasadniczy Hippla w stosunku $^1/_{20}$—$^1/_{100}$. Co do rozlanego zabarwienia błękitnego, występującego przy tym roztworze, to tylko wybitne rozlane błękitne zabarwienie uważałem za odpowiadające odczynowi na żelazo; bardzo lekkie bowiem rozlane zabarwienie błękitne może pochodzić od dłuższego trzymania skrawków w odczynniku zwłaszcza, jeżeli odczynnik nie świeżo przygotowany. Również przy reakcyi dłuższy czas trwającej tu i ówdzie występujące czasem wybitnie niebieskie strąty nie mają znaczenia, wskazują one tylko na tworzenie się kwasu żelazosinowodorowego *(Ferrocyanwasserstoffsaure)* przez rozkład żelazosinku potasowego (Perls). Na tle tego wybitnego rozlanego zabarwienia błękitnego występowało zawsze bardzo silne zabarwienie niebieskie, odnoszące się do komórek, a pochodzące od błękitu berlińskiego. We wszystkich przypadkach robiłem dla kontroli próby z kwasem solnym, jakoteż z wodą chlorową. Wiadomo bowiem, że na preparatach drobnowidowych „siderosis" przedstawia się jako brunatne ziarnka barwika, złożone w komórkach, które trudno odróżnić od ziarn barwika prawidłowego komórek barwikowych gałki; pod wpływem jednak wody chlorowej barwik prawidłowy gałki ocznej rozpuszcza się, ginie; zaś barwik pochodzący z żelaza nie zmienia się. Pod wpływem zaś działania 5% kwasu solnego barwik brunatny ginie, jeżeli pochodzi z żelaza; barwik zaś prawidłowy gałki, jakoteż barwik brunatny, pochodzący z krwi, nie ulegają zmianie (Hippel). Naturalnie woda chlorowa musi być świeżo przygotowana. Obok tego badałem niektóre skrawki zapomocą rodanku potasowego (roztwór 1 : 19) i kwasu azotowego, przyczem występowała reakcya czerwona, jednak mniej wybitna, pochodząca od siarkosinku żelazowego.

Mays[1]) używał mięszaniny równych części kwasu solnego, który zawierał około 10% HCl i 5% roztworu rodanku potasowego. Skrawki krajałem na 10μ—25μ, robiąc z każdej gałki kilkadziesiąt preparatów.

Historya choroby wspomnianych przypadków jest następująca:

Przypadek I. Salomon M. lat 24. ślusarz z Husiatyna, zgłosił się po raz pierwszy do ambulatoryum kliniki dn. 2 lutego 1899. Wywiady: przed 6-ciu miesiącami wpadł mu odprysk stalowy od nożyczek w oko prawe przy przecinaniu blachy żelaznej. Natychmiast poszedł do lekarza, który powiedział, że oku nic się nie stało. Oko nie bolało go zupełnie, widział jednak jak przez mgłę, która coraz więcej zasłaniała mu oko. V pr. 6/60 — 1.6/6 Mp. 1·50 D. Rozpoznanie: *Cicatrix corneae, ruptura iridis (fenestrum), ruptura capsulae lentis, cataracta traumatica, corpus ferreum, siderosis oc. dextr.* Oko całkiem blade. 25 maja 1899 chory zgłosił się powtórnie i został przyjętym do kliniki (Nr. 149 M. 1899) V. pr. ilość światła słabego i lokalizacya dobra. Pro. Oko blade, niebolesne. Na rogówce nieco poniżej południka poziomego w odległości 3 mm. od obrąbka blizna dostrzegalna tylko przy oświetleniu ogniskowem. W stosunku do okienka w tęczówce (przy źrenicy nierozszerzonej) leży $^1/_4$ mm. niżej i nieco bliżej środka rogówki. Przednia komora prawidłowo głęboka. Źrenica miernie szeroka, na światło oddziałuje dobrze. W południku poziomym wewnętrznego odcinka tęczówki, w środku jej szerokości okienko 1 mm. szerokie, 1.50 mm. wysokie, kształtu rombowego. Na torebce soczewkowej, tuż przy brzegu rozszerzonej źrenicy, gdzie okienko w tęczówce, widnieje pęknięcie kształtu półkola. Na soczewce pod torebką wieniec plam brunatnych, najwybitniejszych i największych dołem i wewnątrz, gdzie dochodzą do wielkości główki od szpilki, zaś górą wewnątrz bardzo lekko zaznaczone. Obok tego na środku soczewki złogi brunatne tworzą rysunek trójkąta z wypustkami. Soczewka całkowicie zaćmiona; nie pęczniejąca. Badanie wziernikiem: dno nie prześwieca. Lokalizacyi sideroskopem na razie oznaczyć nie mogliśmy. Sideroskop, właśnie zamówiony dla tylko co otwartej kliniki, był w drodze. Gdyby jednakże najdokładniej umiejscowienie ciała obcego było oznaczone, możnaby w tym przypadku mieć wątpliwości, czy należy je wydobyć elektromagnesem. Nie bylibyśmy się ani chwili wahali wydobyć ciało, gdyby przypadek był świeży, lecz odprysk pozostawał już od 9-ciu miesięcy w oku i należało przypuścić, że jeżeli nie tkwi w soczewce, to musi być otorbiony, albo wklinowany, a wreszcie nie ma, ani też nie było w przebiegu choroby zadrażnienia. Można było tedy sądzić, że pomimo „siderosis," należy ten przypadek do tych rzadkich, w których oko dobrze znosi aseptyczny, nie duży odprysk żelaza. Z drugiej strony musieliśmy chorego wykształconego uprzedzić, że gdyby się zdecydował na wydobycie ciała obcego elektromagnesem, a więc na radykalną operacyę, zabieg może być bezowocny wobec długiego czasu, który minął od chwili dostania się żelaza do oka; a kiedy chory zgodzić się nie chciał na niepewną operacyę wydobycia ciała obcego, prof. Machek postanowił poprzednio wydobyć soczewkę. U człowieka młodego w oku bez zadrażnienia zabieg ten nie jest niebezpieczny. Wobec dobrej lokalizacyi i poczucia światła musiało przywrócenie wzroku nastąpić. Liczono się nadto z tą możebnością, że ciało obce może tkwić w zaćmie i możnaby je wraz z nią wydobyć, co się nie sprawdziło; wreszcie po wydobyciu soczewki mogło się zdarzyć, że wziernikiem można będzie oznaczyć umiejscowienie. Dalszy przebieg i wynik operacyjny wykazał, że nie postąpiono niewłaściwie. 31 maja r. 1899 *Extractio cataractae mollis peripherica lobaris modificata oc. dextr.* Wyrwano prawie całą przednią torebkę soczewki pincetą wraz ze złogami brunatnymi, które można było stwierdzić lupą. Jądra twardego nie było. Przy ucisku łyżeczką Daviela wyszła tylko część zaćmy, poczem pokazał się czarny otwór w środku źrenicy, więc z obawy wypływu ciała szklanego resztek dalej nie wyciskano.

4 czerwca 1899. Źrenica szeroka, prawie cała zasłonięta pęczniejącemi resztkami, na nich od dołu 5 rdzawo-brunatnych plam, wielkości małej główki od szpilki, ułożonych powierzchownie w półkole. Oko niezadrażnione. Na drugi dzień, obok powierzchownych plam rdzawych, widać jedną, umieszczoną w głębi resztek pęczniejących.

10 czerwca 1899. Przez okienko w tęczówce widać plamę brunatną na pęczniejących resztkach; źrenica szeroka, resztki pęczniejące wystają do przedniej komórki jako rzadkie kłaczki, górą źrenicy czarny otwór, przez który przy wziernikowaniu prześwieca dno różowo. T=n.

14 czerwca 1899. V pr. palce 1 m. Wieniec brunatny, więcej rdzawy.

28 czerwca 1899 V pr. palce: 1·50 m $^6/_{36}$ c + 11,0 D $^6/_{18}$ c + 11,0 ⌒ cyl + 2,0 90°.

Badanie sideroskopem (który właśnie nadszedł) (rurki węższe, czulsze ustawienie igiełki) daje wychylenie widoczne gołem okiem dołem i wewnątrz w odległości 8 mm. od obrąbka najwybitniejsze. Lupą wychylenie w tem miejscu dochodzi do 60°. W otoczeniu wychylenia szybko słabną. Ciało więc obce leżeć musiało tuż za ciałem rzęskowem na ścianie gałki w ciele szklanym, lub też wbite w ściany gałki.

Próba włóczkowa Holmgrena: pr. o. kolor czerwony, zielony, niebieski rozróżnia dobrze

Wziernikiem dno widać dość dobrze, prawidłowe.

28 czerwca 1899. Powtórne badanie sideroskopem z wynikiem, jak wczoraj. Chory opuszcza klinikę.

23 września 1899. Chory zgłosił się powtórnie do kliniki.

W czasie pobytu w domu oko nigdy nie bolało. V pr. $^6/_{12}$ (—1) c + 12,0 D $^6/_{12}$ c + 12,0 ⌒ cyl + 1,0 75 temp. l. $^6/_{18}$ $^6/_6$ c — 1·50 D.

Pr. o. spojówka blada; źrenica miernie szeroka, po homatropinie dobrze się rozszerza. Dołem cienka zaćma drugorzędna, przeświecająca, śladów „siderosis" na niej nie widać. Wziernikiem: ciało szklane czyste, dno prawidłowe, ciała obcego nigdzie nie widać; ścieśnienia pola widzenia niema; badanie sideroskopem z wynikiem, jak dawniej.

14 czerca 1900. Na zapytanie listowne chory odpowiada, że bólów niema, oko się nie czerwieni, i że widzi tem okiem nawet lepiej, niż po wyjściu z kliniki.

28 paźdz. 1900. Na zapytanie listowne chory odpowiada, że bólów w oku nie ma, oko się nie czerwieni, wzrok nie zmienił się od czasu

---

[1]) Mays: Ueber den Eisengehalt des Fuscins. (Arch. Graefe'go T. 39).

opuszczenia kliniki, wieczorami widzi równie dobrze, jak we dnie, przed okiem nie latają mgły.

Czas więc spostrzegania, doliczając dowiadywania się listowne, wynosi przeszło dwa lata od wpadnięcia ciała obcego (C. d. n.).

II. O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Według wykładu z demonstracyami na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 5 grudnia 1900).

(Dokończenie).

Doświadczenia na świnkach morskich, względnie bardzo odpornych przeciw zakażeniu paciorkowcowemu i pneumokokowemu, bądźcobądź wykazały znaczną sprawność enterokoka w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych. Trzeba było jednak użyć dość znacznych dawek, 1—3 ctm^3 hodowli surowiczo-bulionowej. Przy szczepieniu podskórnem w okolicy brzucha otrzymuje się niekiedy ropnie z ropą, niczem się nieróżniącą od zwykłej, gęstą, śmietankowatą, zawierającą znaczną ilość ciałek ropnych i enterokoka, przybierającego postać zwykłego bezotoczkowego paciorkowca w łańcuszkach, zawartych częściowo w ciałkach ropnych i złożonych z dwójek, w których dwa osobniki przylegają do siebie powierzchniami przypłaszczonemi. Tak się przedstawiała ropa, wydostana zapomocą strzykawki w jednym przypadku w siedem dni po szczepieniu. W tymsamym jednak ropniu, w 17 dni po szczepieniu, stwierdzono znowu obecność łańcuszków z otoczkami, choć niezbyt wybitnemi. W innych przypadkach ropień, wytworzony w miejscu szczepienia, jest bardzo mały, ale sprawa przenosi się na otrzewnę. Naturalnie po szczepieniu śródotrzewnowem także może powstać zapalenie otrzewnej, co sprowadza śmierć zwierzęcia w przeciągu 5—17 dni. Bez rozwinięcia się zapalenia otrzewnej nie stwierdzono nigdy śmierci u świnki. Obraz zwierzęcia padłego jest dość znamienny. Otrzewna jest nastrzykana, przyćmiona i gdzieniegdzie, zwłaszcza przy dłuższem trwaniu sprawy, pokryta cienkimi nalotami włóknikowymi. Zaś u samców na jądrach, których wypustka pochwowa otrzewnej łączy się stale z jamą otrzewnową, znajdujemy zawsze grube, prawie błonicze, naloty ropiasto-włóknikowe. Jama otrzewnowa wypełniona jest zwykle znaczną ilością treści brudnej, śluzowo-ropnej, ciągnącej się w nitki. Wszędzie w wypocinie olbrzymie ilości dwoinek i łańcuszków otoczkowych, ale częściowo także bezotoczkowych. Śledziona miękka, krew okazuje mierną posocznicę.

Doświadczenia porównawcze, zresztą nieliczne, wykonane na świnkach z pomocą hodowli pneumokokowych, wykazały, że hodowla surowiczo-bulionowa stosunkowo jadowitego pneumoka zabijała zwierzęta w ilości 1—3 ctm^3 w przeciągu 12 godzin, bez względu na miejsce wstrzyknięcia. Obudza to podejrzenie, że główną przyczyną śmierci jest tu zatrucie jadami, chociaż niewątpliwie stwierdzono także zmiany miejscowe i mierną posocznicę. Stosowanie słabszych hodowli w ilości 1 ctm^3 nie wywołało żadnych skutków.

Na mniej wrażliwych zwierzętach, królikach, a jeszcze lepiej świnkach morskich, można zauważyć zjawisko znamienne, które u myszek występuje tylko przy zastosowaniu osłabionych hodowli (p. w.). Mianowicie co do wysięku, występującego w miejscu szczepienia, zauważyć można, zależnie od stopnia odporności zwierzęcia i jadowitości hodowli, mniejszy, lub większy wzrost liczb, oznaczających stosunek łańcuszków do dwoinek, i stosunek ziarniaków z niewyraźną otoczką, lub bezotoczkowych, do otoczkowych. Liczby te maleją zaś odnośnie do ognisk dalszych i do krwi. Dodać należy, że wysięk w wspomnianych warunkach ma więcej wejrzenie ropnego, zawiera znaczną ilość ciałek ropnych, pojawiających się w typowych śluzowych wysiękach tylko pojedynczo (p. fotogram 6), i często można w nim stwierdzić zjawisko fagocytozy.

Wytwarzanie jakiejś istoty śluzowatej, która nadaje wysiękowi enterokokowemu tak cechujące wejrzenie, należy przypisać samym bakteryom, i wprowadzić w związek przyczynowy z obecnością u nich niezwykle wybitnych otoczek. Wobec tego byłoby możliwem, że i śluzowy charakter stolca czerwonkowego zależy tylko w części od wytwarzania śluzu przez nabłonek kiszkowy, i że w pewnej mierze udział w wytwarzaniu tem należy przyznać i samym zarazkom.

Użyto do doświadczeń także i kotów, które podobno mogą zapadać samoistnie na czerwonkę. Szczepiono w jednym przypadku zapomocą większej strzykawki i cewnika Nélatonowskiego hodowlę surowiczo-bulionową do odbytnicy. Wynik był zupełnie ujemny. Ale u tego kota także szczepienie śródotrzewnowe, jak już wyżej wspomniałem, było bezskuteczne.

Drugiemu kotowi wszczepiono zapomocą gładkiego pręcika szklannego do odbytnicy w małej ilości krew myszki padłej, i zdawało się, że wynik jest dodatni. Stwierdzono rozpulchnienie i zaczerwienienie okolicy odbytu, jakoteż oddawanie stolców wodnistych, z przymieszką śluzu. Jednak badanie zwierzęcia, zabitego chloroformem, wykazało tylko nieznaczny nieżyt kiszek cienkich, i to prawdopodobnie na podstawie obecności tasiemca. Doświadczenie jest jednak o tyle pouczające, że kilkakrotnie badano stolce, a pośmiertnie także wycinki z jelit na obecność enterokoka, zawsze z wynikiem ujemnym. Do badań użyto także szczepień stolca i wycinków myszkom podskórnie, i mimo, że wynik zwykłych hodowli co do obecności paciorkowców był ujemny, w ten sposób otrzymano paciorkowce, znajdujące się widocznie przypadkowo w kale, mianowicie raz w krwi z serca myszki, rodzaj chorobotwórczy dla myszki i królika, rosnący w długich łańcuszkach, a odznaczający się częstem tworzeniem czwórek (tetrad), a na tej drodze pseudodichotomicznych rozgałęzień łańcuszka, drugim razem we krwi z serca myszki obok innych bakteryj paciorkowca, w przeciwieństwie do zwykłego, mącącego jednostajnie bulion surowiczy z wytworzeniem małego osadu, a dla myszki i królika nie chorobotwórczego.

Okazuje się z tego, że szczepienie podskórne myszkom stolca, jak na to zresztą już dawno zwrócił uwagę Escherich [14], może posłużyć do otrzymania znajdujących się w nim paciorkowców we krwi serca padłego zwierzęcia w stanie czystym, lub przynajmniej znacznie oczyszczonym, nawet gdy chodzi o rodzaje dla myszki, niebardzo chorobotwórcze. Tem pewniej musi ten sposób posłużyć do łatwego i pewnego stwierdzenia enterokoka i do otrzymania go w stanie czystym. Czy do tego samego celu będzie można używać i królika, jak się go używa do otrzymania pneumokoka, wydać się musi wątpliwem.

Zwykłe sposoby hodowlane, choćby szczepienie, jak u nas na agarze, polanym surowicą ludzką, nie mogą być uważane za pewne, chyba że chodzi o przypadki czyste. W każdym razie należy się liczyć z tem, że pierwsze osady są bardzo cienkie, nieściśle odgraniczone i przeźroczyste i że bardzo łatwo je przeoczyć.

Co do przeprowadzenia doświadczeń na zwierzętach, to muszę jeszcze nadmienić, że przystępowano do nich po 8 do 10ciodniowem hodowaniu na sztucznych pożywkach. Następnie jednak jeden pień stale prowadzono przez zwierzęta tak, że zarazek, nawet gdyby był osłabiony sztucznem hodowaniem, musiałby był szybko wrócić do dawnej siły.

Ogółem biorąc, z doświadczeń na zwierzętach okazuje się, że enterokok wyposażony jest znaczną sprawnością w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych, podczas gdy jego zdolności w wywoływaniu ogólnej posocznicy i w wytwarzaniu istot trujących są bardzo małe. Nie potrzebuję podnosić, że się to zgadza wybornie z obrazem klinicznym czerwonki, z przewagą w niej objawów miejscowych nad ogólnymi.

Zakończenie. Sądzę, że opisane powyżej cechy odróżniające, odnoszące się zarówno do znamion postaciowych, jak do zachowania się hodowli i do chorobotwórczości w doświadczeniach na zwierzęciu, chociaż niezbyt głębokie, dostatecznie usprawiedliwiają oddzielenie enterokoka od pneumokoka, i uważanie go za osobny rodzaj dwoinki lancetowatej.

Za znaczeniem etyologicznem enterokoka w powstawaniu czerwonki przemawiałyby następujące względy:

1) Stała obecność w przypadkach samoistnej epidemicznej czerwonki. Mój materyał jest wprawdzie dla poparcia tego twierdzenia niewystarczający, ale należy do niego dołączyć 16 przypadków Ciechanowskiego i Nowaka [3]) zbadanych klinicznie, bakteryologicznie i histologicznie. Wszystkim tym przypadkom, podobnie jak moim, był wspólny tylko jeden rodzaj drobnoustrojów, mianowicie ziarniaki, występujące w krótkich łańcuszkach i widocznie bardzo trudno dające się hodować, gdyż autorom nie udało się otrzymać czystych hodowli. Ztąd też nie mogli autorzy stwierdzić ich chorobotwórczych własności w doświadczeniach na zwierzętach, i dlatego o ich znaczeniu etyologicznem wyrażają się bardzo ostrożnie

2) Obecność w dwóch przypadkach w stolcu prawie w czystej hodowli, a w każdym razie w znacznej przewadze.

3) Obecność w przypadkach czerwonki ognisk przerzutowych, polegających na zakażeniu enterokokiem, jak n. p. zapalenie opon.

4) Własności drobnoustroju samego, świadczące o prowadzeniu życia wyłącznie pasorzytniczego, jak trudność hodowania, szybkie obumieranie hodowli, zmniejszenie się własności chorobotwórczych przy sztucznem hodowaniu, wzrost tylko na pożywkach, zawierających soki ustroju zwierzęcego, wzrost jedynie w ciepłocie, zbliżonej do ciepłoty ciała.

5) Blizkie pokrewieństwo z rodzajami tak wybitnie pasorzytniczymi, jak pneumokok i paciorkowiec ropotwórczy, których znaczenie w wywoływaniu zapaleń włóknikowo-błoniczych rozmaitych błon śluzowych nie ulega przecie żadnej wątpliwości.

6) Znaczna chorobotwórczość dla niektórych zwierząt.

7) Przewaga sprawności w wywoływaniu miejscowych spraw zapalnych, nie zaś posocznicy lub zatrucia.

Że enterokok był przyczyną wywołującą w moich przypadkach, to nie może ulegać wątpliwości. Tosamo z pewnem prawdopodobieństwem można twierdzić o 16 przypadkach Ciechanowskiego i Nowaka. Czy jednak samoistna czerwonka epidemiczna jest pojęciem jednolitem, a mianowicie, czy także czerwonka podzwrotnikowa znajdzie w niem pomieszczenie, jakby się to mogło wydawać z niektórych spostrzeżeń, a szczególniej Krusego i Pasqualea [12]), o tem mogą nas pouczyć jedynie dalsze badania.

Piśmiennictwo: 1) Brudziński: Przyczynek dalszy do etyologii dyzenteryi. »Przegl. lek.« 1899 Nr. 44. 2) Janowski: O etyologii dyzenteryi »Gazeta lekar.« 1896 Nr. 35—40 i Zur Aetiologie der Dysenterie. »Centralbl. f. Bakt« 1897 t. XXI str. 88. 3) Ciechanowski i Nowak: Przyczynek do badań nad etyologią dyzenteryi. „Pam. Tow. lek. warsz." 1897 t. XCIII str. 853 i Zur Aetologie der Dysenterie. „Centralbl. f. Bakt." 1898 tom XXIII. str 445. 4) Celli: Eziologia della dissenteria ne' suoi raporti col B coli e colle sue tossine „Annali d'igiene sperim Vol. VI. 1896 p. 204, Referat „Centr. f. Bakt" 1897 t. XXI. str. 810. 5) Escherich: Zur Aetiologie der Dysenterie „Centrbl. f. Bakt." 1899 t XXVI str. 385 6) Shiga: Ueber den Dysenterie bacillus „Centrbl. f Bakt" 1898 t. XXVI. str. 817. 7) Celli i Valenti: Nochmals über die Aetiologie der Dysenterie. „Centrbl. f. Bakt." 1899 tom XXV str. 481. 8) Kruse: O czerwonce, jako chorobie pospolnej i jej przyczynie. „Dtsch. med. Woch" 1900 Nr. 40 Ref. „Przegl. lek," 1900 Nr. 42. 9) Besser: Experimenteller Beitrag zur Kenntniss der Ruhr. Inaug. Dissert. Dorpat 1884. 10) Zancarol: „Revue de chirurgie" tom XIII 1893 Nr. 8 11) Kruse und Pasquale: Eine Expedition nach Egipten zum Studium der Dysenterie und des Leberabsecesses. „Dtsch. med. Woch" 1893 Nr. 15 i 16. 12) Kruse und Pasquale: Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess „Zeitschr. f Hygiene" 1894 tom XVI str. 1 13) Escherich: Ueber Streptokokken enteritis im Säuglingsalter. „Jahrb. f. Kinderh." 1899 tom XLIX str. 137. 14) Lewkowicz: O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego „Przegl. lek." 1900 Nr. 48—52. 15) Foà: Ueber die Infection durch den Diplococcus lanceolatus. „Zeitschr. f. Hygiene" 1893 t. XV. str. 369.

* * *

III. Z zakładu ortopedycznego Dra Maksymiliana Haudeka w Wiedniu.

O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Podał

Dr. Maksymilian Haudek

(Dokończenie).

Do często pojawiających się zniekształtnień należy wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego. Badali je najszczegółowiej Hoffa i Lorenz. Na podstawie badań tych specyalistów wykonujemy u dzieci z jednostronnem zwichnięciem aż do 8—10 roku życia, z obustronnem zaś do 6—7 roku życia, repozycyę niekrwawą. U osobników starszych z jednostronnem zwichnięciem aż do 12—15 roku życia, z obustronnem zaś aż do 9—10 roku, możliwą jest tylko repozycya na drodze krwawej. Po za temi granicami zabiegi chirurgiczne mogą być tylko wyjątkowo uwieńczone pomyślnym wynikiem. W tych przypadkach ze względów kosmetycznych polecamy noszenie odpowiedniej sznurówki lub przyrządu szynowego.

Przy Coxa vara leczenie jest czysto mechaniczne (spokój, stałe wyciąganie, względnie w przyrządzie Hessinga (mięsienie) wyjątkowo tylko w przypadkach silnego skrzywienia górnego końca kości udowej zastosowujemy osteotomię.

W leczeniu zniekształtnienia porażnego zmuszeni jesteśmy poprzestać na założeniu odpowiedniego przyrządu.

W stawie kolanowym należy zwracać uwagę na przykurczenia i stężenia po sprawach zapalnych. Jeżeli po ustąpieniu zapalenia wytworzyło się przykurczenie lub stężenie stawu w stanie wyprężonym kończyny, to w razie podejrzywania sprawy gruźliczej lub jeżeli idzie o osobnika wątłego o wejrzeniu limfatycznem, należy poprzestać tylko na zabiegach mechanicznych. Przez gwałtowne wyprostowanie przykurczenia narażamy chorego na niebezpieczeństwo gruźlicy prosówkowej, ostrego zropienia stawu lub zatoru tłuszczowego.

I tu znakomite usługi oddają przyrządy szynowe Hessinga. Posługujemy się zwykle przyrządem, obejmującym stopę, podudzie i udo, który w sprawach zapalnych usuwa obciążanie. Wyprostowanie przykurczenia wykonuje tu silna sprężyna stalowa, która zapomocą rzemienia da się przyciągać do kończyny, którą swoją sprężystością zwolna prostuje. Jeżeli przykurczenie wikła się z niezwykłem zwichnięciem kości ku tyłowi, wtedy używamy sztucznego stawu Braatza. Przyrządu tego możemy przy odpowiedniej modyfikacyi użyć także do usunięcia stężenia stawu w stanie wyprężonym kończyny.

Jeżeli sprawa zapalna ustąpiła, a gruźlica da się stanowczo wykluczyć, wtedy możemy, jeżeli środki mechaniczne nie wystarczają, uciec się do środków chirurgicznych. Zastosowujemy tu wyprostowanie gwałtowne, czyli właściwie złamanie. Często z tym zabiegiem musi być połączone przecięcie silnie skurczonych części miękich, mięśni lub ścięgien, a czasem zachodzi potrzeba wydlutowania rzepki. Stężenie pod kątem, jeżeli występuje na tle urazu lub gośćca, usuwa się przy pomocy osteoklazy nadkłykciowej podług Olliera. W innych przypadkach zastosowuje się osteotomię liniową skośną o. podług Königa, klinową lub łukową resekcyę, lub wśród pewnych wskazań (*Tbc*) typową resekcyę stawu.

Przy zniekształtnieniach poraźnych poprzestajemy na wyżej opisanych przyrządach. Przy stawie rozluźnionym wysokiego stopnia posługujemy się artrodezą.

Kolano szpotawe i kolano koślawe (*genu varum i valgum*) leczymy w pierwszych latach istnienia przyrządami. W cierpieniu wysokiego stopnia i jeżeli chory przekroczył wiek 8—10 lat, może być mowa tylko o operacyi. Wiek pacyenta i tu jest wskazaniem, jakiej metody należy użyć, niekrwawego wyprostowania, lub osteoklazy, czy też osteotomii. U osobników młodych (15—18 lat) zastosowujemy wyprostowanie gwałtowne w uśpieniu lub używamy osteoklastu wyprostowującego Lorenza, lub wykonywamy stopniowe wyprostowanie podług Wolffa. Do lat 15 –22 zdołamy usunąć zniekształtnienie przy pomocy osteotomii nadkłykciowej podług Mac-Evena, względnie osteotomii podług Schedego.

Leczenie kolana skrzywionego (*Genu recurvatum*) na tle zapalnem lub przy artropatyi, zależnej od wiądu rdzenia, polega zwykle na założenie przyrządu.

Praktyczne znaczenie mającemi zniekształtnieniami podudzia są skrzywienia jego krzywicze. Tylko przy skrzywieniach wysokiego stopnia w pierwszych latach życia zastosowujemy przyrządy lub osteoklazę, bądźto ręczną, bądź przy pomocy osteoklastu. Przy bardzo twardych kościach wykonujemy osteotomię i to albo liniową, albo klinową, albo skośną, stosownie do stopnia skrzywienia.

Jednem z częstszych zniekształtnień stopy jest stopa płaska. Wystarczają tu prawie zawsze środki mechaniczne, jak wyprostowanie, mięsienie, odpowiedne ćwiczenia gimnastyczne i wkładki do obuwia. Wybór tych ostatnich jest nader ważny. Najlepsze są wkładki stalowe, które nie zmieniając swego kształtu stale pełnią swe zadanie.

Tylko w ciężkich przypadkach ustalonej stopy płaskiej staje się koniecznym zabieg chirurgiczny; w takim razie w uśpieniu wykonuje się uruchomienie i naprostowanie, względnie achilotenotomia i ustalenie stopy co najwyżej przez 3 tygodnie w opatrunku gipsowym.

W najcięższych przypadkach wykonuje się osteotomię ponad stawem skokowym podług Trendelenburga i Hahna, albo skośne przecięcie kości piętowej podług Gleuba.

Przy wrodzonej stopie szpotawej w przypadkach świeżych i lekkiego stopnia otrzymujemy dobre wyniki bez energicznych zabiegów. Codzienne wyprostowanie, następnie założenie odpowiednich przyrządów, doprowadzają zwykle do trwałego poprawienia stopy szpotawej. W przypadkach atoli cięższych już w pierwszych miesiącach życia zabieg chirurgiczny staje się konieczny. Jedynym używanym zabiegiem jest naprostowanie, podane najpierw przez Königa. Lorenz je zmodyfikował nieco i obecnie używamy tej metody jako „redressement modelującego,“ z dobrymi wynikami, nawet w najcięższych przypadkach. Nie używa się przytem siły ręki, lecz osteoklastu, najlepiej osteoklastu wyprostnego Lorenza. Zwykle kombinuje się tutaj wyprostowanie z tenotomią ścięgna Achilesa. Wskutek tej metody, licznie dawniej wykonywane operacye na kościeu stopy stały się zbyteczne.

Krwawe zabiegi jeszcze tu i ówdzie wykonywane bywają: przecięcie części miękich w ranie otwartej na wewnętrznym łuku stopowym, klinowa resekcya z *tarsus* i wyłuszczenie kości skokowej, używają się tylko w najcięższych przypadkach.

Przy stopie końskiej u dzieci wystarcza zabieg ortopedyczny, a mianowicie mięsienie i założenie przyrządu szynowego. W cięższych przypadkach uciekamy się do wyprostowania gwałtownego, a tylko w najcięższych — do operacyi na kości.

I w innych zniekształtnieniach stopy, jak np. w stopie piętowej itd. wystarcza po największej części terapia ortopedyczna.

Przy paluchu koślawym i palcach młotkowatych wystarcza zwykle przybandażowanie zniekształtnionego palca do listewki, sięgającej do połowy stopy. Chirurgicznie można usunąć paluch koślawy zapomocą resekcyi klinowej z główki kości śródstopia; przy palcach młotkowatych przecięcia w ranie otwartej wszystkich części miękich po stronie podeszwowej.

Zniekształtnienia kończyny górnej, mające znaczenie praktyczne, są: rozluźniony poraźny staw barkowy; dawniejsza terapia nie przedstawiała tu żadnych widoków, obecnie jednak doprowadza prawie zawsze do polepszenia, albo nawet do wyleczenia. Głównie zależy tu na przywróceniu częściom składowym stawu prawidłowego położenia i zniesienia obciążenia zanikających mięśni porażonych. Mięsienie, gimnastyka, prąd elektryczny, dążące do wzmocnienia mięśni, są nader skuteczne. Najlepszym środkiem do usu-

nięcia tego cierpienia jest bandaż Schüsslera, składający się z pierścienia barkowego i trzech poduszek gumowych, z których największa jest umieszczona w pasze, dwie zaś mniejsze z przodu i z tyłu barku. Nadęte powietrzem, podnoszą ramię w górę i przyciskają je do panewki. Jeżeli środki ortopedyczne nie wystarczają, wtedy jako ostatnia ucieczka pozostaje nam „arthrodesis“ stawu barkowego, przy której odświeża się części chrząstkowe, torebkę stawową w znacznej części usuwa i zapomocą drutu srebrnego umocowuje główkę k. barkowej do panewki.

Przy przykurczeniach i stężeniach stawu barkowego wystarcza prawie zawsze leczenie ortopedyczne. Wymaga ono długiego czasu i wielkiej cierpliwości; użycie przyrządów jest tu konieczne (najlepsze Reibmayera i Hoffy). Tylko w bardzo ciężkich przypadkach, zwłaszcza w gruźlicy stawu, wykonujemy resekcyę.

Także i przykurczenia i zrosty tkankołączne stawu łokciowego dadzą się usunąć drogą ortopedyi, przez założenie odpowiedniego przyrządu. Stężenia pod kątem prostym najlepiej jest pozostawić tak, jak są, albowiem w tem ułożeniu są one najmniej dla pacyenta przykre. Zrosty pod kątem rozwartym lub 180° wymagają leczenia, albowiem kończyna wtedy nie daje się użyć. Przy zroście włóknistym, lub włóknisto-chrzęstnym, ze szczątkową ruchomością stawu, wyprostowanie daje się z łatwością przeprowadzić, a nawet można osiągnąć zupełne wyleczenie, tylko jest to metoda długotrwała i bolesna. Te same wyniki osiągamy przez „arthrolysis“, czyli „arthrotomię“ podług J. Wolffa. Polega ona na tem, że przecinamy włókniste sznury lub kostne połączenia, stężające stawy. Wreszcie możemy wykonać resekcyę stawu.

W przypadkach przykurczeń stawu nadgarstkowego i palców wystarcza po największej części leczenie ortopedyczne z mięsieniem, gimnastyką i odpowiednimi przyrządami. Przy zrostach włóknistych stawu nadgarstkowego wykonujemy łamanie, przy kostnych resekcyę stawu z silnem zgięciem ku dłoni. Przy przykurczeniach palców Dupuytrena zabieg chirurgiczny jest prawie zawsze konieczny. Plastyka powięzi i wyjęcie rozciągna dłoniowego są najzwyklejszymi zabiegami. Przy przykurczeniach kurczowych (spastycznych) palców wystarczają zupełnie zabiegi czysto ortopedyczne.

Wreszcie przystępujemy jeszcze do jednej gromady zniekształtnień, t. zw. poraźnych. Dawniejsze metody były tu bezsilne, gdy tymczasem teraz możemy na tem polu święcić tryumfy. Nietylko pr ez założenie przyrządów możemy powrócić pacyentom do pewnego stopnia władzę w chorej kończynie, ale przez zabiegi chirurgiczne wywołać funkcyę w porażonym mięśniu.

Ortopedyczne przyrządy, tutaj używane, są szynowe, w których przez odpowiednio umieszczone sprężyny dajemy choremu możność używania porażonej kończyny. Naturalnie nie możemy tu poprzestać tylko na założeniu przyrządu, lecz zalecić należy jednocześnie odpowiednie mięsienie, gimnastykę, elektryzowanie.

W przypadkach, w których porażenie ogranicza się na mniejsze przestrzenie, a poprzednie metody zawiodły, używamy zabiegu chirurgicznego, t. zw. „tendoplastyki“. Zadaniem jej jest stałe przywrócenie władzy w kończynie porażonej. Istota „tendoplastyki“, podanej początkowo przez Nicoladoniego, a wydoskonalonej przez Drobnika i Frankego, polega na tem, że łącząc ścięgno mięśnia niedowładnego ze ścięgnem mięśnia zdrowego, przysparzamy mięśniowi porażonemu drogą uboczną nowej siły. Równocześnie staramy się przez skrócenie lub przydłużenie ścięgna lub też przez zwykłą tenotomię doprowadzić funkcye do stanu prawidłowego.

Operacye te wykonujemy najczęściej przy zniekształtnieniach, pozostałych po rdzeniowem porażeniu dziecięcem; używamy ich również po innych porażeniach ze skutkiem pomyślnym.

Przed wykonaniem operacyi musimy się dokładnie przekonać zapomocą elektryczności, które mięśnie są zdrowe, które osłabione, a które porażone. Dla operacyi ważne są tylko te mięśnie, które uległy całkiem porażeniu, albowiem okazało się, że tylko osłabione mogą z czasem odzyskać władzę.

Plastyka ścięgien, czyli transplantacya, może być wykonana dwojakim sposobem. Albo w ten sposób, że mięsień porażony przecina się zupełnie i ścięgno przyszywa się do ścięgna mięśnia zdrowego, albo też w ten sposób, że od zachowanego mięśnia oddziela się część ścięgna i łączy się z ścięgnem mięśnia porażonego.

Z transplantacyą ścięgna łączy się zazwyczaj jego wydłużenie lub skrócenie. Pierwsze można uzyskać albo przez zwykłą tenotomię, albo przez to, że nacinamy w odpowiedniej odległości ścięgno z przeciwnych stron ku środkowi i przesuwamy obie części po sobie. Dla skrócenia ścięgna wycinamy odpowiedni kawałek ścięgna i zszywamy końce ze sobą.

Przed wykonaniem transplantacyi ścięgna wykonujemy przy zniekształtnieniach poraźnych (poraźna noga koślawa, szpotawa) t. zw. redressement modelujące.

Po operacyi ustalamy kończynę w opatrunku gipsowym, który przy osłabionym m. czterogłowym powinien sięgać powyżej kolana. Po upływie 4—8 tygodni pozostawania w opatrunku zaczyna się leczenie następowe; rzeczą nader ważną jest skrupulatne jego przeprowadzenie, albowiem ma ono największy wpływ na wynik całego leczenia. Polega zaś na mięsieniu i elektryzowaniu, jakoteż na wykonywaniu ćwiczeń czynnych.

Sądzę, iż dość wyraźnie wykazałem, w jakich warunkach ma być zastósowane leczenie ściśle operacyjne, a kiedy zapomocą tylko przyrządów, chociaż wyznać należy, że rozdzielanie tych obu metod jest niemożliwe, albowiem wielokrotnie nawzajem się one uzupełniają. W każdym jednak razie możemy, dzięki badaniom, poczynionym w najnowszej ortopedyi, w wielu przypadkach, które dawniej opierały się leczeniu zapomocą przyrządów, przyjść w pomoc zabiegiem chirurgicznym, podczas gdy z drugiej strony i technika ortopedyczna doszła do takiej doskonałości, że cały szereg ciężkich przypadków ortopedycznych przy jej pomocy możemy wyleczyć. Dopiero wtedy możemy się spodziewać skutecznej działalności ortopedysty jeżeli posiadać będzie w równej mierze technikę chirurgiczną i technikę ortopedyczną.

IV. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Ciąg dalszy).

Drugą, więcej pośrednią, a bardzo ważną przyczynę nabytej głuchoty stanowią sprawy chorobowe w górnych odcinkach dróg oddechowych. Szczególnie jedna z nich odznacza się swoim wpływem zgubnym i to nietylko na ucho, ale i na fizyczne i umysłowe rozwinięcie się dziecka chorego; mamy na myśli przerosłe migdałki gardzielowe. Dzieci, tem cierpieniem dotknięte, uderzają w oczy często już samem swojem wejrzeniem, mając przeważnie usta rozwarte, przez które oddychają. Bezpośredniem następstwem tej choroby są nieżyty nosa i gardła, niedrożność nosa, niespokojny sen, chrapanie, suchość w gardle. W dalszem następstwie przyłączają się: mowa nosowa, bezdźwięczna, ból głowy, upośledzenie łaknienia i trawienia, wreszcie wskutek wadliwego odżywienia występuje niedokrewność i lichy stan ogólny zdrowia. Później następują zaburzenia w rozwoju fizycznym, nos wązki, podniebienie wysokie, szczęki ciasne, klatka piersiowa płaska, budowa ciała licha, bladość skóry i t. p., — a następnie i umysłowym, niezdolność skupienia uwagi na jeden przedmiot, apatyczność, lenistwo w myśleniu, aż do idyotyzmu (*Aprosexia nosalis*). Do tych następstw więcej bezpośrednich przyłączają się nieraz skutki dalsze, mianowicie różne nerwice odruchowe, wywołane przez chorobliwe bodźce w jamie nosowo-połykowej, jak kaszel, kichanie napadowe, skurcz głośni, bełkocząca mowa, napady padaczkowe, pląsawica, lęk nocny, bezwiedne moczenie nocne i inne. Najczęściej i najdobitniej odbijają się skutki tego cierpienia na narządzie usznym. Według Klemperera najmniej 5% wszystkich dzieci cierpi na te gruczołowate wyrośle w gardzieli. Poszukiwania wykazały, że wybujałości te są w 74% przypadków przyczyną zaburzenia słuchu. Takie dzieci mogą nieraz długi czas, a nawet zawsze, uchodzić za umysłowo niezdolne i upośledzone, a dopiero dokładne badanie może odkryć w rozrosłych wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardzielowej właściwą przyczynę wadliwego ich zachowania się. Na doniosły i fatalny wpływ tej choroby pierwszy zwrócił uwagę lekarz duński Meyer, lecz dopiero w ostatnich czasach uznano ogólnie jej znaczenie i wpływ na słuch. Na V międzynarodowym Zjeździe otologów we Florencyi zagadnienie to było poważnie roztrząsane. Arslan znalazł między 4080 chorymi na cierpienia uszne nosowe i krtaniowe 426 razy wyrośle gruczołowate i zaznacza, że najważniejsze i najczęstsze powikłania tych wybujałości stanowią choroby uszne i wymaga, aby wszystkie dzieci były pod tym względem badane przed przyjęciem do szkoły. Corradi żąda takiego samego badania dzieci przed wpisaniem ich do zakładów dla głuchoniemych; Krebs znalazł na 93 wychowanków w zakładzie dla głuchoniemych, 33 z chorobami nosa i gardła, a z tych 13 razy wyrośle gruczołowate. Wróblewski stwierdził to cierpienie u 57·5%, Frankenberger na 59·49%, Aldrich u 73% głuchoniemych dzieci. Gradeni go spotykał je w 36% badanych dzieci niżej 15 lat. Jako rzadsze objawy przytacza G. bełkoczącą mowę, opóźniony jej rozwój i bezwiedne moczenie nocne. Między dziećmi dotkniętemi tem zboczeniem, (to jest przerostem migdałków gardzielowych), znalazł on u 69% zapalenia uszne nieżytowe, w 20% zapalenia uszne ropne, a między przypadkami ostrego zapalenia ucha środkowego z przenoszeniem się choroby na ucho wewnętrzne u 36% przerost migdałków gardzielowych. Bürkner stwierdził między 188 dziećmi w zakładzie dla głuchoniemych 35 razy te wyrośle; po ich usunięciu mowa w kilku przypadkach znacznie się poprawiła. Lemke podaje 20% tej choroby u głuchoniemych. Lauffs znalazł to cierpienie u 61% między 59 wychowańcami zakładu dla dzieci głuchych. Alt przytacza przypadek ze wszystkimi objawami głuchoty psychicznej, które prędko znikły po poznaniu właściwej przyczyny i usunięciu wyrośli gruczołowatych. W innym przypadku rozpoznano zapalenie opon mózgowych, gdy rozchodziło się tylko o stan gorączkowy z powodu silnego zapalenia migdałków gardzielowych. W rzadkich przypadkach choroba ta może także przyspieszyć zejście śmiertelne. Tak n. p. Franciszek II, król francuzki, miał umrzeć wskutek zapalenia wyrośli nosowo-gardzielowych, które spowadziły ropienie ucha środkowego, zapalenie opon mózgowych i mózgowia. U nas Sędziak, Wróblewski najdobitniej podnosili częstość tego cierpienia u głuchoniemych i jego znaczenie dla słuchu.

Bardzo rzadko napotyka się na to zboczenie u dorosłych. W pierwszych latach życia tylko rzadko ono się pojawia; stwierdzano je jednakże już nawet u nowonarodzonych. Najczęściej zdarza się w wieku między 3 a 10-tym rokiem życia. Później wybujałości te coraz więcej się zwijają, więdną, a znikają zwykle całkiem w okresie pokwitania. Wykazy statystyczne dowodzą, że czas od dzieciństwa do wieku pokwitania jest okresem najwięcej niebezpiecznym dla chorób usznych i to z powodu częstego pojawiania się w tym czasie przerosłych migdałków gardzielowych, spraw nieżytowych w górnych drogach oddechowych, różnych chorób zakaźnych i t. p. Objawy limfatycznych zboczeń odżywczych występują najwybitniej w wieku dziecięcym i to przeważnie w postaci zapaleń błony śluzowej dróg oddechowych.

Otóż te dwie najgłówniejsze przyczyny głuchoty u dzieci ropienie uszne i wybujałości gruczołowate, dają się mniej lub więcej doszczętnie wyleczyć. Konieczność i pożyteczność leczenia chorób usznych u dzieci dobitnie wykazali rozmaici autorowie. I tak Bezold spostrzegał między badanemi przez siebie niedosłyszącemi dziećmi 47·7% nadających się do leczenia. Gellé znalazł, że $^2/_3$ tych chorób, które prowadzą u dzieci do głuchoty, dają się poprawić, albo nawet całkiem wyleczyć. Moure stwierdził, że $^4/_5$ głuchych dzieci szkolnych mogły być wyleczone, albo co najmniej słuch ich poprawiony. Według poszukiwań Dr. Ladreit de la Charrière wypada na 100 dzieci głuchoniemych 20, u których wada ta jest wrodzona, podczas gdy u 80 została nabyta, z czego wysnuwa on wniosek, że w pewnych przypadkach możnaby było jej zapobiedz przez większą uwagę ze strony rodziców, lekarzy i nauczycieli. Hecht napotkał między 286 wychowańcami zakładu dla głuchoniemych w Raciborzu 129 przypadków głuchoty nabytej. Denker widział między 64 głuchoniemi 38, u których choroba wykazalnie została nabytą po urodzeniu. Holger Mygind, po gruntownem opracowaniu materyału 210 sekcyonowanych głuchoniemych, znalazł 125 razy chorobę nabytą, 54 wrodzoną. Nowsze zestawienie Hartmana wykazuje między 4547 przyp. tej choroby 2041 wrodzonych, a 2378 nabytych. Barnick zbadał 143 wychowańców zakładu dla głuchoniemych w Gradcu, między którymi było według podania rodziców 63·63% z nabytą, 31·03% z wrodzoną głuchoniemotą.

W przypadkach Lauffsa między 59 głuchoniememi 30 razy choroba była wrodzoną, a 19 nabytą. U znacznej liczby było ropienie uszne, u 61% wyrośle gruczołowate, u wielu woskowiny i inne różne cierpienia narządu słuchowego. Z 80 głuchoniemych, poddanych leczeniu, 31 doznało mniej lub więcej wyraźnej poprawy słuchu i mowy, przyczem L. mógł na nowo stwierdzić, że u głuchoniemych z urodzenia choroby uszne są liczniej dostępne leczeniu, niż u tych głuchych, u których kalectwo to zostało nabyte, — że zatem u pierwszych leczenie ma lepsze widoki dla poprawy, niż u ostatnich.

Wogóle poglądy i wyniki autorów o stosunku odsetkowym głuchoniemoty wrodzonej dość znacznie od siebie odbiegają. Przeciętnie wykazy statystyczne z zakładów dla głuchoniemych naliczają 40% głuchoniemych od urodzenia. Nie można jednakże na tych dokumentach całkowicie polegać, gdyż pewna część takich dzieci, uchodzących za głuchonieme z urodzenia, zawdzięcza swoje kalectwo choro-

bom usznym, przebytym w wczesnym wieku, a przeoczonym i zaniedbanym przez otoczenie. Z drugiej strony przy najdokładniejszym badaniu, nie można zawsze stwierdzić na pewno, czy choroba w danym przypadku jest wrodzona, czy też nabyta, więc pomyłki tu łatwo zachodzić mogą.

Przy badaniu otoskopijnem głuchoniemych, znalazł Barnick 58·74% z przewlekłymi nieżytami ucha środkowego, u 43 między 143 wychowankami zakładu głuchoniemych wybujałości gruczołowate, w 9 przypadkach ropienic uszne — i przyszedł do wniosku, że większą część t. zw. głuchoniemoty wrodzonej odnieść należy do chorób ucha środkowego, przebytych w wczesnem dziecięctwie, które przez nieświadomość i nędzę społeczną zostały doprowadzone do tego kalectwa. Przytoczone liczby i fakta przemawiają przekonywająco za pożyteczną działalnością otyatry w szkołach i zakładach dla głuchoniemych; nie ulega żadnej wątpliwości, że przez wczesne a stosowne postępowanie możnaby liczbę głuchych i głuchoniemych znacznie zmniejszyć i ludzkości tyle nędzy, łez i wszelkiej niedoli zaoszczędzić. Wczesne i gruntowne leczenie ostrych i przewlekłych stanów nieżytowych i w nosie i gardle, wyleczenie spraw ropnych w uchu, usunięcie wyrośli gardlanych i ćwiczenia słuchu oraz mowy, mogą z pewnością tej wadzie zapobiedz.

Należy jeszcze rozważyć następującą okoliczność. Doniosły wpływ wieku na uleczalność wszystkich chorób ogólnie jest znany. Co do chorób usznych Cozzolino wyraża się w następujący sposób: od wieku dziecięcego do wieku młodzieńczego można wyleczyć, a co najmniej znacznie poprawić, wszystkie choroby uszne z wyjątkiem głuchoty wrodzonej i tej, która zależy od zboczeń ośrodkowych, lub od zajęcia nerwu słuchowego. Od 15 do 30 roku życia 3/4 przypadków są uleczalne; w późniejszym wieku choroby te tem mniej są uleczalne, im starszy jest chory. Z tego powodu ważnem jest zadaniem, aby szczególnie we wszystkich chorobach zakaźnych i przewodu oddechowego wczas zwracać baczną uwagę na narząd uszny. Nigdy nie wolno zaniedbywać stanów zapalnych ostrych lub przewlekłych nosa i gardzieli u dzieci. Nietylko że choroby te są często bezpośrednią przyczyną cierpień usznych, ale schorzała błona śluzowa tych części stanowi nadto bardzo podatną glebę dla drobnoustrojów różnych chorób zakaźnych, jak błonica, płonica, odra i t. p., dla zapobiegania którym również starać się należy o wyleczenie wspomnianych cierpień.

W ostatnich czasach badania i poszukiwania różnych autorów wykazały pewny związek między tymi gruczołami a gruźlicą. W niektórych przypadkach można było stwierdzić, że migdałki mogą być miejscem pierwotnego osiedlenia się prątków gruźliczych, a nawet że ich rozrost jest właśnie wyrazem i skutkiem gruźlicy (Dok. nast.).

V. Oceny i sprawozdania.

Prym. Dr. Hermann v. Erlach i Dr. Hans R. v. Woerz. **Beiträge zur Beurtheilung der Bedeutung der vaginalen und sacralen Totalexstirpation des Uterus für die Radicalheilung des Gebärmutterkrebses**

Szczera wdzięczność należy się przedewszystkiem autorom za to, że obszerny materyał wiedeńskiego szpitala św. Maryi Teresy zużytkowali dla wyjaśnienia jednej, jeśli nie z najciekawszych, to praktycznie najważniejszych spraw, zajmujących umysły ginekologów. Mam tu na myśli późne wyniki po t. zw. radykalnych operacyach raków macicy. Minął już dawno czas, kiedy na porządku dziennym była sprawa wykonalności tej lub owej operacyi, a statystyki kliniczne odpowiadały na pytanie, jaka jest śmiertelność po zabiegu. Dziś czas zapytać się, czy świetne chwilowe wyniki nie są zaćmione późniejszymi nawrotami raka, a skoro tak jest, co czynić wypada, żeby ilość tych nawrotów zmniejszyć?

Na podstawie 131 dobrze zestawionych przypadków wyjęcia macicy przez pochwę, dochodzą autorowie do przekonania, że w przypadkach, w których rak nie przekroczył granic macicy, wystarcza zwykłe wyjęcie macicy przez pochwę. Jeśli rak obok macicy zajął i pochwę, wybierać można między wyjęciem przez pochwę, a metodą sakralną, czyli całkowitem wydobyciem macicy od tyłu, po resekcyi kości ogonowej.

W przypadkach, w których macica przytwierdzona jest do otoczenia, ale nie nowotworowym naciekiem, albo jeśli obok raka są duże włókniaki tak, że mowy być nie może o operacyi radykalnej przez pochwę, należy operować z pomocą laparotomii, przyczem wyjąć trzeba gruczoły chłonne, stanowiące ujście naczyń chłonnych, dążących z miejsca chorobą zajętego. Tak samo radykalnie należy operować, jeśli rak powikłany jest ciążą.

Co do metody sakralnej, to polecają ją autorowie u osób silnych w przypadkach, w których długa i wązka pochwa, powiększona lub częściowo unieruchomiona macica, utrudniają zwykłą operacyę przez pochwę. Nadto, jeśli pochwa lub dolna część parametryum zajęta jest nowotworem, — operacya sakralna jest wskazana.

W osobnym ustępie zastanawia się Woerz nad wskazaniami do operacyi radykalnej przez laparotomię i wbrew opinii niektórych ginekologów zakreśla temu zabiegowi dość ciasne granice. Wydaje się to tem dziwniejsze, że autor zdaje sobie sprawę z częstości nawrotów, i w przypadkach, w których macica jest do otoczenia przytwierdzona, lub bardzo znacznie przez włókniaki powiększona, radzi gruczoły chłonne wyjmować, choć przecież nie można przypuszczać, żeby w tych przypadkach większą była skłonność do zajęcia gruczołów. Za mało również zdaniem mojem zwrócono uwagi na przeszczepianie się raka podczas operacyi, fakt dziś żadnej wątpliwości nie ulegający, który, jak słusznie wykazał Winter, częstą bywa przyczyną nawrotów.

W końcu jedna uwaga. Praca autorów miałaby niemałe znaczenie i byłaby cennem wzbogaceniem piśmiennictwa, nawet bez historycznego rzutu oka na rozwój techniki operacyjnej. Jeśli jednak Woerz uznał za właściwe poprzedzić swoje wywody historyą wycięcia macicy przez pochwę, to żałować należy, że uczynił to niedokładnie: Nie znajdujemy tam mianowicie wzmianki o metodzie Rydygiera pochwowo-brzusznej, ani o francuskiej metodzie kleszczykowej.

Al. Rosner.

VI. Wyciągi.

Tagesson-Möller (Frankfurt n. O.). **W sprawie leczenia włóknikowego zapalenia płuc.** (*Deutsche med. Wochens.*, Nr. 52, 1900). Autor podaje pomyślne wyniki, które zabiegami ręcznymi osiągnął w zapaleniu płuc, wychodząc z założenia, że napełnienie chorego płuca możliwie wielką ilością świeżego powietrza musi bezwarunkowo przeciwdziałać chorobie. Dlatego w pierwszym rzędzie zwraca uwagę na kłócie w boku, które, upośledzając ruchy oddechowe, tamuje dopływ powietrza. Wprawdzie męczący ten objaw da się usunąć okładami lub zawijaniami, atoli w większości przypadków daleko szybciej i pewniej przez mięsienie przestworów międzyżebrowych. Technika jest następująca: Po wyśledzeniu miejsc, najbardziej bolesnych, naciera się je silnie brzuścami palców, wykonując równocześnie ten rękoczyn drugą ręką w wprost przeciwległym punkcie: — wiadomo bowiem, że wrażliwość mechaniczna drażnionego nerwu łatwiej zostaje zniesioną przez równoczesne drażnienie innego nerwu. Mięsienie to, którem autor prawie zawsze usuwa kłócie w boku, należy czasami stósować nieco dłużej, nawet pół godziny; oczywista rzecz, że chory oddycha początkowo powierzchownie, wskutek bolesności, później jednak oddechy stają się głębsze i swobodne. Dalszymi zabiegami są wstrząśnienia klatki piersiowej i serca: pierwsze, wykonane nad zajętymi płatami płuc, mają przyspieszać rozejście, ostatnie podniecają czynność serca, wskutek czego tętno staje się pełniejsze i wolniejsze. Wreszcie mięsienie powłok brzusznych wywołuje raźniejszy ruch robaczkowy i obfitsze oddawanie moczu, a nacieranie powierzchownych nerwów głowowych i karkowych usuwa męczący ból głowy; nie rzadko także po takich natarciach występują poty, które również pomyślnie wpływają na cały stan cho-

rego. Wszystkie te zabiegi należy stósować co 3 godziny, a na noc okłady chłodne: w przypadkach zaś, w których to jest niewykonalne, należy przynajmniej rano i wieczór stósować mięsienie, w ciągu zaś dnia i nocy również okłady. Opisane postępowanie, — o ile z dotychczasowych wyników sądzić można, — jest wielce zachęcające i dlatego je autor usilnie zaleca, zwłaszcza w stósowaniu leczenia wyczekującego. *Dr. Henryk Pisek.*

Neuman (Berlin). **Przypadek uleczonego wodogłowia.** (*Deut. med. Woch.* Nr. 3, 1901). Praca ta odnosi się do kilkunastomiesięcznego dziecka, u którego rozwinęło się wodogłowie na tle niewątpliwie stwierdzonej poprzednio kiły. Leczenie polegało na podawaniu jodku potasu (5:200) dziennie około 0,25; ogółem dziecko użyło $75_{,00}$ jodku potasowego w przeciągu 9 miesięcy, nadto w ostatnich 6 tygodniach wtarto $42_{,00}$ *unguent. hydrarg. cin. cum resorbino parato* ($1_{,00}$ dziennie). Mimo że wynik nastąpił nadspodziewanie dobry, zamierza autor jeszcze poddać to dziecko leczeniu przeciwkiłowemu w rocznych odstępach czasu. *Dr. Henryk Pisek.*

F. Kuhn. **Drożność przewodów przy operacyi kamieni żółciowych.** (*Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 3, 1901). Autor dopatruje najczęstszą przyczynę nawrotów po operacyach kamieni żółciowych w złogach, tkwiących w dalszych drogach, a przeoczonych podczas operacyi. Wobec tego radzi w każdym przypadku przekonać się o drożności przewodów zapomocą badania dotykiem, zgłębnikiem, oraz nastrzykiwania przewodów. K. posługuje się przy tych badaniach zgłębnikiem spiralnym własnego pomysłu. *Urbanik.*

Sternberg. **Ischiopagus** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 5, 1901). U wieloródki, której pierwsze dziecko było zupełnie dobrze rozwinięte, urodził się potworek 3670 grm. ważący, posiadający na jednym kadłubie dwie dobrze rozwinięte głowy, dwie ręce i dwie nogi, oprócz tego słabo rozwiniętą z tyłu nogę trzecią i z pośród główek wyrastające ku górze dodatkowe dwie ręce. Przy prześwietlaniu promieniami Röntgena okazało się, że są to dwa zupełnie prawidłowo rozwinięte płody, zrosłe miednicami. Po urodzeniu jednej główki kleszczami wydobyto z wielkim trudem płód *conduplicato corpore.* *P.*

Palmedo. **Potworek, stanowiący przeszkodę porodową.** (*Münch. med. Wochen.* Nr. 5, 1900). Zawezwany P. do porodu u wieloródki, rozpoznał ciążę bliźniaczą. Po urodzeniu jednej główki kleszczami z trudnością uwolnił barki, dalej jednak poród postąpić nie mógł. Wszedł więc P. ręką obok płodu do macicy i znalazł drugi płód zrośnięty klatką piersiową z płodem częściowo już urodzonym (*thoracophagus*). Następnie sprowadził nóżki płodu pierwszego, po urodzeniu zaś tego sprowadził przed szparę sromową nogi płodu drugiego i wydobył płód drugi nieżywy. Pierwszy zmarł po godzinie. W okresie trzecim wystąpiło silne krwawienie, które nawet po wydaleniu łożyska się utrzymywało tak, iż zmuszony był użyć tamponady sposobem Dührssena. Oba zrosłe płody były zupełnie dobrze rozwinięte i ważyły razem 5500 gramów. *P.*

Fr. Schieck. **Kliniczne i doświadczalne studya nad działaniem tuberkuliny na gruźlicę tęczówki.** (*Arch. Graefego* T. L.) Tuberkulina nie znalazła większego zastosowania w okulistyce, głównie z powodu obawy rozpowszechnienia miejscowej sprawy chorobowej przez wywołanie zbyt silnego odczynu. Gruźlica przedniego odcinka gałki objawiać się może w dwojakiej postaci. Pierwsza postać, ogólnie znana i uznana, występuje zwykle w kształcie gruzełków, guzków usadowionych na tęczówce przy obrąbku, lub w ciele rzęskowem. W rogówce tworzy nacieki lub wrzody bez cech znamiennych. Druga postać, którą przyjmuje szkoła Michela, nie różni się klinicznie od spraw tła nie gruźliczego, jak: *Keratitis parenchymatosa, iritis serosa i plastica, chorioiditis disseminata*, a stan ogólny chorego ma w tych przypadkach znaczenie rozstrzygające, w przeciwieństwie do pierwszej postaci, gdzie sprawa może być często lokalna, gdyż na 120 przyp., zebranych z piśmiennictwa, w 34 ($^1/_3$) tła gruźliczego nie było. Pięć przyp. w których autor stosował tuberkulinę, odnosiło się do pierwszej postaci. Wstrzykiwał on T R. tuberkulinę, począwszy od 0,002 mgr. (suchej wagi) do 4 mgr., przez czas kilku tygodni do kilku miesięcy. Z tych w 3 przyp. otrzymał wyleczenie bez poprzedniego odczynu, w 2ch zaś przyszło do znaczniejszego odczynu zapalnego. Porównując 13 przyp. własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa gruźlicy tęczówki z 103 przypadkami zebranymi z piśmiennictwa, wyciąga następujące wnioski: choroba częściej nawiedza osobniki młode, zaś zarówno często występuje w pierwszym jak i w drugim dziesiątku życia. Co do wyników, to stosunek wyleczenia do strat wynosi do 10 r. życia 8:42; od 10 do 20 r. życia 29:12, zaś po 20tym roku 2:10. Rokowanie więc między 10—20 r. życia najpomyślniejsze. W przeciwstawieniu do tych wyników są wyniki leczenia tuberkuliną gałek ocznych, które wszystkie wyleczono (utrzymanie kształtu gałki aż do utrzymania wzroku), w żadnym przyp. nie przyszło do wyłuszczenia gałki. Obawa rozpowszechnienia się gruźlicy tęczówki przez wstrzykiwanie tuberkuliny na podstawie dotychczasowego doświadczenia jest wykluczoną, dlatego autor radzi stosować wstrzykiwanie choćby tylko jako *ultimum refugium* przed wykonaniem wyłuszczenia oka. Co do usunięcia guzka gruźliczego przez irydektomię to z 19 przypad. przytoczonych w piśmiennictwie, w 8miu otrzymano wyleczenie, a w 7miu nastąpiło znaczne zaostrzenie sprawy. Schieck robił liczne doświadczenia na królikach i dochodzi do wniosków następujących: Działania uodporniającego T R tuberkulina nie posiada: nie leczy ona każdego przyp. sztucznej gruźlicy tęczówki i rogówki u królika, jednak przypadki leczone tuberkuliną przebiegają łagodniej, co jednak, w obec udowodnionego faktu, że gruźlica tęczówki u królika i samoistnie się leczy, trzeba przyjmować z zastrzeżeniem. Co do warunków, które sprzyjają wyleczeniu gruźlicy tęczówki, w pierwszym rzędzie trzeba szukać przyczyny w małej ilości drobnoustrojów. Obok tego zauważył S., że zawsze, skoro tylko przyszło do zarośnięcia źrenicy, szybko przychodziło do wessania guzków, z czego wnosi, że wraz z zaburzeniami odżywczemi w przednim odcinku gałki, w następstwie zarośnięcia źrenicy, gruźlica traci korzystne podłoże do rozwoju. *A. Bednarski.*

Celli. **Nowy sposób zapobiegania zimnicy i jego wyniki w Latium.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900. T. 28, Nr. 20). Zapobieganie zimnicy polegać powinno na środkach, skierowanych wprost przeciw zarazkowi i to bądź przez jego wygubianie (we krwi ludzi, oraz przez wygubienie moskitów), bądź przez zapobieżenie, aby się do ustroju nie dostał (ochrona od ukłuć komarów), — oraz na środkach, przeciwdziałających czynnikom, usposabiającym do zakażenia, ustrojowym, miejscowym i społecznym. Ten drugi rodzaj środków, równoznaczny z polepszeniem bytu ludności, asanizacyą kraju i t. d. zastosować bardzo trudno: pozostaje więc uciec się do środków pierwszego rodzaju. Z nich podawanie chininy na wielką skalę nie prowadzi, zdaniem C., do celu: niszczenie komarów i ich larw można łatwo wykonać w granicach doświadczenia naukowego, ale trudno przeprowadzić w dostatecznych rozmiarach w życiu praktycznem. Natomiast bardzo skutecznie można zapobiegać zimnicy przez ochronę od ukłuć zakażonych komarów: w tym celu jednak nie na wiele się zdadzą rozmaite zalecane maście, mydła i t. d., a jedynym sposobem jest ochrona mieszkań zapomocą gęstych siatek w oknach i drzwiach, oraz szczelne zasłony siatkowe na twarz i szyję obok rękawic na rękach, jeżeli zajęcia zmuszają przebywać na wolnem powietrzu w miejscu i porze niebezpiecznej. Sposób, zastosowany przez Celliego, nie różni się niczem od postępowania Grassiego (por. »*Przegl. lek.*« 1900 Nr. 52): podobnie, jak Grassi, wypróbował i Celli skuteczność jego głównie zapomocą doświadczeń, wykonanych ze służbą kolejową w kilku zimniczych okolicach Włoch. Wyniki były równie korzystne, jak w doświadczeniach Grassiego: z 207 urzędników i służby kolejowej, ochraniających się od komarów, dostało zimnicy tylko 10 osób: nie ochraniani — wszyscy zachorowali. Trudniej było przeprowadzić podobne doświadczenia z ludnością wieśniaczą, zwłaszcza ze względu na to, że w lecie zamieszkuje ona w prostych budach ze słomy: jednakże i w takich budach powiodło się C. ochronić mieszkańców od zakażenia zimniczego, zabezpieczając wejście rodzajem przedpokoju z siatki drucianej, a wszystkie szczeliny szczelnie zatkawszy słomą. (Nasza zimnica nie jest wprawdzie tak groźną klęską społeczną, jak na południu, niemniej daje się dobrze we znaki ludności. Środki, podawane przez Celliego i Grassiego, są w naszych warunkach ekonomicznych i kulturnych, w których daleko prostszych a wiele nieraz ważniejszych zarządzeń przeprowadzić niepodobna, dotąd niewykonalne, dopóki nie znajdą się sposoby, tańsze od stosowanych we Włoszech. (*Przyp. spr.*) *C.*

Nikolsky. **O wągliku u zwierząt, żywionych zwykłą strawą z domieszką zarodników wąglika.** (*Annal. de l' Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). Zakażenie się zwierząt wąglikiem za pośrednictwem zakażonej strawy było dotychczas doświadczalnie mało zbadane: sposób, w jaki ono do skutku przychodzi, był sporny, a nawet niektórzy badacze przeczyli możliwości zakażenia drogą przewodu pokarmowego. W szeregu doświadczeń stwierdził N., że zwykła strawa, zakażona zarodnikami wąglika, może być u zwierząt przyczyną zakażenia, rozwijającego się taksamo, jak w zakażeniach inną drogą; z zarodników rozwijają się w jelitach zwierząt prątki wąglikowe pomimo współzawodnictwa zwykłych bakteryi jelitowych, wkraczając stopniowo coraz głębiej w błonę śluzową i ztąd dostając się do naczyń limfatycznych i do krwi. *C.*

Kácser. **Leczenie zapalenia płuc.** (*Klinisch therap. Woch.* Nr. 48, 1900). Według autora, omawiającego ten temat z stanowiska lekarza-praktyka, należy w zapaleniu płuc uśmierzać pojawiające się objawy groźne, przyspieszać przebieg choroby, a jej trwanie o ile możności skracać. W przeciwieństwie zaś do innych autorów, nie wkraczających czynnie przeciw istniejącej gorączce, jako obja-

wowi samoobrony ustroju, kładzie K. szczególny nacisk na opanowanie podwyższonej ciepłoty, jako czynnika szkodliwie działającego na serce i mózg. W obec tego za główny cel całego postępowania uważać trzeba podtrzymanie sprawności mięśnia sercowego, czyli wszystko usunąć, coby temu celowi przeszkadzało. Najlepsze usługi oddają w takich razach kąpiele chłodne, a względnie wilgotne zawijania, powtarzane kilkakrotnie, jeśli tylko ciepłota ciała wzniesie się ponad 39°C. Obok tego należy także wprost działać na serce przez a) upust krwi i b) przez stosowanie naparstnicy. Pierwszy zabieg stosuje autor od 3 lat z tak znakomitym skutkiem, że z kategoryczną pewnością uważa obecnie upust krwi za bezwarunkowo wskazany w pierwszym okresie choroby we wszystkich gwałtownie się rozpoczynających przypadkach zapalenia płuc: kłucie natychmiast ustępuje, oddechy stają się wolniejsze, a krążenie krwi przybiera typ prawidłowy. Naparstnica zaś bywa podawaną w zwykłych, powszechnie znanych dawkach w odwarze ipekakwany lub senegi.

Dr. Henryk Pisek.

Krawczenko. **Rzadki przypadek kostniaka wielokrotnego.** (*Chirurgia*, 1900 Grudzień). Autor znalazł u 32-letniego wieśniaka 22 kostniaki, usadowione na najrozmaitszych kościach, głównie na długich kościach kończyn, na żebrach, obojczyku i łopatce. Wielkość tych kostniaków wahała się od ziarna grochu do 2 pięści. Według podania matki chory miał się już narodzić z tymi kostniakami, które do 22 lat życia stale powiększały się, od tego zaś czasu stanęły w mierze. Chory przez całe życie czuł się zupełnie dobrze i oddawał się zwykłym zajęciom, dopiero w ostatnich czasach zauważył ociężałość kończyn dolnych. O usunięciu operacyjnem kostniaków nie mogło być nawet mowy, zresztą chory nie zgodził się nawet na wycięcie kawałka do badania drobnowidowego.

Dr. Gliński.

Bruns (Hannower). **Obecny stan nauki o zachowaniu się odruchów kolanowych po całkowitem poprzecznem przecięciu rdzenia powyżej lędźwi.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 1, 2, i 3, 1901). Wywody autora dadzą się streścić w następujący sposób: 1) twierdzenie Bastiana, — że po całkowitem poprzecznem przecięciu rdzenia kręgowego powyżej lędźwi porażenie pozostaje wiotkiem i następuje trwały brak odruchów kolanowych, — nie zostało dotychczas odparte żadnym krytykę wytrzymującym przypadkiem; 2) dokładne anatomiczne badania całego łuku odruchowego, odnoszącego się do objawu kolanowego, nie są w stanie wyjaśnić pojawienia się braku tego odruchu; 3) ostro się rozpoczynające choroby, w szczególności urazy, podostro przebiegające rozmiękczenia i zapalenia, wreszcie bardzo wolno powiększające się uciski i przerosty, pojawiające się n. p. przy guzach, — zachowują się pod tym względem jednakowo: jeśli uszkodzenie rdzenia jest poprzeczne i całkowite, wówczas zachodzi brak odruchu kolanowego; 4) usadowienie się miejsca uszkodzenia powyżej lędźwi jest obojętne ze względu na wystąpienie objawów Bastiana: — występują one nietylko przy uszkodzeniach w dolnej szyjnej części rdzenia, ale także i części grzbietowej; 5) wyniki z doświadczeń na zwierzętach nie przemawiają przeciwko twierdzenia Bastiana. *Dr. Henryk Pisek.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 4 stycz. r. 1901.

Przewodniczący kol. Beck — członków obecnych 26.

Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu ośmiu nowych członków czynnych: Drów Bohosiewicza Teodora, Gabryszewskiego Antoniego, Łobaczewskiego Adama, Ruffa Salomona, Mankowskiego Henryka, Opolskiego Jana, Slęka Franciszka i Stankiewicza Ferdynanda, których na posiedzeniu obecnych, zgromadzeniu przedstawia.

Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Krzyszkowski demonstruje i omawia:

A) trzy okazy różnych postaci gruźlicy krtani: a) obraz zmian zwykłych; b) obraz znacznego rozpadu; c) obraz znacznego zwężenia, wywołanego postacią przewlekłą, produktywną.

B) Preparat makroskopowy bąblowca, obok w litrowem naczyniu treść, liczne drugorzędne bąble. Preparat pochodzi z kobiety l. 58 liczącej, zmarłej wskutek następstw, spowodowanych rozedmą płuc. Bąblowca za życia nie rozpoznawano; leżał on jako torbiel wielkości głowy dziecka wśród blaszek otrzewnej pod przeponą; ugniatając prawy płat wątroby spowodował częściowy zanik tego narządu. Obok tego jednego wielkich rozmiarów bąbla znajdowały się liczne otorbione bąble rozsiane po całej otrzewnej, najliczniej wśród sieci wielkiej i w jamie miednicy małej, gdzie były objęte silnymi zrostami.

Pod mikroskopem: haczyki, »scolex,« błona chitynowa pasorzyta i torebka wywołana przewlekłem zapaleniem odczynowem otrzewnej.

Uważając go za *Echinococcus hydatidosus endogenes*, a nie *Echinococcus multilocularis*, prelegent podnosi stosunkowo rzadsze umiejscowienie pasorzyta na otrzewnej (wątroba, płuca, jama otrzewnowa) i wielokrotność rozsiania po otrzewnej.

We Lwowie na 4011 sekcyi, stwierdzono bąblowca cztery razy, z tych trzy razy umiejscowiony był w miąższu wątrobowym, jako torbiele wielkości jaja gęsiego o treści częściowo wapniejącej. W Berlinie na 4770 sekcyi było 33 bąblowce. W Dreznie na 1939 sekcyi 7 bąblowców. (Notatka z podręcznika Birch-Hirschfelda).

Kol. Skałkowski mówił o tyłozgięciu i tyłopochyleniu macicy. Opisując obecne zapatrywania na czynniki przyczyniające się i usposabiające do tego cierpienia — opisał obszerniej i przedstawił zdjęcie fotograficzne z jednego przypadku, w którym część pochwowa macicy była postronkowatym zrostem spojoną ze ścianą pochwy, nim przytrzymaną i pociąganą. Powstanie tego postronkowatego zrostu prelegent tłómaczy wgojeniem w obnażoną z przybłonka ścianę pochwy oddartego przy czynności porodowej strzępka z wargi macicznej.

J. Krzyszkowski, sekretarz.

Delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekar. galic. na rok bieżący wybrani zostali koledzy: Adolf Beck (jako prezes), Roman Rencki (jako sekretarz Tow.), Józef Krzyszkowski (jako sekretarz Tow.), Teofil Stachiewicz, Paweł Kučera, Emil Wechsler, Stanisław Radzikowski Eliasz, Teofil Zalewski.

Jako zastępcy delegatów kol.: Czesław Uhma, Zenon Leńko.

Dr. J. Krzyszkowski sekretarz.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1901.

Przewodniczący zawiadomił o przyjęciu przez Zarząd następujących nowych członków czynnych Drów: Rudolfa Breitera, Kazimierza Bocheńskiego, Stanisława Lewickiego, Tadeusza Czaplickiego, Stanisława Zabłockiego, Mieczysława Sołtysika, Leona Feuersteina, Tadeusza Litwinowicza, Teofila Zalewskiego, Alfreda Winogrodzkiego, Maryana Frankego, Witolda Ziembickiego, Stanisława Kubisztala, Andrzeja Kondratowicza, Wojciecha Kurzyńca.

Posiedzenie administracyjne z dnia 1 lutego r. 1901.

Przewodniczący zawiadomił o przyjęciu przez Zarząd następujących nowych czynnych członków: prof. Dr. Andrzeja Obrzuta, Drów: Alfreda Burzyńskiego, Maksymiliana Szmelkesa, Wacława Moraczewskiego, Doc. Gustawa Bikelesa, Jana Kreutza, Stanisława Fuchsa.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Dnia 9 b. m. odbył Wydział Towarzystwa Samopomocy pierwsze posiedzenie pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, który na wstępie zawiadomił, że p. Feliks Wiśniewski, dyrektor zakładu zdrojowego w Szczawnicy, złożył na jego ręce 200 koron na cele Towarzystwa, a kol. Kohn oświadczył, że prof. Dr. Rosenblatt ofiaruje Towarzystwu usługi prawne całkiem bezinteresownie. — Z porządku dziennego przystąpiono do obrad nad pozyskaniem dla Towarzystwa ogółu lekarzy w kraju. Na wniosek kol. Kohna uchwalono zredagować ponowną odezwę, w którejby już na podstawie konkretnych faktów, zaczerpniętych z działalności Towarzystwa, wyjaśniono jeszcze nie wszystkim kolegom zrozumiałe cele i zadania Towarzystwa, oraz rozproszono wątpliwości, jakie tu i owdzie się podnosiły. Odezwa ta w najbliższym czasie zostanie rozesłaną do wszystkich lekarzy, którzy dotychczas do Towarzystwa się nie zapisali. — Uchwalono na wniosek skarbnika ściągać wpisowe i wkładki zapomocą czeków pocztowej kasy oszczędności, gdyż jest to sposób najtańszy i najpewniejszy. — Uchwalono 4 wnioski kol. Trzebickyego, co do porozumienia się w kilku sprawach i utrzymywania na przyszłość łączności z Organizacyą lekarzy wiedeńskich. Wybrano komisyę z 3 członków, która ma opracować

najdalej w przeciągu trzech miesięcy regulamin i przedłożyć go pełnemu Wydziałowi. Następnie poruszył prezes prof. Jordan kilka bardzo ważnych spraw, któremi zająć się powinno Towarzystwo, między innemi: 1) sprawę leczenia »gratis«; 2) sprawę dobrowolnego opodatkowania się członków na cele Towarzystwa; 3) sprawę konkurencyi lekarskiej; 4) sprawę ubezpieczenia się na życie w Towarzystwach asekuracyjnych jedynie za pośrednictwem Towarzystwa Samopomocy. W ogólnej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie, że tak te wnioski, jak i inne, dotychczas do Wydziału nadesłane, wymagają głębokiego zastanowienia i tak »ex abrupto« załatwione być nie mogą; uchwalono zatem rozdzielić je pomiędzy pojedynczych członków Wydziału do gruntownego przestudyowania i przedłożenia, już dokładnie i szczegółowo opracowanych, na najbliższem posiedzeniu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, sekretarz.

VIII.

† Maks Pettenkofer,

światowego rozgłosu chemik i higienista, zakończył życie w Monachium, licząc lat 83. Urodził się r. 1818 w Lichtenheim, nauki lekarskie odbył w Monachium, pracował następnie pod kierownictwem Liebiga; w roku 1847 mianowany został nadzwyczajnym profesorem chemii, a w 1853 — zwyczajnym. Dał się światu poznać ogłoszeniem pracy biologiczno-chemicznej o żółci; następnie zwrócił swe badania w kierunku higienicznym: badał stosunki przewietrzania mieszkań, systemy ogrzewania, odzież ludzką i t. d. W r. 1855 rozpoczął swe badania nad cholerą i nad wpływem wody gruntowej na jej powstawanie i rozwój. Niemniej wielkiego rozgłosu nabrały badania Pettenkofera nad oddechaniem i żywieniem się zwierząt i ludzi, oraz dał on naukowy kierunek badaniom nad przemianą materyi. Przedstawieniom Pettenkofera zawdzięcza Bawarya powstanie katedr higieny, z których jedną w r. 1865 przyznano jemu, jako założycielowi higieny doświadczalnej. W r. 1889 Pettenkofer został wybrany na prezesa Akademii Umiejętności; w r. 1894 przeszedł w stan spoczynku.

Do najwięcej cenionych dzieł zmarłego higienisty należą: 1) Badania nad sposobami rozpowszechniania się cholery. 2) O zmianie powietrza w mieszkaniach. 3) O farbach olejnych i konserwowaniu obrazów. 4) Stosunek powietrza do odzieży, mieszkania i gruntu. 5) O środkach żywienia się i o wartości wyciągów mięsnych. 6) Odczyty o kanalizacyi. 7) Ziemia i jej związek z życiem człowieka. — Wielka praca: „Wykład higieny“ wyszła pod redakcyą Ziemssena. Redagował *Zeitschrift für Biologie* i *Archiv für Hygiene*.

Doszedłszy sędziwego wieku zaczął zapadać w zadumę i w chwili psychicznego rozdrażnienia własną ręką przeciął nić swego nad wszelki wyraz zasłużonego żywota. *A. K.*

IX. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Einhorn (Nowy-York) *Samoistna rozstrzeń przełyku.* Rozpoznanie opiera się na następujących objawach: przełyk i wpust są drożne dla zgłębnika żołądkowego, — atoli postępując ostrożnie, można zapomocą takiegoż zgłębnika wydostać z przełyku niezmienione jeszcze resztki pokarmów. Nadto można dokładnie odróżnić treść żołądka i przełyku z osobna, podając pokarmy względnie płyny zabarwione (kawa); brak szmeru połykowego jest bardzo ważnym objawem. Autor spostrzegał 12 takich przypadków, z których tylko 2 miały tło urazowe. Cierpienie samo przez się jest długo trwające: — leczenie polega na ręcznych zabiegach chorego, w szczególności by przez stosowne ugniatanie klatki piersiowej popychał potrawy ku żołądkowi, przyczem kęsy nie powinny w ogóle być za grube; wreszcie są wskazane przepłókiwania przełyku wieczorami.

Bourget (Lozanna). *Wskazania do gastroenterostomii i jej wyniki. (100 spostrzeżeń z 46 operacyami).* Gastroenterostomia jest wskazaną we wszystkich przypadkach, w których pokarmy, przechodząc przez odźwiernik, natrafiają na przeszkody w kształcie większego lub mniejszego zwężenia, wywołanego przez guzy, włókniste przerosty lub bliznowate, względnie wrzodziejące ściągnięcia (retractiones); — przeciwwskazaną zaś jest w przypadkach przejściowego zwężenia odźwiernika skutkiem kurczu nerwowego, w zastoju treści żołądkowej wskutek opadnięcia żołądka *(ptosis)* lub zwiotczenia jego ścian. Przed operacyą należy starannie zbadać czynność ruchową żołądka, a to należy kilkakrotnie powtórzyć przy podejrzeniu kurczu *(spasmus)* odźwiernika; również trzeba baczną zwrócić uwagę na wpływ letniej kąpieli i działanie bromku potasowego. Wydęcie żołądka jest koniecznem dla odróżnienia od jego opadnięcia *(gastroptosis)*. W powyżej wymienionych przypadkach gastroenterostomia jest skutecznym zabiegiem, — a w razie złośliwych guzów znacznie przedłuża życie; mniej zadowalniające są wyniki w opadnięciu żołądka i kurczu zwieracza. Ani czynność wydzielnicza żołądka, ani ruchowa, nie cierpią wskutek operacyi: — trawienie tak samo się odbywa, jak dawniej, a z czasem odzyskuje żołądek swą prawidłową wielkość i położenie.

Gallois (Paryż). *Zakażenia, wychodzące z wyrośli gruczołowatych.* Choroby zakaźne, rozwijające się na tle wybujałości gruczołowatych, nie są jeszcze dokładnie zbadane. Autor odróżnia następujące postacie: 1) Ostre lub przewlekłe zapalenie samych wybujałości, które same przez się mogą być punktem wyjścia dla posocznic krwotocznych. 2) Rozszerzanie się na sąsiednie błony śluzowe. 3) Rozszerzanie się na skórę sąsiednią (nos i oczy): róża, liszajec, wyprysk, wilk. 4) Zapalny obrzęk gruczołów szyjnych. 5) Zapalenia łącznotkankowe, doprowadzające do ropienia, nawet w mózgu, przez rozwleczenie zarodków chorobotwórczych. 6) Ogólne zakażenie krwi prątkami gruźliczymi, znajdującymi się w wybujałościach gruczołowatych: tak samo mogą powstać gościec, zapalenie śródsierdzia i pląsawica.

Dyskusya: Ewald (Berlin) spostrzegał posocznicę, powstałą na tle przewlekłego ($1^1/_2$ roku trwającego) zapalenia ucha.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Uwagi o projekcie zmiany ustawy i instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych i okręgowych etc. przez Dra W. Nattera.

Podał

Dr. Erg.

Podany w „Przeglądzie Lekarskim“ Nr. 5 b. r. projekt zmiany ustawy z dn. 2 lutego 1891 Dz. u. kr. Nr. 17. świadczy o nadzwyczaj sumiennej pracy i dobrych chęciach autora. Pracy tej towarzyszyć powinno i towarzyszy jasne zrozumienie przedmiotu i ducha ustawy, którą zmienić zamierza, jakoteż znajomość ogólna innych ustaw sanitarnych, obowiązujących w kraju. Piękna, ale nie oparta o grunt realny, przytoczona ustawa, więc w wielu szczegółach nie wykonalna, przez poczynienie zmian zyskać powinna podstawę i wlać nowe życie w wegetujące okręgi sanitarne.

Mimo to jednak, jak każda rzecz ludzka, i ten projekt nie jest może wolny od przeważnie drobnych usterek; a jako taki i jako dotyczący publicznych stosunków, powinien być poddany dyskusyi. Nie przez wzajemną admiracyę bowiem, ale przez krytykę, choćby nawet bezwzględną, osięgniemy podstawę do polepszenia stosunków na tym „najlepszym ze światów“. Tą myślą powodowany, zamierzam skreślić słów kilka. Przedewszyskiem, podany projekt nie uniknął kilku ogólników, których przecież uniknąć było bardzo łatwo przez proste wykreślenie, lub dodanie kilku wyrazów. Wobec naszego na-

rodowego charakteru, skłonnego do uogólnień i posiadającego aż nadto indywidualizmu, ustawa powinna niejako przeciwdziałać tym zbyt wybujałym właściwościom, przechodzącym w wady i powinna być ścisłą, a nawet drobiazgową tak, aby nie dawała pola do dwuznacznych tłomaczeń. Każda ustawa bowiem jest to do pewnego stopnia ograniczenie swobody działania czy to społeczeństwa, czy też i osobników, w zamian za przyznane korzyści i prawa. Strzeżmy się ogólników. Ściśle określająca sprawy ustawa, jako rodzaj kontraktu społecznego, daje obopólną rękojmię i jest najskuteczniejszą obroną dla „ludzi bezdomnych", jakimi przeważnie są lekarze okręgowi.

Do takich ogólników zaliczyć muszę np. w § 5 wyrażenie „i inne ważne stosunki miejscowe", które wprost prosi się o wykreślenie. Również w § 8. autor projektu nie poszedł dalej w przewidywaniu, co powinno nastąpić, jeżeli lekarz okręgowy z końcem roku prowizorycznej służby nie otrzyma ani uzasadnionego wypowiedzenia posady, ani też dekretu stabilizacyjnego. Prosta konsekwencya wskazuje (co może autor i miał na myśli, — lecz ustawa nie zna domyślników) że „w razie niezawiadomienia uzasadnionego o wypowiedzeniu posady po roku służby prowizorycznej posada *eo ipso* staje się bez osobnych dekretów stabilizacyjnych posadą nadaną stale". Takie uzupełnienie § 8. ułatwiłoby całe postępowanie i nieobciążałoby strony zbyteczną formalistyką.

W § 10. mowa jest, że Wydział Powiatowy w porozumieniu z Wydziałem Krajowym ma zarządzić „aby w razie czasowego braku lekarza okręgowego . . . inny lekarz wykonywał tymczasowo w okręgu służbę sanitarną". „Tymczasowość" taka, jak w ogóle każda sprawa przejściowa, aby nie przeszła w stan chroniczny, powinna być, co do czasu trwania, ustawowo określona. W tym przypadku autor projektu poprzestał na ogólniku. Sądzimy, że określenie ustawowe terminu 4-miesięcznego, jako zastępstwa, byłoby w danym razie wystarczające.

W § 11. autor projektu dzieli płacę lekarzy okręgowych na 3 klasy: 1000—1200—1400 K. „według oceny Wydziału Krajowego" i t. d. I znów nieszczęsny ogólnik: jaka norma ma służyć do tej „oceny"? To, co mogłoby służyć do sprawiedliwego podziału płacy lekarzy okręgowych na klasy: że ten lub ów okręg jest w okolicy ubogiej, że w tym lub owym lekarz okręgowy może znaleźć uboczne dające dochód, zajęcia (kasy chorych, sądy, koleje), że w tym lub owym — ludność nie przyzwyczaiła się jeszcze wzywać pomocy lekarskiej i t. d., są to pojęcia tak elastyczne, że z nich nie podobna ułożyć jakichś danych. Pozostawienie zaś swobodnej oceny bez ustawowego określenia miałoby prawdopodobnie ten skutek, jaki już teraz możemy dostrzegać w okręgach. Zastrzeżona ustawowo minimalna suma płacy lekarzy okręgowych 1000 K jest, — z wyjątkiem niewielu okręgów, — ogólnie przyjętą, więc zarazem maksymalną. Czyżby prawie wszystkie okręgi, — potworzone w najbardziej zaniedbanych okolicach kraju, – posiadały tak idealne warunki utrzymania lekarza okręgowego, że dla nich wystarcza najniższa płaca? Kto wie, czy przyjmując dobrze zresztą pomyślany podział płacy lekarzy okręgowych na klasy, nie byłoby najlepiej przyjąć za miarę ilość ludności okręgu, np. aby przy ludności do 15.000 wynoszącej (w myśl § 2) przywiązaną była płaca 1 klasy, do 18.000 — 2 klasy, do 21.000 płaca 3 klasy.

W § 14. autor projektu zatrzymał w dotychczasowem brzmieniu zdanie: „Lekarze okręgowi obowiązani są szczepić ospę w miejscu swej siedziby" zamiast podać: „bezpłatnie przeprowadzać *ochronne* szczepienie ospy w miejscu swej siedziby" co z ducha ustawy, — z instrukcyi służbowej, w której są skrzętnie wymienione obowiązki lekarzy okręgowych, wynika (lit. u.). Czy dodatek ten „ochronne" jest rzeczą obojętną, zaraz się przekonamy:

Koszta szczepienia ospy, t. zw. z konieczności, ponosić winien w myśl ustaw skarb państwa (Dekr. kanc. z 30. czerwca 1840 l. 17.742 i z 8 czerwca 1843 l. 17.713 zb. ust. prow. tom 71 str. 165), podczas gdy koszta ochronnego tylko szczepienia ponosi fundusz krajowy. Koszta t. zw. komisyjne dotychczas zawsze wypłacał skarb państwa lekarzom okręgowym (w myśl reskryptu c. k. Min. spr. wewn. z dn. 11. lutego 1895 l. 3398): wynagrodzenie zatem za szczepienie z konieczności nawet w miejscu siedziby lekarza okręgowego, jako za czynność komisyjną t. j. związaną z epidemią i przy sposobności leczenia, w myśl ustaw dokonywaną, powinien również Skarb państwa lekarzowi okręgowemu wypłacić.

Choć w instrukcyi służbowej *lit. u.* powiedziano, że lekarz obowiązany jest przeprowadzać szczepienie ospy ochronnej, a nie: szczepienie z konieczności, — ogólnikową stylizacyę § 14 wyzyskano w ten sposób, aby lekarzom okręgowym za przeprowadzenie szczepienia z konieczności w miejscu siedziby skarb państwa nie płacił! A przecież chodzi tu nie o mały trud: w myśl ustaw bowiem szczepi się z konieczności nie zbiorowo, jak przy szczepieniu ospy ochronnem, ale od domu do domu; a załatwiając tę czynność w myśl ustaw „przy sposobności leczenia", lekarz naraża życie i zdrowie, jeżeli już nie swoje, to swej rodziny. Trudno zapewne jest uwierzyć, aby Wysokie Władze Krajowe, na podstawie zbyt ogólnikowego i nie w duchu ustawy stylizowanego § 14., który same formułowały nie jasno — postąpiły w ten sposób z mozolną pracą lekarza, — niewiernych Tomaszów jednak pozwolę sobie odesłać do świetnie stylizowanego rozporządzenia Wydziału Krajowego z 15 lipca 1898 l. 42046 Nam. l. 67.167 ex 1898. Powtórzę jeszcze przeto jeszcze raz: Strzeżmy się ogólników.

Drugi szereg usterek projektu dotyczy tego, co nazwałbym zwiększeniem ustawowem władzy wykonawczej, względnie inicyatywy lekarzy okręgowych.

Że znów wrócę do wspomnianego powyżej § 5; w miejsce mniej szczęśliwie pomyślanego zakończenia: „w ten sposób ma być przeprowadzoną każda zmiana okręgu sanitarnego" uważałbym więcej za wskazane umieścić: „Przy zamierzonej zmianie okręgu ma być w pierwszym rzędzie przez Wydział powiatowy wysłuchana i uwzględniona opinia lekarza okręgowego, lub powiatowej komisyi zdrowotnej (gdzie takowa istnieje). Ostatecznie zmianę granic okręgu sanitarnego zatwierdza Wydział Krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem".

Również § 6., w którym jest mowa, że „do okręgu sanitarnego mogą być przyłączone gminy z sąsiedniego powiatu", należałoby mojem zdaniem uzupełnić dodatkiem: „na wniosek lekarza okręgowego i za porozumieniem się dotyczących Wydziałów powiatowych. Gdyby takie porozumienie się nie doszło do skutku, wniosek lekarza okręgowego w 3 miesięcznym terminie od daty wniosku, ma być przez Wydział Powiatowy przedłożony Wydziałowi Krajowemu, który sprawę ostatecznie rozstrzyga w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem i o wyniku rozstrzygnięcia lekarza okręgowego uwiadamia".

Czy takie uzupełnienia §§ 5. i 6. mogą okazać się pożytecznemi dla sprawy uzdrowotnienia okolicy i niesienia pomocy lekarskiej ludności, gdy będzie naprzód wydawał opinię lekarz, który dokładnie przecież zna stosunki miejscowe, wśród których żyje, — nie będę udowadniał, nie chcąc zachwalać własnego towaru i pozostawiając sąd uważnemu — nie wątpię — czytelnikowi.

Do tego samego szeregu usterek projektu zaliczyłbym brak uzupełnienia pewnych punktów Instrukcyi służbowej. I tak pod *literą c,* określającą idealnie, lecz bez możności wykonania, obowiązki lekarza okręgowego, może nie zaszkodziłoby dodać tego, co dotychczas w ustawie jeszcze nie znalazło określenia, a co gorzej — w praktyce zastosowania, choć z Instrukcyi służbowej konsenkwentnie wynika, a mianowicie słów: „Zwierzchnościom gminnym i c. k. Starostwom nie wolno udzielać t. zw. konsensów bez przedłożenia poprzód przez strony opinii kwalifikacyjnej lekarza okręgowego".

Pod *lit. h.)* należy dodać: „Zwierzchnosciom gminnym nie wolno wyznaczyć miejsca na kąpiele bez zasięgnięcia opinii lekarza okręgowego".

Pod *lit. r.)* zaś: „Cmentarza założyć lub rozszerzyć; trupiarni zbudować, nie wolno bez zasięgnięcia poprzód zdania lekarza okręgowego".

Uzupełnienia takie ściągną, sądzę, pobożne życzenia, zawarte w instrukcyi służbowej, z mglistych sfer na grunt realny; ktoby zaś sądził, że dodatki, proponowane przezemnie, jak n. p. przy *lit. r.)* co do cmentarzy, są zbyteczne, niech przeczyta ową istną burzę w szklance wody, zawartą w orzeczeniu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 25 lutego 1888 l. 3089 gdzie »*samowola pana c. k. starosty tem jaskrawiej na jaw wystapiła*«, ponieważ przy komisyjnem dochodzeniu w przedmiocie rozszerzenia cmentarza został wezwany nie c. k. lekarz powiatowy, ale inny lekarz, — kto wie czy nie w służbie autonomicznej będący.

Ależ, — ktoś może powie, — że uzupełnienia takie, jak przy *literach c.) h.) r.)* i innych jeszcze *literach* Instrukcyi służbowej, o których poniżej będzie mowa, właściwie tu nie należą: na to trzeba wydać osobne rozporządzenia, reskrypta, orzeczenia, okólniki, dekreta lub t. p. do odnośnych władz. Temu jednak odpowiem: miejmy w Instrukcyi służbowej podane uzupełnienia, a co do reszty damy już sobie radę. Zmysł praktycznego zastosowania ustawy przeważyć i w tem miejscu powinien nad formalistyką.

Idealistyczne zwracanie uwagi właściwych władz na studnie w instrukcyi służbowej *lit. d.)* powinno być mojem zdaniem uzupełnione realnym dodatkiem: „prawo polecenia Zwierzchności gminnej, aby zamknąć studnię dla zapobieżenia cho

robom zakaźnym, przysługuje lekarzowi okręgowemu". Dodatek taki nie wydaje mi się zbyteczny, skoro według orzeczenia trybunału administracyjnego z dn. 13 lutego 1895 l. 786, prawo to przysługuje dotychczas tylko władzy politycznej.

Co do *litery s.)*, to autor projektu, uzupełniając ją, nie uwzględnił jeszcze jednej z uchwał I Zjazdu lekarzy okręgowych, a mianowicie: „w razie niedelegowania do tłumienia epidemii, w okręgu sanitarnym wybuchłej, lekarza okręgowego, winno c. k. Starostwo w każdym poszczególnym przypadku podać przyczynę i w każdym razie o dalszem swojem zarządzeniu co do epidemii uwiadomić lekarza okręgowego".

W uzupełnieniu *litery v.)* uważam za wskazane, aby lekarz okręgowy o zamknięciu lub otwarciu szkoły ludowej w razie epidemii uwiadamiał nie c. k. Starostwo, ale „Radę szkolną okręgową", analogicznie do przepisanego ustawowo sposobu postępowania, obowiązującego dotychczas tylko c. k. lekarzy powiatowych.

Pod *literą u)*, wkładającą na lekarza okręgowego obowiązek uwiadamiać o partactwie lekarskiem władzę polityczną lub właściwy sąd, należy dodać: „które to władze o dalszem swojem zarządzeniu, względnie o ukaraniu winnych, mają obowiązek zawiadamiać lekarza okręgowego".

Przechodzimy do ostatniego szeregu usterek, a są to działa najcięższego kalibru.

W § 9. autor projektu podaje: „O zamianowaniu lekarza okręgowego uwiadomi Wydział Krajowy c. k. Namiestnictwo, któremu przysługuje prawo powstrzymania tej nominacyi w razie nieprzestrzegania przepisów ustawy". Przedewszystkiem zauważyć muszę, że c. k. Namiestnictwo jest władzą równorzędną, ale nie wyższą, niż Wydział Krajowy, z tego powodu powstrzymanie nominacyi lekarza okręgowego przez c. k. Namiestnictwo, które nadto funduszami państwowymi dla stałego utrzymania lekarza okręgowego dotychczas w niczem się nie przyczynia, miejsca mieć nie może. Jeżeli przepisy ustawy nie będą przestrzegane w jakim przypadku, to — w naturalnym toku instancyi rozstrzygać tylko może najwyższa władza krajowa, t. j. Sejm. Z tego powodu przytoczony ustęp § 9. od słów „któremu" aż do „... ustawy", uważam za wskazane wykreślić.

§ 15. również mojem zdaniem inaczej brzmieć powinien, a mianowicie: „Czynność lekarza okręgowego nadzoruje i władzę dyscyplinarną sprawuje nad lekarzem okręgowym komisya zdrowotna powiatowa tam, gdzie takowa istnieje. Gdzie takiej komisyi niema, osobna komisya, złożona z Marszałka powiatowego, delegata *ad hoc* Wydziału Krajowego, którym ma być lekarz w siedzibie Wydziału Powiatowego zamieszkały i w służbie rządowej nie będący, oraz c. k. lekarz powiatowy". Wszak na I Zjeździe lekarzy okręgowych była o tem mowa, jak niestosownem, przykrem i do pewnego stopnia nawet dla lekarza ubliżającem jest, gdy dochodzenie dyscyplinarne przeciw niemu, dotyczące spraw lekarskich, prowadzi np. lustrator powiatowy. Takie przypadki były; teraz chodzi o to, aby praktycznie, ustawowo, im zapobiedz.

Co do *Instrukcyi służbowej A.*, to tutaj, po słowach podanych przez autora projektu, wypadałoby umieścić sprawę sprawozdań półrocznych, dotychczas w ustawie nie znajdującą się, lecz dodatkowo wydaną. Chodzi tu zwłaszcza o sprawozdania w okręgach, złożonych z gmin kilku powiatów, którą sobie tak przedstawiam: na podstawie § 6. ustawy jedna tylko „reprezentacya powiatowa w okręgach złożonych ma spełniać czynności, przekazane reprezentacyom powiatowym przez niniejszą ustawę". Wobec tego, konsekwentnie idąc: „sprawozdania półroczne w okręgach złożonych z gmin różnych powiatów, lekarze okręgowi powinni przedkładać na ręce jednej tylko reprezentacyi powiatowej" co w ustawie należałoby określić, gdyż w okręgach złożonych np. z gmin 4 powiatów, władze powiatowe, zawsze gorliwe, gdy chodzi o dodanie lekarzom okręgowym bezpłatnej pracy[1]), gotowe wymagać 4 sprawozdań półrocznych.

[1]) Pomijając mniejsze dodatkowe prace bezpłatne, zdarzyło się, że np. w jednym z powiatów wyznaczono lekarzom okręgowym obok sprawozdań miesięcznych (w miejsce półrocznych) 12-krotny w ciągu roku objazd całego okręgu w miejsce dwukrotnego i to bez podwyższenia ryczałtu na podróże służbowe.

Dla porównania przytoczę, że tenże sam Wydział Powiatowy polecił akuszerkom okręgowym objazdy po gminach — *risum teneatis amici* — w celu pouczenia wiejskich babek. C. k. Namiestnictwo zniosło to rozporządzenie Wydziału Powiatowego, nie mogąc udzielić akuszerkom egzaminowanym *veniam legendi*.

A czy o lekarzy okręgowych kto się upomniał?

Co do Komisyj zdrowotnych, których §§ autor projektu w niczem nie zmienił, to należałoby § 8 zmienić o tyle, aby: „komisye zdrowotne we wsiach i miasteczkach, należących do okręgów sanitarnych, w zwykłych warunkach odbywały posiedzenia" nie co miesiąc, ale „co ½ roku podczas półrocznych objazdów lekarza okręgowego; zaś komisye zdrowotne powiatowe w ciągu miesiąca stycznia i lipca. W czasie panowania w okręgu sanitarnym nagminnie cholery lub moru, komisye zdrowotne wiejskie i małomiejskie powinne odbywać posiedzenia raz na miesiąc". Dla stosunków wiejskich i małomiasteczkowych podane termina najzupełniej wystarczą.

Wykazane usterki są przeważnie drobne, nie mniej jednak zauważyć muszę, że i drobne błędy mogą pociągnąć skutki doniosłego znaczenia. W czynnościach ludzkich bowiem skutek rzadko się równa, co do ilości, przyczynie: lecz przeciwnie bardzo często wypadki gromadzą się i rosną niejako w kształcie lawiny. Niechcąc szukać dalszych, choć stosowniejszych może przykładów, przypomnę dla udowodnienia choćby wspomniane już powyżej następstwa drobnego błędu z § 14, a mianowicie nieumieszczenia wyrazu „ochronne" przy szczepieniu, jakie bezwątpienia ustawodawca, — sądząc z Instrukcyi służbowej *lit. u.)*, — miał na myśli.

Na tem kończę moje uwagi, nie łudząc się bynajmniej, że zdanie moje i poprawki wolne będą od błędów. Nie mniej jednak nie wątpię, że inna krytyka i dyskusya nad projektem na innej arenie i przez głos szersze w społeczeństwie zataczającym koła korzyść dla sprawy okręgów, więc i dla kraju, przyniesie. Autorowi projektu obok uznania dla jego gorliwej i sumiennej pracy, niech mi wolno będzie wyrazić w zastosowaniu do siebie, że łatwiej jest krytykować, aniżeli tworzyć. W końcu Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego", która niejednokrotnie tak gościnnie udzielała cennych kart czasopisma dla sprawy okręgów, więc sprawy najuboższych lekarzy i najwięcej zaniedbanych okolic kraju, niech mi wolno będzie na tem miejscu za wspomnianą gościnność, o ile ona mnie dotyczy, — wyrazić serdeczne Bóg zapłać.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 lutego 1901.

* Dzień dzisiejszy stanie się epokowym dla rozwoju naszego miasta. Po długich latach mozolnych poszukiwań, badań i obliczań, wszedł Kraków w posiadanie wodociągów, a co najważniejsza, od dziś posiada wodę znakomitą i w wielkiej obfitości. Wpływ dobrej i obfitej wody na zdrowie mieszkańców jest pewnikiem, który stwierdziła statystyka całego świata; obok czynnika sanitarnego wodociągi mają doniosłe znaczenie dla rozwoju liczebnego i ekonomicznego mieszkańców miast i pod tym względem można Krakowowi wróżyć lepszą przyszłość.

Wyniki badań chemicznych i bakteryologicznych wody z rur wodociągowych, dziś stanowiące jeszcze dokument urzędowy, wkrótce dojdą do wiadomości ogółu, a członkowie Tow. lekar. krakowskiego dowiedzą się o nich z ust kierownika budowy wodociągu krakowskiego p. inżyniera Ingardena, który na posiedzeniu Towarzystwa w dn. 20 bm. wygłosi odczyt o tej sprawie.

Począwszy od śp. prof. Dietla, lekarze krakowscy odegrali wpływową rolę w dziele zaopatrzenia rodzinnego miasta w dobrą wodę. Dzieje Komisyi wodociągowej wymieniają znaczny zastęp rzetelnie zasłużonych higienistów, którzy wzięli na swe barki nietylko upowszechnienie samej myśli wśród obywateli Krakowa, lecz i badaniami naukowemi doprowadzili całą sprawę do tego stopnia, że stała się dojrzałą do technicznego wykonania. W szczególności zaś należy tu zapisać, że oprócz jednostek, Towarzystwo lekar. krakowskie popierało powagą swych uchwał trudne nieraz zadanie Komisyi wodociągowej, a idąc ręka w rękę z technikami, umożebniło ziszczenie doniosłego dzieła, którem się gród nasz słusznie może chlubić.

* W jednym z ostatnich dni przyszłego tygodnia odbędzie się wycieczka grona członków Towarz. lekar. krak. na Bielany, w celu obejrzenia urządzeń wodociągowych w ruchu. Z powrotem odbędzie się wspólne śniadanie ku uczczeniu zasłużonego kierownika budowy wodociągów krakowskich p. inżyniera Ingardena. Bliższe szczegóły podane zostaną w kurendzie, którą obeszle kierownik wycieczki.

* Kol. Dr. Wł. Ściborowski złożył na fundusz »Domu Tow. lekar. krak.« 200 kor.

* Redakcya »Postępu Okulistycznego« w słowie »Do czytelników« oświadcza, że w miesięczniku swym zamierza poświęcić uwagę także chorobom nosa, o ile takowe pośrednio lub bezpośrednio z chorobami ocznemi mają jakikolwiek związek. Jako stałych współpracowników w tym rozszerzonym zakresie wymienia Redakcya prof. Pieniążka i Dr. Sędziaka.

* Sekretarz krakow. Towarz. Samopomocy lekarzy donosi: Wny P. Feliks Wiśniewski, dyrektor zakładu zdrojowego w Szczawnicy, ofiarował na cele tego Towarzystwa 200 koron, za co mu Wydział Towarzystwa składa publiczne podziękowanie.

* Pod redakcyą prof. Hoyera (ojca), a nakładem Kasy im. Mianowskiego, wyszła Histologia opracowana przez kilkunastu lekarzy warszawskich, krakowskich i lwowskich.

* Do parlamentu wiedeńskiego wybrani zostali następujący lekarze: Fr. Kindermann, Ed. Greger, W. Ellenbogen, H. Winter, E. Gładyszewski i F. Opydo.

* Międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Londynie od 22 do 26 lipca b. r. Prace Kongresu podzielone będą na 4 sekcye: 1) opieka państwowa; 2) leczenie i zakłady dla gruźliczych; 3) patologia i bakteryologia; 4) gruźlica u zwierząt. Z Kongresem ma być połączona Wystawa. Kongres będzie się składać z członków honorowych, delegowanych i zwyczajnych; do pierwszych należeć będą wysłańcy rządów i uniwersytetów; do delegowanych i zwyczajnych członków zaliczone będą osoby towarzyszące pierwszym, oraz przedstawiciele rządu angielskiego i różnych związków angielskich. Członkowie delegowani i zwyczajni otrzymają kartę uczestnictwa po przysłaniu 20 mrk. wpisowego do generalnego sekretarza Kongresu (Londyn, Hanover Square, 20). Karty te upoważniają do udziału we wszystkich posiedzeniach Kongresu i do prawa otrzymania sprawozdania z prac Kongresu. Urzędowym językiem Kongresu będzie: angielski, francuski i niemiecki. Zgłaszania wykładów, wraz z załączeniem krótkiego streszczenia, przyjmowane będą do 15 czerwca b. r. na ręce sekretarza generalnego.

* Wiedeński prof. pedyatryi Dr. Widerhofer, z powodu nadwątlonego zdrowia, został zwolniony z wykładów, w czem go zastępuje Dr. Moser, jego asystent kliniczny.

* XXX-ty Kongres niemieckiego Towarz. chirurgicznego odbędzie się w Berlinie w tygodniu przedwielkanocnym.

* Kongres niemieckiego Towarz. dermatologicznego odbędzie się we Wrocławiu od 28 do 30 maja b. r.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Jentzer mianowany został dyrektorem kliniki ginekologicznej w Genewie. Naczelnikiem Akademii lekarsko wojennej, po śmierci Paszutina, mianow. został prof. Taraniecki. Prof. nadzw. dr. A. Jarisch, mianow. został prof. zwycz. syfilidografii i dermatologii w Gradcu. Dr. Pietkiewicz (Paryż) mian. został kawalerem legii honorowej. Dr. Minakow mian. prof. sądowej medycyny w Moskwie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. L. Weis, prof. okulistyki, zmarł w Heidelbergu, w 51 r. życia. Dr. Lehmann, znany higienista, zmarł w Kopenhadze. Dr. Bolesław Fischer zmarł w Petersburgu, w 65 r. życia. W Kielcach zmarł dr. Śmigielski, licząc lat 51.

Zapiski bibliograficzne.

— *Postęp Okulistyczny* Nr. 1: Bałaban: Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

— *Krytyka Lekarska* Nr. 2: Feinstein: Przyczyny ślepoty w kraju naszym. Wizel: Stosunek psychologii do psychiatryi (dok.).

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 2: Simon: O gorączce siennej i jej leczeniu. Tumpowski: O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich. S.: Wypożyczalnie sprzętów i przyrządów do pielęgnowania chorych.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 6: Czajkowski: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych. Brudziński: O roli drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt (dok.). Troczewski: Przyczynek do kazuistyki ropni pierwotnych wątroby, pochodzenia nieurazowego (ciąg dalszy).

— *Medycyna* Nr. 6: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6: Kopfstein: Zpráva o 205 operacích průtrže provedených ve veřejné okresní nemocnici císaře Františka Josefa I. w Mladé Boleslavi. Mrazek: O láznich slunečních, a světelných.

— *La Semaine médicale* Nr. 5: Gilles de la Tourette: Zastosowanie metody t. zw. »dawek wystarczających« do leczenia kilku chorób układu nerwowego.

— *La Presse médicale* Nr. 10: Sebileau: Rozliczne postacie posocznicy, pochodzącej z jamy ustnej. Nr. 11: Furet: Leczenie otoku zatoki klinowej, trepanacya obydwóch zatok klinowych przez zdrową zatokę szczękową. Nr. 12: Sersiron: Sanatoryum ludowe w Hauteville.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6: Funke: Przyczynek do całkowitej ekstyrpacyi raków i mięsaków w jamie brzusznej, z uwzględnieniem trwałości wyników. Wilms: Jak działa antytoksyna przeciwtężcowa w tężcu u ludzi? Berndt: Zapalenie okątuicze (*epityphlitis*) i obecny stan jego leczenia. Kromayer: Leczenie wyprysku. Rumpel: Metoda oznaczania punktu zamarzania wogóle z szczególnem uwzględnieniem punktu zamarzania krwi w durze. Witthauer: Gorączka przepuszczająca, jako objaw guza w śródpiersiu. Model: Szkice lekarskie i botaniczne. Reismann: Uproszczona podpora dla macicy, względnie pochwy. Wilde: Uwagi nad artykułem prof. Paula: »O użyciu piasku do prędkiego filtrowania pożywki agarowej.«

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6: Blum: Schorzenia bł. śluzowej nosa, jako choroba zawodu tokarskiego. Lukac's: Obustronne porażenie twarzowe na tle histerycznem. Pendl: Ciała obce w męzkim pęcherzu moczowym. Urbantschitsch: Zapobieganie zapoceniu się zwierciadła przy badaniu jamy nosowo-połykowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6: Meyer: Bakteryologia ostrego zapalenia gośćcowego stawów. Uhlenhuth: Metoda do rozróżniania rozmaitych gatunków krwi, osobliwie przy różniczkowem rozpoznawaniu krwi ludzkiej. Wiesinger: Przypadek skręcenia żołądka z zupełnem zamknięciem wpustu i odźwiernika z następową ostrą martwicą. Wyzdrowienie. Rotschild: Przyczynek do patologii i terapii zbliznowaciałego skurczenia pęcherza moczowego. Adler: Przyczynek do zrozumienia niektórych objawów gośćcowych. Strebel: Bakteryobójcze działanie światła iskry elektrycznej o wysokiem napięciu, oraz nowa ulepszona metoda wyzyskania bakteryobójczej siły światła łukowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6: Behring i Kitashima: O zmniejszeniu lub wzmożeniu odziedziczonej wrażliwości na trucizny. Erlenmeyer: Znaczenie pracy dla leczenia chorób nerwowych w zakładach. Neumann: Przyrząd Tallermana. Zimmermann: Doświadczenia z przyrządem Tallermanna. Blumberg: Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20-go lutego, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Gliński demonstrować będzie preparaty z zakresu anatomii-patologicznej; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawi i omówi przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej u mężczyzny 50-letniego; 3) p. inżynier Ingarden będzie mieć wykład: O wodociągu krakowskim.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 23 Lutego 1901. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O tworach olbrzymich w tkankach gruźliczych [1].

Podał

Dr. Stanisław Droba.

W historyi komórek olbrzymich [2] zarysowują się dość wyraźnie dwa okresy; okres przedprątkowy, sięgający do roku 1882, i okres, rozpoczynający się z rokiem 1882 t. j. z chwilą ogłoszenia przez Kocha odkrycia, rozjaśniającego ostatecznie sprawę etyologii gruźlicy. W początkach pierwszego okresu uważano te twory za coś najzupełniej przypadkowego, wprost za igraszkę natury, nie mającą żadnego znaczenia, dopiero Langhans w pracy swej, traktującej o tworach olbrzymich, która się ukazała w roku 1868, opisał dokładnie główny i najczęstszy typ komórek olbrzymich i uznał je za istotny składnik gruzełka. Następne prace Klebsa, Köstera, E Wagnera, a szczególnie Schüppela poparły zapatrywanie Langhansa i sprawiły, że odtąd zwrócono uwagę na komórki olbrzymie, jako na stałą składową część tkanki gruźliczej i że zespolono te dwa pojęcia tak ściśle ze sobą, iż w tem upatrywać należy przyczynę wybitnego zwrotu w nauce o gruźlicy, jaki w tym właśnie czasie nastąpił. — Skoro komórkę olbrzymią uznano za niezbędną część składową gruzełka, skoro Schüppel wypowiedział nawet zdanie, że komórka olbrzymia daje początek innym pierwiastkom anatomicznym, wchodzącym w skład gruzełka, to nic dziwnego, że wyrobiło się przekonanie, iż rozwiązanie z gadki pochodzenia tych tworów wyjaśni ostatecznie tajemnicę gruźlicy. To też w logicznem następstwie rzeczy zjawia się cały szereg prac, usiłujących wytłómaczyć pochodzenie i znaczenie ich w procesie gruźliczym.

Ze względu na ciasne ramy, jakie zakreśliłem niniejszej pracy, nie będę wyliczał i krytycznie rozbierał rozpraw, w tym przedmiocie ogłoszonych, a poprzestanę na skreśleniu poglądów, jakie się wybiły w tym kierunku na plan pierwszy.

W okresie przedprątkowym zyskało najwięcej zwolenników zapatrywanie Klebsa, Köstera, Aufrechta, którzy utrzymywali, że komórki olbrzymie powstają w naczyniach chłonnych, a punktem wyjścia jest dla nich śródbłonek.

Obok tego zasługuje na podniesienie zapatrywanie Teodora Herynga z Warszawy, według którego tak zwane komórki olbrzymie odpowiadają podług wszelkiego prawdopodobieństwa przecięciu naczyń chłonnych. Drobnoziarnistą zawartość uważa za limfę, skrzepłą pod działaniem płynów, używanych do stwardnienia; komórki — za pierwiastki śródbłonkowe, zmienione skutkiem bujania.

Brodowski utrzymuje, że komórki olbrzymie powstają z nowotworzących się naczyń i to najczęściej z protoplazmatycznych ich zawiązków. Protoplazmatyczne wypustki naczyniowe nie dosięgają wskutek sprawy chorobowej ostatecznego rozwoju, polegającego na przekształceniu się w naczynia, lecz odsznurowując się rosną dalej same dla siebie przez podział jąder i wzrost pierwoszczy, dając w preparatach obrazy najrozmaitszego kształtu komórek olbrzymich.

W okresie drugim, zainaugurowanym przez odkrycie prątka gruźliczego, zapatrywania, co do pochodzenia tworów olbrzymich skupiają się około przedstawicieli dwóch głównie obozów. Szkoła francuska, w której widzimy nazwiska Cornila, Miecznikowa, Yersina, Stschastnego, Welckera, Leraya, Dembińskiego i innych, usiłuje wyprowadzić komórki olbrzymie z leukocytów i to ze zlewania się ich pierwoszczy, a także z podziału wielokrotnego ich jąder, bez podziału pierwoszczy. Niektórzy z nich, jak Miecznikow, Welcker, Yersin usiłują komórkom olbrzymim nadać rolę fagocytów.

Szkoła niemiecka, na czele której stoi Baumgarten, a obok niego Weigert, Podwysocki, Nägeli i inni, wyprowadza komórki olbrzymie z komórek tkanki stałej przez wielokrotny podział jąder, bez podziału ich pierwoszczy. Nieco odmienne stanowisko zajął w ostatnim czasie Kockel, według którego komórki olbrzymie powstają 1) ze szklistego skrzepu, z którego powierzchnią zlepiają się leukocyty i komórki śródbłonkowe, które następnie bujają; 2) przez pęcznienie i zlewanie się komórek śróbłonkowych.

Ilość prac, a jeszcze więcej rozmaitość poglądów na komórki olbrzymie w tkance gruźliczej dowodzą najlepiej, że sprawy za zupełnie wyjaśnioną uważać nie można, i że nawet tak rozpowszechnione zapatrywanie, jak Baumgartena, kryć musi w sobie słabe strony, jeżeli do ostatnich dni zjawiają się rozprawy, usiłujące dać inne w tym przedmiocie wyjaśnienie.

Wyniki moich badań, do których doszedłem na podstawie preparatów, otrzymanych z tkanek zwierzęcych, zakażanych sztucznie prątkiem gruźliczym i badanych w różnych odstępach czasu po zakażeniu ($^1/_2$ godziny — 8 tygodni), oraz na podstawie preparatów, otrzymanych z tkanek gruźliczych stawów ludzkich, doprowadziły mię do poglądu zupełnie odmiennego tak od zapatrywania Baumgartena i jego szkoły, jako też od poglądów badaczy francuzkich.

Z góry zaznaczam, że mam na myśli jedynie twory olbrzymie, spotykane w tkance gruźliczej, których najczęstszy typ opisał wybornie Langhans, a który się odznacza okrą-

[1] Streszczenie pracy, ogłoszonej nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie.

[2] Virchow nazwał twory te komórkami olbrzymimi.

głym lub owalnym kształtem dużego ciała, otoczonego jedno- dwu- lub trzechwarstwowym wieńcem jąder.

Ponieważ nie załączam rycin, oddających obrazy drobnowidowe z moich preparatów, i nie mogę bez ich pomocy dać szczegółowego opisu każdego obrazu z osobna, przeto poprzestać muszę na opisie ogólnym obrazów, które ułożone we wzrastający szereg ilościowych zmian, zmusiły mnie niejako do wyciągnięcia ostatecznych niżej podanych wniosków.

W preparatach z tkanki gruźliczej, wziętej we wczesnych okresach po zakażeniu, uderzają przedewszystkiem zmiany w naczyniach, które dotyczą nie tylko ich ścian, ale także krwi, wypełniającej ich światło. Zmiany te są początkowo we wszystkich warstwach ściany jakościowo równe i polegają na pomnożeniu pierwiastków komórkowych. Zamiast w jednej warstwie, występują komórki śródbłonkowe ścian naczyniowych w dwóch i trzech warstwach, a nawet wypełniają całe światło naczyń krwionośnych i chłonnych. Komórki te występują we wczesnych okresach bardzo licznie i dają się bardzo łatwo odróżnić od krwinek białych (leukocytów) i innych komórek tkanek stałych. Łatwość ta rozróżnienia polega przedewszystkiem na tem, że się widzi ich ścisłą przynależność do warstwy wewnętrznej ściany naczynia, którą one wyścielają, a dalej że mają charakterystyczny kształt one same, a zwłaszcza ich duże bańkowate jądra, które się przedstawiają w preparacie okrągło, więcej lub mniej owalnie, zależnie od przekroju naczynia tak, że na odwrót, po ich kształcie i układzie można z wielką dokładnością ocenić jakość przekroju naczynia. Krwinki białe (leukocyty), które w początkowych okresach występują również bardzo obficie, odbijają bardzo wyraźnie od reszty komórek obrazu, zwłaszcza jeżeli się bada tkankę gruźliczą, braną z królików, gdyż wtedy pierwoszcza ich występuje w postaci pięknych żywo czerwonych ziarnek. — naturalnie jeżeli się preparat podbarwiało jednym z kwaśnych barwików, jak eozyna, fuchsyna kwaśna i t. d. Mam takie preparaty z królików, w których całe pole widzenia jest jakby posypane owemi ziarnami, łudząco podobnemi do gromad koków, które też rozmaici autorowie rozmaicie tłómaczyli.

Leukocyty te spotyka się w preparatach z tkanek ludzkich rzadziej, a z tkanek świnek morskich bardzo rzadko. Inna postać krwinek białych wyróżnia się rozmaitością kształtów jądra, rozpadłego często na kilka ziarn i barwiącego się znacznie silniej od jąder innych komórek.

Komórki śródbłonkowe są jakby napęczniałe, występują w naczyniach, trafionych poprzecznie, w jednej, dwóch a nawet trzech warstwach i otaczają wieńcowato treść naczynia, a więc krwinki czerwone i krwinki białe, odbijające bardzo wyraźnie od otoczenia i występujące w większej liczbie, niż w stanie prawidłowym. W warstwach dalszych ścian naczyń większych widać dużą ilość komórek tkanki stałej, a wśród nich mnóstwo rozrzuconych jąder i ziarn z rozpadłych jąder krwinek białych, które się tu przedostały zapewne wraz z osoczem, wskutek nadwerężenia ściany naczynia, a głównie warstwy śródbłonkowej.

W obrazach dalszych spotykamy zmiany większe. I tak warstwa wewnętrzna ścian naczyniowych traci budowę — granice pierwoszczy komórek śródbłonkowych się zacierają, wskutek czego mamy w miejscu warstwy komórek pas masy bezpostaciowej, jednolitej lub ziarnistej, utkany utrzymanemi jądrami tychże komórek. Zmiany te, ograniczone początkowo do samej warstwy śródbłonkowej, rozprzestrzeniają się na wewnątrz i zewnątrz, wciągając w swój zakres z jednej strony skrzepłą poprzednio krew, a z drugiej pierwoszczę komórek, otaczających bezpośrednio warstwę śródbłonkową, lub tylko ich wypustki, przyczem jądra tych komórek i jądra krwinek białych utrzymują, jako więcej odporne, swe kształty.

Zmiany w warstwach dalszych ścian naczyniowych, o których wspomniałem powyżej, postępują również dalej. W miejscu włókien mięśni gładkich i tkanki łącznej, stanowiących ścianę naczynia, widać współśrodkowo ułożone szeregi komórek o charakterze komórek przybłonkowatych z dużemi pęcherzykowatemi jądrami. Komórki te bądź to ściśle przylegają do siebie i do opisanego pasa bezpostaciowej masy, bądź też łączą się z nim i ze sobą zapomocą wypustek, co zależy od tego, czy zajmują miejsce zbitszych tkanek warstwy środkowej i zewnętrznej ściany naczynia większego, czy też zajmują miejsce luźnej tkanki łącznej, otaczającej naczynie włosowate.

P r z y c z y n ą o p i s a n y c h z m i a n j e s t p r ą t e k g r u ź l i c z y, z n a j d o w a n y w m y c h p r e p a r a t a c h w b a r d z o w i e l k i e j i l o ś c i w w a r s t w i e w e w n ę t r z n e j ś c i a n n a c z y n i o w y c h, a w m n i e j s z e j i l o ś c i w ś w i e t l e i w d a l s z y c h w a r s t w a c h i c h ś c i a n.

Zmiany początkowe, odnoszące się do wszystkich warstw ścian naczyniowych, a polegające na pomnożeniu pierwiastków komórkowych, są wyrazem zadrażnienia; późniejsze zaś, odnoszące się do warstwy wewnętrznej i do treści światła naczynia, są wyrazem pewnego stopnia przemian wstecznych, właściwych działaniu prątka i jego produktów, które W e i g e r t określa mianem „nekrobiozy", prowadzącej ostatecznie do wytworzenia mas serowatych.

Zmiany późniejsze w dalszych warstwach naczynia, polegające na zastąpieniu tkanek *(tunica media et adventitia)* współśrodkowo ułożonemi komórkami o charakterze przybłonkowatym z dużemi pęcherzykowatemi jądrami, są wyrazem z jednej strony odczynu tkanek, otaczających obumierającą masę, z drugiej zadrażnienia, spowodowanego obecnością prątków, znajdujących się tu w małej ilości, a także obecnością rozpadających się krwinek białych i wylanego tu osocza.

Wynikiem przemian wstecznych jest w moich preparatach jednolita lub lekko ziarnista bezpostaciowa masa, w którą się przemienia najpierw wewnętrzna warstwa ściany naczynia i to w różnej szerokości na zewnątrz, a także treść naczyń, a więc krew, skrzepła już poprzednio, o czem świadczą siateczki włóknika, spostrzegane w świetle tych naczyń, w których dopiero część krwi uległa powyżej wymienionej przemianie wstecznej, część zaś zachowała jeszcze dobrze utrzymane kształty swych morfologicznych składników. Przemianom wstecznym ulega przedewszystkiem pierwoszcza komórek, jądra zaś zatrzymują dłużej swój kształt i ztąd widać wśród mas bezpostaciowych jądra komórek śródbłonkowych, krwinek białych, a i komórek przybłonkowatych, sąsiadujących z warstwą śródbłonkową.

Wynikiem zmian w dalszych warstwach naczynia jest tkanka ziarninowa składająca się z komórek różnego kształtu. Wśród nich rozpoznać można często bardzo dokładnie komórki tkanki łącznej, a także komórki mięśni gładkich, jeżeli zmiany nie posunęły się jeszcze zbyt daleko; później komórki te mają charakter komórek przybłonkowatych, duże pęcherzykowate jądra, leżą we współśrodkowych szeregach

ściśle koło siebie, lub łączą się ze sobą zapomocą wypustek. Pierwoszcza komórek, otaczających bezpośrednio warstwę śródbłonkową, jak to już powyżej nadmieniłem, ulega w całości lub częściowo powyżej opisanym przemianom wstecznym.

Przekroje tak zmienionych naczyń dają obrazy tworów, uważanych za komórki olbrzymie.

Rzekoma pierwoszcza, to wynik obumierającej pierwoszczy komórek śródbłonkowych i skrzepłej krwi, wieniec jąder, to utrzymane jądra komórek śródbłonkowych.

Za słusznością wymienionego zdania przemawiają w dalszym ciągu trzy okoliczności: 1) kształt tworów olbrzymich; 2) ułożenie i kształt jąder; 3) obecność i usadowienie prątków gruźliczych w tworach olbrzymich.

Dwie pierwsze okoliczności zależeć powinny: 1) od wielkości średnicy zmienionego naczynia; 2) od ułożenia się ścian naczynia; 3) od przebiegu naczynia i jego rozgałęzień; 4) od kierunku cięcia.

Kształty tworów w moich preparatach odpowiadają powyższym warunkom: twory małe, okrągłe, otoczone kolistym wieńcem jąder, poprzecznie trafionych, odpowiadają poprzecznemu przekrojowi naczynia włosowatego. Twory duże, okrągłe, odpowiadają poprzecznemu przekrojowi naczyń większych, między nimi spotyka się często bardzo charakterystyczne obrazy, odpowiadające poprzecznemu przekrojowi większych naczyń i podłużnemu przekrojowi ich rozgałęzień; kształt i wielkość jąder wieńca poprzecznie trafionego są zupełnie proporcyonalne do wielkości i kształtu jąder rozgałęzień, podłużnie trafionych. Twory owalne odpowiadają skośnemu przekrojowi naczyń. Kształt i układ jąder zgadza się z tem mniemaniem najzupełniej. Inne najrozmaitszego kształtu twory w moich preparatach dadzą się z wielką dokładnością wytłómaczyć kombinacyą przedstawionych powyżej warunków.

Na kształt tworu wpływać może jeszcze samo jego otoczenie, a właściwie rozległość zmian wstecznych. I tak w przypadkach, w których zmiany wsteczne nie przekraczają warstwy śródbłonkowej, mamy twory o wyraźnie obrysowanych granicach; w przypadkach zaś, w których zmiany zajmują sąsiednie komórki, lub ich wypustki, tworzy z wypustkami.

Komórki przybłonkowate tkanki ziarninowej, powstałej z tkanek warstwy środkowej i zewnętrznej naczyń większych, lub z tkanki, otaczającej luźno naczynia włosowate, zachowują stosownie do pierwotnego przebiegu włókien układ współśrodkowy i dają obraz pierwszego okresu gruzełka. Komórki te ułożone są ściśle obok siebie, lub łączą się luźnie ze sobą zapomocą wypustek, dając w drugim przypadku obrazy guzełków siatkowatych dawnych autorów.

Za słusznością wypowiedzianego twierdzenia przemawia, jak to już zaznaczyłem, obecność i usadowienie prątków gruźliczych, które występować powinny głównie na obwodzie tworów, wśród, na wewnątrz i zewnątrz wieńca jąder, a mniej obficie w środku tworów, gdyż w naczyniach występują one rzeczywiście, jak to z moich preparatów wynika, najobficiej w warstwie wewnętrznej ściany naczynia, między komórkami śródbłonkowemi, na zewnątrz i wewnątrz od nich, a bardzo skąpo w środku ich światła. I tak w rzeczywistości jest, a zgadzają się z tem także badania Weigerta, wykazujące, że prątki gruźlicze są rozmieszczone w „komórkach olbrzymich“ na obwodzie — wśród wieńca jąder, a nie w środku, jak twierdzą inni badacze. Za mojem twierdzeniem przemawiają także badania starszych i nowszych autorów. Pomijając inne, chce zwrócić uwagę na pracę Schmausa i Albrechta, którzy w gruzełkach znajdowali masy *„fibrinoidu“*, i to masy występujące wśród komórek przybłonkowatych w różnej formie, a głównie w postaci kanalików. Otóż masy te, a w szczególności owe kanaliki, nie są zdaniem mojem niczem innem, jak rozgałęzieniami naczyń, zmienionych w opisany powyżej sposób, a trafionych najrozmaiciej cięciem. W końcu, ku wzmocnieniu mego poglądu dodać muszę, że jedynie on zdolny jest dać wytłómaczenie charakterystycznego układu jąder, którego ani pogląd szkoły francuskiej, ani pogląd Baumgartena i rozumowanie Weigerta nie są w stanie wytłómaczyć, podobnie jak żadne inne tłómaczenie nie wyjaśnia obecności gromadek dobrze utrzymanych krwinek czerwonych w tworach olbrzymich. Obrazy takie są w mych preparatach bardzo liczne, a niektóre z nich nadzwyczaj charakterystyczne. — I tak, mam obrazy, w których górną część zajmuje bezpostaciowa masa, otoczona półkolem jąder, dolną zaś dobrze utrzymane krwinki czerwone, otoczone łukiem komórek śródbłonkowych, łączącym się z górnem półkolem jąder w zamknięte koło. Patrząc na dolną część obrazu, widzi się naczynie krwionośne, którego górna część uległa przemianie wstecznej; patrząc na górną część widzi się połowę typowego tworu olbrzymiego, powstałego z górnej części naczynia, któreby było w przyszłości uległo w całości takiej samej przemianie Mam takie obrazy, które można uważać tak dobrze za twory, jak za zmienione naczynia.

Kończąc wywody, zaznaczam raz jeszcze, że tłómaczenie moje dotyczy tworów olbrzymich, charakterystycznych dla tkanki gruźliczej, a opisanych dokładnie po raz pierwszy przez Langhansa, a pomija komórki o dwóch, trzech, a nawet czterech jądrach, które mają charakter komórek przybłonkowatych i występują w gruzełku podobnie, jak w każdej innej tkance ziarninowej.

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przypadek ten jest tem ciekawy, że w przeciągu 3ch dni po operacyi wydobycia zaćmy powstał świeży wieniec bardzo wybitnych punktów rdzawych na resztkach zaćmy. Rozpuszczanie się więc żelaza, które tkwiło w gałce, i następowe osadzenie się go w stanie nierozpuszczalnym, następowało tutaj bardzo szybko; działanie więc chemiczne żelaza musiało być silne, a mimo tego ani zapalnego stanu gałki,

ani zwyrodnienia siatkówki w przeciągu przeszło dwuletnim nie wywołało. W miarę wsysania się resztek kory soczewkowej znikały i rdzawe złogi, przynajmniej dla oka, mimo że ciało obce tkwiło w gałce.

Z przebiegu tego przypadku wnoszę, że kawałek żelaza, który się dostał do oka, był zupełnie aseptyczny i zranienie oka bardzo nieznaczne, skutkiem czego oko od samego początku było niezadrażnione. Wpływ chemiczny żelaza wystąpił tutaj tylko w postaci wieńca złogów rdzawych pod torebką soczewki, zaćmiewającej się skutkiem urazu. „Siderosis" była pośrednią.

Przypadek II. Władysław Gerot, l. 23, czeladnik kowalski, ze wsi Podosilno, powiatu przemyślańskiego, zgłosił się do kliniki d. 30 grud. 1899. (N. 24 M. 1899). Wywiady. Dn. 29-go grud. 1899 przy kuciu wpadł mu kawałek żelaza do oka lewego.

Stan obecny: Lo. Gałka przy dotyku bolesna. Mierne nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe. W wewnętrznej połowie rogówki, w południku poziomym, rana pozioma długości 1·50 mm., naprzeciw niej brzeg źreniczny przecięty na szerokość 1 mm; źrenica miernie, szeroka po zastósowaniu atropiny dość dobrze się rozszerza; w miejscu przeciętej tęczówki, znajduje się tylna przyczepina. Tęczówka przekrwiona. Na torebce soczewkowej, naprzeciw ranki rogówkowej, pęknięcie; w tym punkcie miejscowe zaćmienie soczewki w przednich i tylnych warstwach. Obok tego kliny zaćmiewającej się soczewki. Po za soczewką przy oświetleniu ogniskowem widać płatowate, szare, ruchome zaćmienia w ciele szklanem. Wziernik: dno nie prześwieca.

V l. o. palce: 1 m. T = n.

Pole widzenia wogóle nieco ścieśnione z wycinkiem w dole i wewnątrz.

Rozpoznanie: *Vulnus corneae, iridis et lentis, iridocyclitis cataracta traumatica, opacitates corporis vitrei, corpus ferreum in bulbo sinistr.*

Badanie promieniami Roentgena dało wynik ujemny.

Chory nie zdecydował się na wyjęcie żelaza elektromagnesem Hirschberga. Ułożono więc chorego w łóżku i stosowano zapuszczanie atropiny i zimne okłady. Soczewka powoli coraz więcej się zaćmiewała, a skoro pęczniejące jej masy wypełniały $^2/_3$ części przedniej komory, wypuszczono je dn. 1 lut. 1900 cięciem linijnem rogówkowem.

4 marca 1900. V l. palce: 0·75 m. palce: 1·25 m. c + $11_{\cdot 0}$ D. Lo Oko blade. Ranka rogówkowa zabliźniona, dolny jej brzeg lekko zaciemniony. W rankę wrosła torebka soczewki; źrenica szeroka, zasłonięta dość grubą warstwą resztek. Dołem i wewnątrz w źrenicy dwa małe czarne otworki, przez które dno prześwieca różowo, szczegółów, jednak nie widać. Chory na własne żądanie opuszcza klinikę.

27 kwiet. 1900. Chory powtórnie przyjęty do kliniki. Lo. Światłowstręt i łzawienie. Gałka na dotyk w okolicy ciałka rzęskowego bolesna. Nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe mierne. Tęczówka silnie przekrwiona, źrenica zasłonięta grubą błoną wypocinową. Badanie sideroskopem daje dołem, nieco ku nosowi, głęboko w załamku odchylenie igiełki do 100°. Skoro teraz chory zgodził się na operacyę wydobycia żelaza elektromagnesem Hirschberga, wykonano ją dnia 16-go maja 1900 z wynikiem ujemnym. Objawy zapalne ciągle się wzmagały, poczucie światła znikło. Z powodu bólów wykonano dn. 19 czerwca 1900 *enucleatio bulbi sinistr.*

Badanie anatomiczne: Formalina 10% 24 godz. Alkohol. Kształt gałki dobrze utrzymany. W odległości 11 mm. od obrąbka ku dołowi kawałek żelaza (2·10 × 1·0 × 0·35 mm.) leży w ciele szklanem, szaro galaretowatem, tuż na ścianie gałki, w ściany nie wklinowany; przy ciągnięciu jednak kawałka żelaza pincetą czuć opór naciągającego się zrostu między ciałem obcem a ścianą gałki. Od blizny po ranie rogówkowej, zadanej przez ciało obce, ciągnie się po ścianie gałki blizna biało-szara długości 12 mm., szeroka 3 mm; siatkówka w tem miejscu zrośnięta ze ściana gałki. W dalszym ciągu blizny widać po odchyleniu siatkówki podłużną plamę w naczyniówce, parę mm. długą i szeroką, jaśniejszą od otoczenia, odpowiadającą ubytkowi barwika. W środku tej plamy nieregularne cisawe zabarwienie. Bliznę tę przecina skośnie blizna po cięciu twardówkowem, zrobionem w celu wydobycia żelaza elektromagnesem. Ku dołowi, w odległości 8 mm. od końca blizny urazowej, leży ciało obce, zrośnięte ze ścianą gałki; zrost ten jest oddzielnym od blizny w. o. Po za ciałem obcem 3 mm. ku tyłowi i górze widzimy przez siatkówkę po odpreparowaniu nieprzeźroczystego c. szklanego plamę owalną (długość owalu 6 mm.), nieco jaśniejszą od otoczenia, z brzegiem ostro odgraniczonym, tworzącym jaśniejsze kółko. Siatkówka w tem miejscu nie daje się pincetą odsunąć od naczyniówki. W okolicy blizny między siatkówką a naczyniówką znajduje się cienka warstwa galaretowatego, szarego, wiotkiego nacieku. W tylnej części gałki siatkówka wydaje się zgrubiałą, powierzchnia jej pokryta szarym galaretowatym nalotem. Siatkówka lekko odstaje tutaj od ścian gałki.

Badanie drobnowidowe. Preparaty drobnowidowe przeglądał kolega Dr. Krzyszkowski, a za niektóre uwagi, tyczące się opisu zmian drobnowidowych, na tem miejscu serdecznie mu dziękuję. Na odcinku zewnętrznym przekroju pionowego widzimy: rogówka zmian nie przedstawia. Komórka przednia miernie głęboka, wypełniona masą o wejrzeniu jednostajnem, zagęszczoną na obwodzie, barwiącą się hematoksyliną na kolor szaro-niebieskawy; gdzieniegdzie przegląda siateczka włóknika i leukocyty (wypocina surowiczo-włóknikowa). Tęczówka w górnej swej części jest przyrośnięta na obwodzie do tylnej powierzchni rogówki na przestrzeni $^1/_3$ szerokości; brzeg jej wewnętrzny wywinięty ku tyłowi i przyrosły do obfitych mas tkanki ziarninowej młodej z wynaczynieniami, która to tk. ziarninowa obrasta torebkę soczewkową, tworząc po za tęczówką warstwę 2 mm. grubą. Brzeg źreniczny tęczówki od dołu zgrubiały, naciekły, zrośnięty również z tk. ziarninową młodą, wypełniającą źrenicę; na niej znajdujemy liczne grudki czarno-brunatnego barwika w komórkach. Przybłonek ciała rzęskowego przedstawia się prawidłowo. Tuż po za ciałem rzęskowem przybłonek barwikowy siatkówki okazuje lekkie wybujałości. Siatkówka w przedniej części gałki przylega dobrze do naczyniówki, w tylnej części odstaje nieco od niej, (skutkiem stwardnienia). Można wyraźnie odróżnić na niej wszystkie warstwy siatkówki: warstwa czopków i pręcików są przeważnie zniszczone. Tarcza n. wzrokowego we wnęce okazuje lekkie drobnokomórkowe nacieczenie i tu znajdujemy nieliczne ziarnka barwika brunatnego. Przybłonek barwikowy siatkówki wszędzie przylega ściśle do naczyniówki; niektóre jego komórki zawierają mniej barwika i są większe, więcej okrągłe i wystają nieco ku wewnątrz. Z tej części gałki, gdzie leżało ciało obce i gdzie były zrosty siatkówki z naczyniówką, preparatów drobnowidowych jeszcze nie robiłem, w celu zachowania preparatu anatomicznego do demonstracyi.

Z tego anatomicznego badania wnoszę, że ciało obce, przebiwszy rogówkę i soczewkę, biegło po ścianie gałki ku tyłowi, odbiło się następnie od ściany gałki w miejscu, gdzie się kończy blizna urazowa i zaczyna cisawe zabarwienie naczyniówki, idąc ku dołowi i zewnątrz uderzyło o ścianę gałki w miejscu, gdzie siatkówka zlepiona z naczyniówką, tworzy plamę jaśniejszą, a następnie ztąd już nie odbiło się 2-gi raz, bo na to potrzebowałoby bardzo znacznej siły,

ale wolno opadło ku dołowi i ku przodowi i utkwiło w ciałku szklanem, wywołując w tem miejscu zapalenie zlepne. Z badania anatomicznego widzimy, że ciało obce wywołało dość silną reakcyę miejscową; cała droga, którą ciało obce szło, zaznacza się reakcyą zapalną. Obok blizny mamy wypocinę zapalną i zrosty z otoczeniem.

Badanie mikrochemiczne. Najwybitniejsza reakcya błękitu berlińskiego wystąpiła w tk. ziarninowej, wypełniającej źrenicę. Tutaj na tle rozlanego zabarwienia błękitu widzimy intenzywnie niebiesko zabarwione grudki barwika, zawartego w komórkach. Obok tego mamy grudki niebieskie u nasady ciała rzęskowego i na tęczówce w tem miejscu, gdzie jest zrośniętą z tylną powierzchnią rogówki Na przybłonku torebki soczewkowej i ciała rzęskowego nie widać reakcyi. Na przybłonku barwikowym siatkówki również. Preparaty, włożone na 48 godzin do 5% kw. solnego, nie okazują śladu reakcyi Perlsa.

„Siderosis“ więc w tym przypadku jest pochodzenia ksenogenetycznego, co zgadza się z przebiegiem klinicznym, wynaczynień krwi bowiem większych nie stwierdzono. Z badania tego widzimy, że obok tkanki ziarninowej, ciała rzęskowego i tęczówki, nigdzie reakcya nie wystąpiła; mamy tu więc wprawdzie do czynienia ze „siderosis“ pośrednią, ale w nizkim stopniu; zaś zmiany zapalne dość znaczne i te, sądzę, były bezpośrednią przyczyną utraty wzroku. Zmiany te zapalne odnoszą w pierwszym rzędzie do urazu, który zadało ciało obce; uraz najpierw był przyczyną *iridocyclitis*, zaś działanie chemiczne żelaza podtrzymywało później sprawę zapalną. (C. d. n.).

III. *Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie, podał Dr. Rafał Spira.*

(Dokończenie).

Nie należy również odwlekać leczenia chorób nieżytowych i ropnych ucha środkowego. Każdy dzień zwłoki może stwarzać nową przeszkodę dla zupełnego wyleczenia i skoro już przyszło raz do przedziurawienia, zgrubień, zwapnień, zaniku, zabliźnień, zrostów i t. p. zmian w uchu środkowem. to pozostaje już na zawsze mniejsza lub większa utrata słuchu. W innych przypadkach błędnik zostaje następowo naruszony, co zwykle pociąga za sobą nieuleczalną głuchotę. Już Hilde gorzko narzeka, że lekarze nie zwracają dość uwagi na stan uszu w przebiegu płonicy, co często prowadzi do stałej głuchoty a u osób młodszych także do głuchoniemoty. Blau twierdzi, że ciężkie powikłania uszne po płonicy tylko w części zależą od pierwotnej złośliwości sprawy chorobowej zasadniczej, a po największej części mają swoją przyczynę w zaniedbaniu cierpienia usznego. A jakże często zaniedbanie ropienia w uchu przyczynia się do rozszerzania się sprawy chorobowej na sąsiednie części mózgu i następowo do powikłań śródczaszkowych, sprowadzających nieraz i śmierć. Gruber na 40.073 sekcyj stwierdził 1.806 razy, że przyczyną śmierci były sprawy zapalne śródczaszkowe, a między temi ostatniemi naliczył 232 przypadków, w których te choroby powstały w następstwie chorób usznych, t. j. 0·58%, względnie 12·8%. Przytem wyraża Gruber swoje głębokie przekonanie, że w znacznej części przypadków przeoczono związek zaburzeń śródczaszkowych z chorobami usznemi, o których obecności nie miano świadomości. Spostrzeżenia Heimana, oparte na 10.000 chorych na uszy w szpitalach, wykazują śmiertelność z tych chorób 1·38%. Często przewlekły ropotok uszny prowadzi do ogólnych zaburzeń odżywczych, a wreszcie wycieńczenia chorego, wywołującego zwyrodnienie rozmaitych narządów wewnętrznych. Skutkiem połykania wydzieliny ropnej, spływającej przez trąbkę do gardła, może przyjść do samozakażenia ustroju, do różnych chorób dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. W ten sposób choroby uszne mogą podkopywać cały ustrój ludzki, wywierać zgubny wpływ dla rozwoju umysłowego, fizycznego i zagrażać życiu (Heiman.)

A jakże zazwyczaj ogół zapatruje się na choroby uszne? Na nieszczęście można jeszcze często spotkać ludzi, hołdujących smutnym przesądom, że ropienie z ucha jest pożytecznem, gdyż oczyszcza mózg. Inni znowu sprzeciwiają się wyleczeniu tej choroby z obawy, aby się nie przeniosła na inne ważniejsze narządy ustroju, albo też zadowalniają się przestrzykaniem ucha od czasu do czasu rumiankiem, a rzadko tylko zdarza się, że takie dzieci poddaje się energicznemu, systematycznemu i umiejętnemu leczeniu. W ten sposób sprawa chorobowa niszczy coraz więcej ważne części narządu słuchowego i jeżeli nie sprowadza groźnych dla życia powikłań, to z pewnością pociąga za sobą zmiany nie dające się później usunąć, czyniąc głuchotę nieuleczalną. Nawet jeżeli po dłuższem ropieniu wydzielina sama ustaje, to i wtedy zwykle pozostaje nie dające się już poprawić upośledzenie słuchu, bądź przez zniszczenie błony bęb., kostek słuchowych i t. p., bądź też przez rozszerzenie się sprawy chorobowej na błędnik. Doświadczenie poucza, że w niektórych chorobach jak np. w płonicy i in ciężkie zapalenia w uchu mogą przebiegać skrycie i nie wpadać w oczy, a powszechnie wiadomo, że wielu, a może nawet największa część lekarzy praktycznych nie zwraca nigdy uwagi na ucho, jeśli z niego nie płynie ropa. A cóż dopiero mówić o lekarzach, którzy w znacznej liczbie zachowują się obojętnie względem chorób usznych i na których w znacznej części spaść musi odpowiedzialność za lekkomyślność i niedbałość ogółu publiczności w obec chorób narządu słuchowego. Zanadto niestety trafne i uzasadnione są słowa Heimana: „ma się rozumieć, ludzie tacy istnieją i zawsze istnieć będą tacy, dla których powagi i nie bardzo rozległego umysłu wygodniej jest nie zwracać uwagi na to, co się dokoła nich dzieje lub też zamykać oczy na fakta dokonane“. Że tej niedbałości w znacznej mierze przypisać należy nieuleczalność pewnych daleko posuniętych, a w początku lekceważonych chorób usznych, oraz trwałą głuchotę wielu chorych, to nie ulega dziś żadnej wątpliwości. A przecież możnaby często było uchronić chorego od przejścia choroby w stan przewlekły, nieuleczalny i zachować jeszcze to, co nie uległo ostatecznemu zniszczeniu.

„Prevenire é meglio che reprimere nell' ordine fisico come nel morale“ powiada Sormani. Najważniejszem zadaniem jest zatem nie czekać, lecz przystąpić do leczenia choroby zaraz po jej pojawieniu się, gdyż zaniedbaniu takiemu, zwłaszcza w ropnych zapaleniach usznych, często przypisać należy późniejszą głuchoniemotę. Niestety, dopóki lekarze nie wzdrygają się każdą chorobę uszną leczyć bezkrytycznie i szablonowo wkraplaniem olejków, albo parowaniem ucha, dopokąd w ropieniach usznych po płonicy prawią „o niewinnym nieżycie przewodu usznego“, dopóki nie będzie uznaną potrzeba poddawania chorych na uszy fachowemu i specyalnemu leczeniu, jednem słowem dopokąd większość lekarzy i władze tak małą użyczają uwagi tej najmłodszej latorośli chirurgii i jej znaczenia nie uznają, uważając poważne zaburzenia w narządzie słuchowym za „quantite negligeable“, dopóty nie można się spodziewać zwrotu na lepsze ani oczekiwać poprawy na tem polu.

Oprócz leczenia należy także uwzględnić u uczniów stopień bystrości słuchu. Według znanego prawa akustycznego siła głosu zmniejsza się odpowiednio do kwadratu odległości. W tym samym stosunku wzrastać musi natężenie głosu nauczyciela, jeżeli wszyscy uczniowie słyszeć go mają. Według Gellé szerokość 8—9 metrów jest najpożądańszą dla izby szkolnej. Rozumie się, że akustyka jest tem gorszą, im więcej otoczenie szkoły jest hałaśliwe, im cieńsze są ściany pokoju. Narzuca się więc myśl, aby dzieci, którym słyszenie

z odległości 3—4 metrów jest niemożliwe, posadzić bliżej nauczyciela. Gdzie więcej znajdzie się tą wadą dotkniętych uczniów, tam pożądanem jest utworzyć dla nich osobną klasę. U dziecka, które nabyło głuchotę, należy się starać przez stosowne ćwiczenia, żeby nie zapomniało słów już mu znanych, by w ten sposób zapobiedz następowej niemocie. Z skierowaniem do zakładu dla głuchoniemych nie powinno się czekać tak długo, aż dziecko obok słuchu straci także i mowę.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że dla działania wspólnego władz szkolnych i sanitarnych otwiera się świetna perspektywa. Nie posiadamy żadnych wykazów, tyczących się liczby, głuchoniemych, albo wogóle cierpiących na słuch uczniów w szkołach galicyjskich. Z częstości atoli chorób zakaźnych u nas przypuścić należy, że liczby te są bardzo wysokie. A jakieby to było zadanie wdzięczne, gdyby władze galicyjskie zarządziły w pierwszym rzędzie zestawienie statystyczne co do częstości chorób narządu słuchowego w kraju, a następnie systematyczne badanie całej młodzieży szkolnej w celu oznaczenia stopnia bystrości słuchu i obecności chorób, prowadzących do głuchoty; dalszem następstwem byłoby zarządzenie i przestrzeganie odpowiednich przepisów higienicznych względem narządu słuchowego, oraz poddanie dzieci, chorych na uszy, stósownemu leczeniu. Jest to pewnikiem niezbitym, że postępowanie takie przyczyniłoby się dobitnie do zmniejszenia liczby głuchych i głuchoniemych w kraju, względnie w państwie i co za tem idzie, do zmniejszenia niedoli, a do poprawy dobrobytu materyalnego i do podniesienia poziomu moralnego i umysłowego ludności. „Jedynym celem medycyny jest higiena, leczenie powinno zawsze być poparte przez higienę“ (Tommassi). Jest to zadanie tak ważne, tak doniosłe, tak płodne w skutkach i szlachetne w celach, że trudno uwierzyć, jak mogło być do tego czasu zaniedbane. Choroby te powinny w higienie szkolnej odgrywać pierwszorzędną rolę, ważniejszą, a co najmniej równie ważną, jak jaglica. Dalsze zaniedbanie tej sprawy byłoby mojem zdaniem grzechem, popełnionym przez władze wobec społeczeństwa, skuteczna zaś inicyatywa musiałaby pociągnąć za sobą trwałe i błogie następstwa.

Na podstawie tych wywodów pozwalam sobie przedłożyć wniosek do uchwały następującej treści:

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich wzywa władze, ażeby zarządziły: 1) zestawienie statystyczne liczby głuchych i głuchoniemych w kraju, oraz zbadanie przyczyn tego kalectwa i obecnego stanu narządu usznego u badanych. 2) Zbadanie przez władze szkolne i sanitarne wszystkich dzieci szkolnych pod względem bystrości ich słuchu i poddanie chorych na uszy uczniów stósownemu specyalnemu leczeniu.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

H. Schramm. **Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego.** Część I. Lwów, nakładem H. Altenberga 1901.

Pracując od szeregu lat, jako chirurg w szpitalu św. Zofii dla dzieci we Lwowie, miał autor w zupełności prawo do opracowania chorób chirurgicznych, wydarzających się w wieku dziecięcym. Z podjętego zadania wywiązał on się, o ile z ogłoszonej pierwszej części, traktującej o chorobach stopy, podudzia i kolana, wnioskować można, w sposób znakomity. Oparty na rozległem własnem doświadczeniu i na dokładnej znajomości piśmiennictwa, przedstawił rzecz jasno, zrozumiale i zwięźle tak, że po przeczytaniu poszczególnych rozdziałów nabiera czytelnik dokładnego wyobrażenia o obecnym stanie nauki i sztuki lekarskiej, co do poruszonych tam spraw. Liczne ilustracye, zaczerpnięte już to ze znakomitych podręczników, ogłoszonych w językach obcych, już też zdjęte z fotografij pacyentów, operowanych przez autora, jak niemniej tu i owdzie podane historye chorób rzadszych przypadków, ułatwiają w wysokim stopniu zrozumienie przedmiotu. Tu i ówdzie odzywają się głosy, że podobny separatyzm, jak ten, który uwidocznia się w tytule „choroby chirurgiczne wieku dziecięcego“ naukowo nie jest uzasadniony, że można napisać „ortopedyę“, dzieło o chorobach wrodzonych“ i t. p., ale że nie leży w interesie nauki, by n. p. odróżniać stłuczenia i złamania u dzieci, od tychże cierpień u dorosłych. Nie tu miejsce, by przytaczać argumenta, przemawiające za tem twierdzeniem, lub przeciwko niemu; nie myślę też wchodzić w jego naukowe uzasadnienie; ze stanowiska praktycznego musimy przyznać, że np. złamania kości u dzieci szybciej się goją i nieraz innego wymagają leczenia, niż u dorosłych. Lekarz praktyczny, chcąc się w danym razie szybko poinformować, ma przez podobny „separatyzm“ znacznie ułatwioną oryentacyę, — a o ile z ogłoszonej części dzieła wnosić mogę, pisał autor swą książkę głównie dla lekarzy praktycznych.

Strona zewnętrzna dzieła przedstawia się wcale okazale i przynosi chlubę ruchliwej firmie nakładcy. *Trzebicky.*

V. Wyciągi.

Waldvogel. **O zachowaniu się punktu marznięcia krwi w przebiegu duru brzusznego.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 46, 1900). Podczas epidemii duru w Getyndze badał autor punkt marznięcia surowicy krwi chorych na dur brzuszny, którą otrzymywał w celu wykonania reakcyi Widala. Do oznaczeń punktu marznięcia nie używał przyrządu Beckmanna, lecz urządzenia prostszego, jakiem się posługiwał Dreser do oznaczania punktu marznięcia moczu, a które się składa z probówki szerokiej, umieszczonej w naczyniu z lodem, z probówki drugiej węższej, wsuniętej zapomocą kauczuku do probówki szerszej i ciepłomierza $^1/_{100}$ cz. stopnia. Do probówki węższej wlewa się około 5 ctm.^{3} surowicy, zanurza w niej całkowicie naczyńko ciepłomierza, który powinien być tak w rurce na kauczuku przymocowany, aby nie dotykał ścian rurki. Surowicę otrzymuje z krwi żylnej, którą chwyta do probówki wyjałowionej, przepłokanej nadto wodą, wyskokiem i eterem. Krew tę trzyma na lodzie przez 2×24 godzin, poczem oddziela surowicę, która przedstawia się bezbarwnie; słabe zabarwienie żółtawo-czerwone nie wpływa ujemnie na wynik oznaczenia. W razie potrzeby należy surowicę rozcieńczyć wodą; w takim wypadku naturalnie mnoży się wartość otrzymaną dla Δ przez stopień rozcieńczenia. Otrzymane wyniki zestawił autor w tablicach. Tablica I wykazuje, że wartość dla Δ jest znacznie wyższą od punktu marznięcia surowicy krwi prawidłowej (0·54—0·58), gdyż wynosi od 0·54—1·68; dalej wykazuje tablica, iż najwyższe wartości dla Δ spotykamy u ozdrowieńców, najniższe zaś zbliżone są do wartości prawidłowej u chorych z bardzo ciężkim przebiegiem duru, względnie śmiertelnym. Tablica wykazuje również, iż wysokość wartości Δ niezależną jest od stopnia gorączki, ani od chyżości tętna, ani ilości oddechów. Zważywszy, iż punkta marznięcia u chorych na dur są częstokroć znacznie wysokie, nie możemy ich również odnieść do zagęszczenia krwi, gdyż taka n. p. wartość $\Delta = 1·11$ odpowiadałaby zagęszczeniu równającemu się utracie 48% wody we krwi. Druga tabliczka wykazuje, iż zwiększenia Δ nie możemy tłómaczyć zatrzymaniem we krwi produktów spalenia, niewydzielonych przez nerki, powodujących napady mocznicowe *(uraemia)*, które bywają powodowane nie tyle ilością, lecz jakością istot trujących, we krwi zatrzymanych. Tablica III potwierdza tłómaczenia wyników tablicy II: wykazuje ona, iż nie ma związku między wartością Δ dla surowicy, a także wartością dla moczu; również brak związku między ilością moczu, ilością chlorków, azotu i pojawiającego się chlorku w moczu. W tabl. IV porównuje autor punkta marznięcia surowicy z odczynem Widala i jakkolwiek nie znajduje stanowczo związku między wartością Δ a stopniem aglutynacyi, to jednak z niektórych liczb zdaje się przecież zachodzić związek. Okoliczność tę należałoby stwierdzić i wykazać liczniejszemi i ściślejszemi, w tym kierunku przeprowadzonemi badaniami. Również w tabl. V, w której autor porównuje pojedyncze składniki surowicy (NaCl, N i alkaliczność) z wartością Δ, nie udało się wykazać związku tych czynników, prawdopodobnie, jak sam autor twierdzi, z powodu małej liczby i braku dokładniejszej obserwacyi. Z dotychczasowych badań dochodzi autor do wniosków, że: 1) nie każde podwyższenie punktu marznięcia surowicy stoi w związku z przypadami mocznicowymi; 2) w durze brzusznym zdaje się istnieć związek między powiększeniem się punktu marznięcia, a sprawą tworzenia się anty-

toksyn; 3) jeżeli wartość dla Δ leży niewiele ponad prawidłową, a poniżej 0·7, wtenczas jest rokowanie dla przebiegu duru niepomyślne.

Lemberger.

Baumgart: **O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnej.** *(Deutsch. med. Wochensch.* Nr. 2, 3, 1900). Nakłócie jamy brzusznej przy zapaleniu gruźliczem otrzewnej nie sprowadza wyleczenia, usuwa tylko chwilowo płyn, nagromadzony w jamie brzusznej i przez to przynosi choremu ulgę. Jedynie laparotomia obiecuje całkowite wyleczenie tak przy zapaleniu otrzewny z wydzieliną, jak i bez niej. Przy wykonywaniu laparotomii poleca autor małe cięcie w powłokach, poniżej pępka, gdyż i przy takiem cięciu cel leczniczy będzie osiągnięty, a im rana mniejsza, tem mniejsze pole do zakażenia i mniejsza możliwość powstania następowej przepukliny. Pierwszeństwo przed laparotomią brzuszną przyznaje B. laparotomii pochwowej *(Kolpocoeliotomia posterior)* dlatego, że operacyę tę, jak każdą operacyę przez pochwę, chore znoszą lepiej, niema tak znacznego zapadu po operacyi, czas rekonwalescencyi jest krótszy i przyjemniejszy dla chorych, nadto przy operacyi tej mogą być równocześnie usunięte schorzałe części dodatkowe.

Po oczyszczeniu należytem pochwy i założeniu wzierników, chwyta B. przednią i tylną wargę macicy i unosi możliwie najwyżej ku przodowi, aby przez to napiąć jak najsilniej tylne sklepienie, oczyszcza ponownie pochwę i otwiera cięciem poprzecznem zatokę Douglasa; jeżeli otwór jest za mały, dodaje małe cięcia z boków. Chcąc zatamować krwawienie z przeciętych naczyń drobnych, przyszywa tymczasowo otrzewnę do pochwy. Tylko w przypadku bardzo silnych zrostów w jamie Douglasa operacya ta daje wynik ujemny i w tych tylko przypadkach radzi odrazu przejść do laparotomii brzusznej. *P.*

Sippel. **Uwagi nad gruźlicą kobiecego narządu płciowego, oraz otrzewnej.** *(Deutsch. med. Wochen.* Nr. 3, 1901). W gruźlicy narządów płciowych oddziela Sippel gruźlicę macicy od gruźlicy części dodatkowych. W gruźlicy macicy radzi leczenie zachowawcze tak długo, jak długo chora miesiączkuje, bo macica miesiączkująca jest na gruźlicę więcej odporna, niż po ustaniu miesiączki. W gruźlicy trąbek radzi, o ile tylko siły chorej pozwalają, wykonać operacyę radykalną, bo zmiany w trąbkach mogą sprowadzić gruźlicę otrzewnej, a nawet drogą naczyń krwionośnych i chłonnych gruźlicę całego ustroju.

Wpływ leczniczy laparotomii brzusznej w gruźlicy otrzewnej nie tłómaczy S. ani samym wpływem powietrza według twierdzenia Nolena, ani powstaniem surowicy leczniczej (Gatti), ani powstaniem przekrwienia (Hildebrand), tylko działaniem wszystkich tych czynników razem. Przy otwarciu jamy brzusznej powstaje pod wpływem powietrza miejscowe przekrwienie, skutkiem tego gromadzi się surowica lecznicza, która następnie rozchodząc się po otrzewnej, częściowo przez powietrze już uodpornionej: działa leczniczo. *P.*

Pagenstecher: **Dalszy przyczynek do chirurgii serca. Podwiązanie zranionej tętnicy wieńcowej.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 4, 1901). Autor opisuje następujący przypadek: 30-letni robotnik ugodził się sztyletem w zamiarze samobójczym w okolicę serca. W pół godziny po wypadku przyjęty został na oddział P. Badanie wykazało: w 4 lewym przestworze międzyżebrowym, w odległości 1 cm. od brzegu mostka, poziomo przebiegającą, na 1½ cm. długą ranę. Rana ta zupełnie nie krwawi. Oddech wolny, spokojny. Badanie płuc nie wykazuje nic szczególnego. Uderzenie koniuszka sercowego nie wyczuwalne. Stłumienie serca znacznie powiększone, tony ciche, czyste. W następnych kilku godzinach występuje gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego: tętno staje się niewyczuwalnem. Wobec tego operacya. Znieczulenie eterowe. Utworzenie płata skórno-mięśniowo-kostnego z 4 i 5 chrząstki żebrowej z podstawą od strony mostka, (sposób Ninniego). Podwiązanie tętnicy przymostkowej. Tkanka śródpiersia obficie naciekła krwią. Serce pracuje niemiarowo. Pole operacyjne ustawicznie bywa zalewane strumieniem krwi, wydobywającym się z rany w osierdziu, leżącej na wysokości 6 żebra. Ranę tę rozszerzono na 5 cm. Po wymaczaniu znacznej ilości krwi pienistej, znajdującej się w worku osierdziowym, okazuje się, że źródłem krwotoku jest lewa tętnica wieńcowa *(ramus descendens)*, zraniona na wysokości około 5 cm. powyżej koniuszka sercowego. Wobec tego, że założenie kleszczyków w celu podwiązania naczynia okazało się nie wykonalnem, okłóto tętnicę, poczem krwotok natychmiast ustał. Brzegi rany w osierdziu na obu końcach zbliżono, śródpiersie wytamponowano, płat ustalono kilkoma szwami w położeniu pierwotnem. Z razu przebieg operacyjny był dosyć zadowalniający. W dalszym ciągu wystąpiło lewostronne zapalenie opłucnej. Wśród zapadu chory zmarł w 6 dniu po operacyi. Sekcya wykazała: *Pericarditis fibrinoso-purulenta exsudativa. Pleuritis fibrinosa exudativa sinistra. Atelectasis lobi inferioris sinistri. Dilatatio et hypertrophia cordis. Myocarditis parenchymatosa degenerativa adiposa. Nephritis parenchymatosa et interstitialis chronica.*

W przypadku tym sam zabieg, o ile miał na celu zatamowanie krwotoku, dopisał w zupełności. Niepomyślny wynik przypisać należy jedynie przyłączającym się powikłaniom. Podnieść jednakowoż należy, że zranienie opłucnej podczas operacyi mogło się przyczynić do wystąpienia sprawy zapalnej w opłucnej, a tem samem stworzyć ostateczną przyczynę śmierci. Byłoby to już winą sposobu Ninniego, który w tym przypadku, z powodu szczególnych warunków (znaczne powiększenie serca) zupełnie nie ułatwiał dostępu do serca. W przyszłości zamyśla P. użyć w podobnym przypadku sposobu własnego pomysłu. (Sposób polega w zasadzie na uniesieniu ku górze płata, utworzonego z mostka i części przyczepów żeber i rozdzielenia pasm tkanki, łączących osierdzie z tylną powierzchnią mostka. Autor nazywa powyższy przyczynek „dalszym", w uwzględnieniu pracy swej w *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 32, 1899, w której opisuje przypadek rany kłótej lewej komory, leczonej operacyjnie z pomyślnym wynikiem. *(rzjp. sprawozd.).*

Urbanik.

Wolf. **Przypadek drgawek u ciężarnych.** *(Klin. therap. Wochen.* Nr. 3, 1900). Autor opisuje przypadek drgawek porodowych, zakończony wyleczeniem; dotyczył on pierwiastki zupełnie zdrowej, u której wieczorem wystąpił pierwszy napad z zupełną utratą przytomności, a której dopiero dnia następnego rano udzielono pomocy, zatem rodząca pozostawała przez godzin 10 bez opieki i leczenia. Bezpośrednio po wezwaniu autora nastąpił dobrowolny poród dziecka nieżywego, 8-miesięcznego. Po ukończeniu porodu zastosowano zawijania Jayneta; w pierwszym dniu połogu pojawiły się jeszcze dwa napady, podano 0·01 morfiny; 5go dnia powróciła przytomność, a 18go opuściła zakład zupełnie wyleczona. *P.*

A. Grossglik (Łódź). **Doświadczenia nad działaniem protargolu w rzeżączce części przodowej cewki moczowej.** *(Monatshefte für praktische Dermatologie,* Nr. 3, 1901). Neisser zaleca gorąco wstrzykiwanie protargolu w rozczynie ¼% w pierwszych dniach rzeżączki, przechodzi potem wkrótce do 1% rozczynu i to kilka razy dziennie (3—6) przez 5 minut, a jeden raz w ciągu dnia przez pół godziny lub dwa razy dziennie przez 15 minut, albo 3 razy przez 10 minut. Są to tak zwane wstrzykiwania przedłużone. Po pewnym czasie przechodzi do środków ściągających, prócz nich jednak używa przez czas dłuższy wstrzykiwań z protargolu jednorazowo dziennie przez pół godziny. Doświadczenia bakteryologiczne z protargolem przeprowadził Benario i stwierdził, że protargol nietylko zabija rychło drobnoustroje, ale zadziałać może i w głąb, a Ruggles i Kreissl chwalą ten lek, nazywając go „antigonorrhoicum par excellence". Już mniej zachwala go Finger; twierdzi on wprawdzie, że działanie protargolu jest bardzo korzystne, ale nie zawsze; aby uzyskać dobry wynik, bardzo często uciekać się trzeba do leków ściągających i przeciwgnilnych, a w leczeniu rzeżączki przewlekłej, zdaniem jego, — niema protargol najmniejszej wartości. Według spostrzeżeń Fourniera, lek ten działa dobrze i na pewno tylko w pierwszej rzeżączce, w drugiej i następnych działanie jego wątpliwe. Desnos podnosi łagodne działanie leku, Frank i Budugow również wyrażają się o nim korzystnie. Natomiast Lohnstein nie zachwyca się protargolem; według jego zdania działa on lepiej niż argomina i argentamina, ale gorzej od azotanu srebrowego. Podobnie Massé, Tarnowski i Berg; ten ostatni gani ten lek z powodu drażniących własności protargolu, a Kleinmann spostrzegał częste powikłania: Tipcew spostrzegał, protargol wprawdzie że prędko usuwa dwoinki z wydzieliny, ale wracają one, u jednych chorych prędzej, u drugich później (w jednym przypadku w 32gim dniu po zaprzestaniu leczenia).

Na skąpym materyale, co autor sam zaznacza, i to z prywatnej praktyki (zaledwie 22 chorych, — z których u 6ciu nie badano drobnowidowo wydzieliny) oparł autor swe zdanie o leczniczej wartości protargolu. Z tych 22 chorych 13 miało rzeżączkę ostrą, a 9 podostrą. Wyniki nie były bardzo zachęcające. Autor podnosi, że tak zwane przedłużone wstrzykiwania na sposób Neissera w praktyce prywatnej trudno przeprowadzić, a co do działania ich na przebieg choroby, to raczej szkodzą, niż pomagają: w przypadkach o przebiegu ostrym w 13tym, 17tym, 20tym i 26tym dniu leczenia znajdował obfitą ilość dwoinek, a nawet raz w 38ym dniu, choć w mniejszej ilości. Lepsze wyniki miał w rzeżączce podostrej: to znachodził dwoinki w 6tym, 16tym i 17tym dniu leczenia. Jeżeliby one rzeczywiście poraz ostatni pojawiały się w wydzielinie we wspomnianych terminach, to przeciętnie trzeba na ich zniszczenie 20½ dni; nie można więc twierdzić, jakoby protargol miał jakieś szczególniejsze zdolności niszczenia dwoinek w krótkim czasie.

Omawiając spostrzeżenia kliniczne w leczeniu rzeżączki protargolem, przyznaje autor, że podmiotowo chorzy doznają rychło

ulgi i to nawet w przypadkach bardzo ostrej rzeżączki, ale tylko po zastosowaniu słabych rozczynów protargolu; w rozczynach mocniejszych drażni on błonę śluzową, ilość wydzieliny się zwiększa, mocz skutkiem tego mętnieje, podmiotowe objawy się wzmagają, pod drobnowidem stwierdzić można obfite ciałka ropne obok przybłonków. Po zaprzestaniu wstrzykiwań w tym czasie ilość wydzieliny zmniejsza się szybko, jak również ilość ciałek ropnych w obrazach drobnowidowych, przybłonki utrzymują się czas dłuższy z powodu łuszczenia się odradzającej się warstwy nablonkowej. Sam protargol — według autora — niewystarcza do wyleczenia rzeżączki; do tego trzeba użyć leków ściągających. To dodatkowe leczenie trwa, według zestawienia jego przypadków, w rzeżączce ostrej najmniej 17, — najdłużej 84 dni; w podostrej 15 i 96, — przeciętnie 50 dni. Z pomiędzy 13 przypadków rzeżączki ostrej, leczonej protargolem, wystąpiły w 6 przypadkach powikłania, — a mianowicie sprawa przeniosła się na część tylną, — w jednym z tych przypadków wystąpiło zapalenie przyjądrza już po odstawieniu protargolu; w przypadkach rzeżączki podostrej powikłania ani razu się nie przydarzyły.

Na podstawie spostrzeganych przypadków wypowiada autor swój sąd o wartości leczniczej protargolu: 1) w słabych rozczynach można go użyć z korzyścią już w pierwszych dniach choroby, rozczyny silniejsze drażnią bardzo błonę śluzową; 2) niszczy dwoinki Neissera, ale nie prędzej od innych, używanych w tym celu leków; 3) korzystne działanie słabych rozczynów protargolu polega nietylko na własności przeciwgnilnej, lecz także ściągającej tego leku; 4) nie chroni przed powikłaniami, zdaje się jednak, że występują one mniej często, niż przy użyciu innych leków; 5) do wyleczenia rzeżączki trzeba, po skończonem leczeniu protargolem, użyć środka ściągającego; 6) nie skraca czasu leczenia; 7) nie można go uważać za „antigonorrhoicum“ w ścisłem tego słowa znaczeniu. *Dr. Żydłowicz.*

Götz. **Przyczynek do leczenia drgawek u dzieci.** *(Klin. therap. Woch.* Nr. 2, 1901). W nagłych przypadkach drgawek oddawało autorowi poniżej opisane postępowanie bardzo dobre usługi: dziecko otrzymuje w pierwszym rzędzie obfitą lewatywę (1—1½ l.) z rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, następnie drugą z ciepłego roztworu 0,5—1,5 wodnika chloralowego, poczem następuje pełna kąpiel gorczyczna, którą się przyrządza w następujący sposób: do przygotowanej już ciepłej (26°—28°R) wody wrzuca się dwie garści mączki gorczycznej, którą się miesza, i wsadza się do kąpieli dziecko, w której ono pozostaje tak długo, aż skóra pocznie się rumienić. Uważać przytem należy, by woda nie dostała się do ócz. Dziecko, wyjęte z kąpieli, owija się ciepłą flanelą i dobrze przykrywa; — zwykle natychmiast występują poty i spokojny sen. W razie ponownego pojawienia się drgawek należy tę kąpiel kilka razy powtórzyć. *Dr. Henryk Pisek.*

C. Hofmann. **W jaki sposób można najlepiej uzyskać głęboki, regularny i spokojny oddech z początkiem usypiania chloroformowego?** *(Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 3, 1901). Jednym z najważniejszych warunków dobrego prowadzenia uśpienia chloroformowego jest jednostajne doprowadzanie pary środka usypiającego i utrzymywanie stałego stosunku między ilością dopływającej pary chloroformowej a ilością równocześnie wdychanego powietrza. Najtrudniej zadość uczynić temu warunkowi z początkiem usypiania. Gdy bowiem chory broni się przed wdychaniem chloroformu przez chwilowe wstrzymanie oddechu, znajdujący się na masce chloroform w chwilach pauzy oddechowej nie dostaje się do dróg oddechowych, tylko paruje na zewnątrz, wskutek czego dowóz środka usypiającego staje się niejednostajnym. Chcąc wpływać na tor oddechania, musimy się uciec do współdziałania ze strony usypianego. Celem uzyskania regularnego i spokojnego oddechania, każemy choremu głośno i powoli liczyć. Sposób ten jednakowoż często zawodzi z powodu tego, że chorzy, u których liczenie nie wymaga najmniejszego zastanowienia się ani wysiłku umysłowego, recytują liczby mechanicznie zwykle bardzo szybko i ani na chwilę nie odwracają swej uwagi od położenia, w którem się znajdują, wskutek czego oddech staje się niejednostajnym i powstaje silne, dla przebiegu zasypiania wcale nie obojętne psychiczne pobudzenie.

Autor używa sposobu wcale dowcipnego i bardzo prostego. Każe liczyć chorym wstecz od szeregu liczb i to co najmniej setek (n. p. 200). Ponieważ wymawianie liczb większych jest trudniejszem i więcej wymaga czasu, przeto uzyskuje się za każdym razem oddech między wypowiedzeniem pojedynczych liczb. Liczenie w porządku odwrotnym wymaga zawsze pewnego zastanowienia się, wskutek czego usypiany liczy powoli, a kierując znaczną część swej uwagi ku zachowaniu porządku w wymienianiu liczb, daje się usypiać ze spokojnym umysłem. *Urbanik.*

Kitai. **W sprawie Neisserowskiego różniczkowego barwienia prątków błonicy.** *(Jeżeniedielnik żurnała »Prakticz. Medic«.* 1900, Nr. 43). Celem rozróżnienia prątka błoniczego od rzekomobłoniczego, autor, zamiast podanego przez Neissera błękitu metylowego octowego, wymagającego specyalnego przygotowywania, zaleca zwykły wodno-wyskokowy rozczyn błękitu metylowego: podbarwianie wezuwiną uskutecznia autor w sposób podany przez Neissera. Prątki błonicze, barwione w ten sposób, mają nie różnić się niczem od barwionych sposobem Neissera; barwienie zaś to jest ułatwione dzięki temu, iż nie potrzeba przygotowywać specyalnego barwika, gdyż wodno-wyskokowy błękit metylowy ma szerokie zastosowanie w zakładach, choćby dla podbarwiania preparatów z prątkami gruźliczymi; podobnie, jak przy metodzie Neissera, prątki rzekomobłonicze w ten sposób nie barwią się podwójnie. *Dr. Gliński.*

Józef Langer. **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ropne, wywołane przez prątek grypy (influenzy). Nakłucie lędźwiowe. Wyleczenie.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 53, L. I. 1901). Z rozpoznaniem „meningitis grippalis“ należy być według Leichtensterna bardzo ostrożnym, gdyż grypa, jako taka, przez działanie jadów, lub też przez przekrwienie opon mózgowych, daje obraz chorobowy, bardzo zbliżony do zapalenia mózgu, względnie opon mózgowych — tak, że w tych przypadkach lekarze francuzcy wprowadzili nazwę „form pseudomeningitique de la grippe“. Autor przedstawia przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych u dziecka 9-letniego, wywołane przez prątki grypy, wyleczony przez nakłócie lędźwiowe Quinkego, — przyczem wypuszczono 8 cm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego ropnego, w którym wykazał przy pomocy hodowli prątki grypy. Po dokonanem nakłóciu nastąpił przełomowy spadek ciepłoty i szybki powrót dziecka do zdrowia. Przypadek wyżej spisany, jakoteż przypadek ogłoszony przez Slawycka z kliniki Heubnera, a dotyczący dziecka 9-ciomiesięcznego, wskazują według autora, iż nakłócie lędźwiowe działa leczniczo, a w przypadkach wątpliwych rozpoznawczo. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Pawiński i Adelt (Warszawa). **O stosowaniu heroiny w przypadkach zaburzeń w krążeniu.** (*Die Heilkunde* Nr. 1, 1900). Po należycie uzasadnionych wskazaniach, tyczących się stosowania narkotyków w wadach krążenia w ogólności, i po przeprowadzeniu licznych doświadczeń, dochodzą autorowie do następujących wyników: 1) najlepsze skutki wystąpiły w tych przypadkach wad zastawkowych serca i tętnic, które się wytworzyły na tle gośćcowem, lub miażdżycowem, (w zaburzeniach małego krążenia były wyniki mniej pomyślne), 2) również korzystnie działała heroina w przypadkach miażdżycy tętnic u osobników starych, a równoczesne podawanie przetworów jodu potęgowało działanie heroiny; 3) w przypadkach schorzenia mięśnia sercowego można zauważyć zmniejszenie się duszności i kaszlu, — to samo można powiedzieć o cierpieniach narządu oddechowego, wreszcie 4) w przeczulicy żołądkowej, połączonej z wymiotami i bolesnością, heroina usuwała te objawy. Postać i sposób podawania tego środka bywały rozmaite: — w proszkach, kroplach, mieszankach, pigułkach, czopkach i podskórnie. Rozpoczynano zwykle od 0·005 chlorku heroiny, powiększając nie rzadko dawkę do 0·006—0·008, a nawet 0·01 dla osiągnięcia pomyślnego działania. Do wstrzykiwań podskórnych używano 2% rozczynu w ilości 0·25—0·50 cm³ (¼—½ strzykawki Pravatza), odpowiadający 0·005—0·01 heroiny. W przypadkach choroby Basedowa, przy rozpoczynającem się zniesieniu wyrównania, podano heroinę w połączeniu z naparstnicą, chininą, arsenem, według następujących wzorów:

Rp. Pulv. Digitalis 1·50—2·00	*Rp. Pulv. Digitalis 1·50—2·00*
Chinin. muriat. 2·00	*Heroini muriat. 0·06—0.10*
Heroini muriat. 0·06—0·10	*Acid. arsenic. 0·03—0·06*
Pulv. et extr. Liquirit. 9. 5.	*Pulv. et extr. Liquirit. 9. 5.*
ut fiant pill. Nr. 30	*ut fiant pill. Nr. 30.*
S. 3—4 pig. dziennie	*S. 3—4 pig. dziennie.*

Dr. Henryk Pisek.

Müller (Berlin). **Doświadczenia z przetworami żelaza.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 51, 1900). Wyniki tych doświadczeń dadzą się streścić w następujący sposób: 1) żelazo nieorganiczne, podawane zwierzętom, u których wywołano sztuczną niedokrewność, podnosi ogólną ilość hemoglobiny; 2) takie samo żelazo, ale nie w postaci żrącej, wprowadzone do ustroju drogą krwi, bywa wessane; wreszcie 3) żelazo nieorganiczne działa pobudzająco na czynność szpiku kostnego. *Dr. Henryk Pisek.*

Fersan jest środkiem dyetetycznym żelazistym, powiększającym liczbę podobnych, jakie się pojawiły w ostatnim dziesiątku lat i znalazły zastósowanie w lecznictwie. Fersan otrzymał Dr. A. Jolles z krwinek krwi wołowej. Krwinki oddziela się przy pomocy centryfugi i działa na nie zgęszczonym kwasem solnym z zachowaniem pewnych ostrożności. Działaniem kwasu wydziela się związek białkowy zasadowy i odczepia od związku białkowego kwaśnego *(acidalbumin)*, który zawiera całą ilość żelaza i kwasu fosforowego. Ten ostatni produkt stanowi t. zw. „Fersan". Fersan przedstawia proszek barwy czekoladowo-brunatnej, smaku słabo słonego; w wodzie jest rozpuszczalny; roztwór przy zagotowaniu nie strąca się. Według rozbioru, przeprowadzonego w c. k. powszechnym Zakładzie do badania środków spożywczych w Wiedniu, 100 cz. fersanu zawierają: wody 11·91%, popiołu 4·59%, kwasu fosforowego 0·123%, tlenku żelazowego 0·3724%, chlorku sodowego 3·83%, azotu 13·315% (w tem 13·1022% N — białkowego, a 0·2128% N — amidowego): związek ten zawiera zatem 81·89% białka. Fersan wolny jest od związków alloksurowych i innych produktów wstecznej przemiany materyi. Zdolności wchłaniania żelaza do ustroju przy użyciu fersanu wykazał Winkler w doświadczeniach na zwierzętach. Mianowicie wykazał zwiększenie wydzielania się żelaza w wątrobie i śledzionie; wobec tego zaś, iż sok żołądkowy na fersan nie działa, przypuszcza wspomniany autor, że wchłanianie tego środka ma miejsce dopiero w jelitach. Wartość odżywczą fersanu wykazał Kornauth w doświadczeniach nad wymianą materyi u ludzi; wyniki tych doświadczeń były zadowalniające. Wobec tych dodatnich wyników fizyologicznych przystąpiono do stosowania tego przetworu w przypadkach patologicznych. I tak Silberstein *(Therap. Monatshefte*, Juli, 1900) stósował fersan w przypadkach niedokrewności w początkowym okresie kiły, w okresie trzeciorzędnej kiły, jak również w przyp. niedokrewności, spowodowanej krwotokami macicznymi, badając w szczególności w kierunku na odsetkową ilość hemoglobiny, ilość krwinek i ciężar ciała. Doświadczenia jego wykazały, iż po stósowaniu przez czas dłuższy fersanu zwiększa się bardzo znacznie odsetkowa ilość hemoglobiny, ilość krwinek i zwiększa się ciężar ciała. Podobne wyniki otrzymał, stosując fersan u dzieci, dotkniętych dziedziczną kiłą, krzywicą i niedokrewnością u zolzowatych. Również jako środek odżywczy nadaje się fersan po przebyciu chorób zakaźnych, jak n. p. płonicy, odry, krztuśca i dorównuje w działaniu somatozie. Dorosłym podaje się 3—6 łyżeczek kawowych dziennie, jakkolwiek i większe ilości bywają znoszone bez następstw. Autor nadmienia również, iż nigdy nie zauważył jakichkolwiek objawów przykrych, jak uczucia trętwienia zębów, zaburzeń w przewodzie pokarmowym, biegunek i innych, jakie tak często się pojawiają wśród podawania innych przetworów żelazistych.

Również Stein *(Fortschritte der Medic.* tom XVIII, 1900, Nr. 40), zachęcony wynikami innych autorów, stósował skutecznie fersan u dorosłych (15 przypad.) i u dzieci (12 przyp.). U chorej z błednicą, u której odsetkowa ilość hemoglobiny wynosiła 30% (Fleischl), ilość ta powiększyła się po 7-miotygodniowem podawaniu fersanu (dawka 30—40 g. na dzień) do 85%.

Także Fölkel donosi w artykule: *„Klinisch-therap. Versuche mit Fersan". — (Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 44, 1900), iż po podawaniu przez czas dłuższy fersanu, zwiększa się u chorych znacznie ilość hemoglobiny we krwi, ilość krwinek i ich zawartość w żelazo, jak nie mniej ciężar ciała. Zmian niepożądanych i następstw ze strony przewodu pokarmowego nigdy nie zauważył i uważa fersan za środek, odpowiadający wszelkim wymaganiom.

Dr. Lemberger.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Protokół z posiedzenia w dniu 23 stycznia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Przed odczytaniem protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący dziękuje kolegom za wybranie go prezesem Towarzystwa. Ta jednomyślność i zgoda, z jaką go wybrano, jest zdaniem kol. prezesa zapowiedzią zgody w łonie Towarzystwa, przez co i praca wyda obfite plony, czego mu też z całego serca życzy.

Mowę przyjęto oklaskami.

Protokół z ostatniego posiedzenia, odczytany przez zeszłorocznego sekretarza kol. Drobę, przyjęto bez zmiany.

Uchwałę komitetu, by kwotę 200 złr., przyznaną przez Radę miasta Krakowa dla urządzenia nocnych dyżurów lekarskich, z powodu, że do urządzenia ich nie przyszło, zwrócić Radzie miasta z narosłym odsetkiem i z wezwaniem, by kwotę tę ofiarowano Towarzystwu ratunkowemu, — przyjęto jednomyślnie.

Kol. doc. Lemberger zawiadamia, że komisya przemysłowo-lekarska uchwaliła do polecenia Towarzystwu lekarskiemu:

1) kapsułki żelatynowe wyrobu Zabradnika z *Guajacolum valerian.* à 0·10 i *kreosot valerianum* à 0·10.

Uchwalono jednogłośnie.

2) wyskok Perlbergera syna z Wieliczki, noszący nazwę »Alcohol Pasteurisé Extra neutres«

Kol. prof. Bujwid żąda, by właściciela pouczono, że szumna nazwa, nadana alkoholowi, niema sensu i żąda zmiany tej nazwy.

Kol. doc. Seńkowski sprzeciwia się polecaniu przez Towarzystwo takich wyrobów, jak alkohol, gdyż jest dużo fabryk, wyrabiających również dobry alkohol, a Towarzystwo wyrobów ich nie poleca. Wyrabia się w ten sposób niezasłużoną reklamę dla jednej fabryki kosztem innych. Jeśli Towarzystwo takie wyroby jak alkohol będzie polecać, to wkrótce dojdzie do tego, że będziemy polecali higieniczne bułki, higieniczne wędliny i t. d.

Kol. Bier zaznacza, że miał sposobność przekonać się o lichych wyrobach wspomnianego fabrykanta, który właśnie z powodu fałszowania ich niejednokrotnie wchodził w kolizyę z kodeksem karnym — wyrobów jego zatem popierać nie należy.

Przy głosowaniu uchwalono jednomyślnie wnioski kolegów: Seńkowskiego i Biera.

Na członków Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów z Krakowa: Stanisława Gólskiego i J. Zeitnera.

Kol. prof Browicz miał wykład na temat: »Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki«?

Na podstawie odmiennego barwienia się pasemek między komórkami wątrobnemi, a barwienia się komórek wątrobnych w wątrobach, w których kanaliki żółciowe w wielu miejscach były otwarte, po części próżne, po części żółcią wypełnione, dalej na tej podstawie, że komórki wątrobne, które w stanach chorobowych wątroby często zupełnie się wydzielają, są izolowane i nie widać wtedy śladu tak zwanej ektoplazmy, wypowiedział prelegent w lutym 1900 (posiedzenie Towarz. lek.) zdanie, iż wbrew ogólnemu zapatrywaniu kanaliki żółciowe międzykomórkowe posiadają własne ścianki i tworzą wśród zrazika wątrobnego odrębną, samoistną siatkę.

Na podstawie dalszych badań potwierdza prelegent to zdanie i stanowczo twierdzi, iż taka odrębna, samoistna siatka istnieje. Prelegent potwierdza również powtórnie zdanie, w lutym 1900 wypowiedziane, iż kanaliki żółciowe międzykomórkowe stykają się bezpośrednio z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, co i w pracy o patogenezie żółtaczki (»Przegląd lekarski" 1900) podnosi. Do obrazów, podanych w lutym 1900, dodaje prelegent nowy stanowczy dowód. Granica dostrzegalności linii lub punktów materyalnych jest ograniczona. Linie i punkta materyalne poniżej 0·0002 mm. są dla nas niewidzialne. Dostrzegalność ich zależy również od ich odległości od siebie. Dlatego też nie widzimy w normalnym stanie mięśnia serca granic komórek, beleczkę mięsną tworzących. Musimy je sztucznie uwydatniać. W stanie chorobowym występuje dopiero na jaw substancya kitowa i jej budowa pręcikowata wskutek napęcznienia pojedynczych wypustek nitkowatych komórki mięsnej i nagromadzenia się cieczy pomiędzy wypustkami. Dostrzegalność linii materyalnych w tkankach zależy także od ich grubości i wzajemnej odległości. Do warunków koniecznych normalnej funkcyi tkanek należy normalny stan komórek, normalne krążenie krwi i limfy, normalne unerwienie, a wreszcie i normalny ścisły związek elementów tkanki pomiędzy sobą, związek ich organiczny, co prelegent w pracy o rozczłonkowaniu zrazików wątroby z naciskiem podniósł. (»Nowiny lekarskie« i »Archiwum« Virchowa 1897). Związek organiczny elementów tkanki może być naruszony, rozluźniony, począwszy od minimalnych stopni, zaledwie mikroskopem dostrzegalnych, aż do stopnia rozluźnienia tak znacznego, iż własności fizyczne, makroskopowe tkanki ulegają zmianie widocznej. Taki ścisły związek organiczny, niejako zlepienie, istnieje pomiędzy ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych a komórkami wątrobnemi, pomiędzy ściankami kanalików żółciowych międzykomórkowych a komórkami wątrobnemi, niemniej w pewnych kierunkach pomiędzy ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych, a ściankami kanalików żółciowych śródzrazikowych. Związek ten w patologicznych stanach tkanek bywa często naruszony a w wątrobie spotykamy oddzielanie się ścianek naczyń włoskowatych, krwionośnych i kanalików żółciowych

od komórek wątrobnych jako też od siebie, nadto w przypadkach, gdy komórki wątrobne wytwarzały nadmiar żółci, znajdujemy kanaliki żółciowe śródzrazikowe otwarte, próżne, częścią żółcią wypełnione. W takich właśnie przypadkach znalazł prelegent u człowieka odcinki siatki, jako też pojedynczych kanalików żółciowych izolowane, zupełnie oddzielone od reszty elementów tkanki, obraz, który stanowi niewątpliwy dowód słuszności zdania dawniejszych autorów, a pomiędzy nimi Dr. Peszkego, którzy twierdzili, iż kanaliki żółciowe międzykomórkowe posiadają własne ścianki, a czemu dzisiaj wszyscy histologowie przeczą. Obrazy te stwierdzają również słuszność wniosków co do istnienia odrębnej, samoistnej siatki kanalików żółciowych śródzrazikowych, wysnutego przez prelegenta w roku ubiegłym tylko na podstawie odmiennego barwienia się pasemek między komórkami wątrobnemi a barwienia się komórek wątrobnych w wątrobach, w których kanaliki żółciowe w wielu miejscach były otwarte, po części próżne, po części żółcią wypełnione.

Tam, gdzie kanaliki żółciowe są próżne a ścianki ich, które dotąd prelegent widział jako złożone ze substancyi bezpostaciowej, zapadłe, przylegające do siebie, przedstawiają się one w postaci włókien, gdy komórki wątrobne się rozstąpiły, lub też na pozór substancyi kitowej, o której pisze np. Renaut.

Z wykrycia przez prelegenta przed 1 laty istnienia struktury substancyi kitowej w mięśniu serca, uważanej przedtem za bezpostaciową, na materyale chorobowo zmienionego mięśnia serca, z wykrycia przez prelegenta szeregu szczegółów wśród zrazika wątrobowego i w komórce wątrobnej (ta sama zasada granicy dostrzegalności odnosi się także do kwestyi dostrzegalności przewodów, kanalików, przestworów, wakuol, a więc i śródkomórkowych stałych kanalików, dróg, które próżne są niedostrzegalne a stają się dostrzegalne, gdy są napełnione, a więc rozszerzone), a teraz ze stwierdzenia istnienia niewątpliwego własnych ścianek kanalików żółciowych międzykomórkowych i to wszystko na materyale chorobowo zmienionej tkanki, wysnuwa prelegent wniosek, iż szczegóły te świadczą, jaką wartość przedstawiają obrazy patologicznie zmienionej tkanki dla histologii i fizyologii, gdy sama natura delikatniejszą ręką, aniżeli zwykle w histologii używane metody wydzielania elementów tkanek, rozdrabniania mechanicznego, macerowania, działania chemicznego, odsłaniaszczegóły niedostrzegalne lub bardzo trudno, niejako przypadkowo, wykazać się dające, a jednak w rzeczywistości istniejące.

(Praca szczegółowa umieszczona w publikacyach Akademii Umiej. w Krakowie).

Kol. prof Dr Hoyer zaznacza, że prelegent w dzisiejszym odczycie zmienił swe zapatrywanie dawniejsze na istotę ściany naczyń włoskowatych żółciowych i zapytuje, jakie jest kryteryum, pozwalające prelegentowi odróżnić zapadłe i puste kanaliki żóciowe od granic komórkowych, przyjmujących podobną barwę i wejrzenie; dalej prosi o wyjaśnienie, czy prelegent spostrzegał przejście pomiędzy ściankami najdrobniejszych naczyń żółciowych a grubymi przewodami, posiadającymi zarówno, jak drobne kanaliki, swoje własne ściany? W końcu zwraca uwagę, że Ebner wygłosił w ostatnich czasach nowe poglądy na budowę mięśnia sercowego.

W odpowiedzi kol. prof. Hoyerowi prelegent zaznacza, iż w niczem nie zmienił zapatrywania swego dzisiaj a przed rokiem. Prelegentowi tak w pracy, przed rokiem przedstawionej, jako też dzisiejszej, chodziło, co zresztą tytuły wskazują, o wykazanie, czy ściany kanalików żółciowych międzykomórkowych mają własne ścianki, czy też nie, i jaki jest ich stosunek do naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych, a które to kwestye dzisiejsi histologowie inaczej pojmują, aniżeli dawniejsi badacze, jako też prelegent. Stwierdzenie istnienia odrębnych ścianek kanalików żółciowych międzykomórkowych na podstawie odmiennego barwienia się cytoplazmy komórek wątrobnych i linii, pasm międzykomórkowych, jako też na podstawie obrazów przez samą naturę bez użycia jakiejkolwiek sztucznej metody izolowanych kanalików żółciowych międzykomórkowych, to był temat, którym się prelegent zajmował Wnioski, jakie prelegent w roku przeszłym tylko na podstawie barwienia wysnuł, były więc słuszne i zapatrywanie w obu pracach jest więc zupełnie zgodne, to samo. Trzeba więc było naprzód stwierdzić, czy odrębne ścianki istnieją, a dopiero teraz, gdy o tem wiemy, można się zająć kwestyą, z czego te ścianki są złożone; dlatego też kwestyę budowy ścianek kanalików żółciowych traktował i traktuje prelegent mimochodem kilkoma słowy. Według biuletynów Akademii Umiejęt. (styczeń i listopad 1900), według protokółu z posiedzenia Tow. lekar. (luty 1900) powiedział i powiada prelegent, iż w ściankach kanalików żółciowych nie dostrzegł dotąd struktury i widział je złożone z substancyi bezpostaciowej, dodaje zaś, iż uważa za możebne, iż ścianki te złożone są z komórek. Nie wypowiedział więc prelegent żadnego stanowczego zapatrywania. Powstawanie i rozwój ścian kanalików żółciowych międzykomórkowych muszą być badane na materyale z płodów (biuletyn Akademii, listopad 1900), prelegent stwierdził dotąd jedynie wątpliwą, a przez dzisiejszych histologów odrzuca kwestyę istnienia odrębnych kanalików żółciowych międzykomórkowych w wątrobie już wykształconej dorosłego człowieka.

Pojęcie bezpostaciowości t. j. braku struktury substancyi kitowej wogóle i n. p. ścianek cewek nerwowych zachwiane, Waldeyer (Kittsubstanz und Grundsubstanz, Epithel und Endothel. Archiv f. mikr. Anatomie 1900) odrzuca dotychczasowe pojęcie substancyi kitowej i przyjmuje na podstawie badań różnych autorów, iż t. zw. substancye kitowe posiadają pewną strukturę. Bizzozero na ostatnim zjeździe anatomów w Pawii podał, iż ścianki (tunicae propriae) cewek nerkowych posiadają strukturę. Co się nam dotąd jako bezpostaciowe, bez struktury wydawało, okazuje się jako posiadające strukturę. Prelegent nie może i dzisiaj a priori odrzucić możliwości powstawania ścianek z komórek, gdy się uwzględni, iż kanaliki żółciowe śródzrazikowe tworzą sieć zamkniętą, zupełnie odrębną, samoistną, niezależną od komórek wątrobnych, sieć, zupełnie analogiczną z siecią naczyń krwionośnych, włoskowatych śródzrazikowych, a budowę tychże dokładnie znamy dopiero od niedawna, a i w kwestyi budowy ścian naczyń krwionośnych śródzrazikowych, w porównaniu z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi tak grubych, istnieją jeszcze kontrowersye. Ranvier, Renaut, Kupffer uważają ściany naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych jako pokład syncytyalny, a prelegent na podstawie łatwego oddzielania się w stanach chorobowych komórek ściennych, za złożone z oddzielnych rozgraniczonych komórek.

Na pytanie jakie jest kryteryum pozwalające prelegentowi odróżniać zapadłe i puste kanaliki żółciowe od granic komórkowych, odpowiada prelegent, iż możebne tu jest stanwczo na podstawie całego szeregu obrazów przejściowych, na których n. p. kanaliki żółciowe międzykomórkowe występują jako linie jednolite w całym swym przebiegu jako linie jednolite w jednej tylko połowie części, w drugiej już jako kanalik wyraźny, próżny lub żółcią napełniony; na podstawie obrazów w jednoszeregowych pasmach komórek wątrobnych, w których w jednem miejscu linia międzykomórkowa jednolita w środkowej swej części okazuje światło kanalika, poprzecznie przeciętego, a najbliższa linia międzykomórkowa w tem pasmie jednoszeregowem przedstawia się jako wyraźny próżny kanalik, rozpięty pomiędzy oboma po bokach pasma jednoszeregowego komórek wątrobnych leżącemi naczyniami krwionośnemi, włoskowatemi w środkowej części, którego także widać światło kanalika żółciowego, niejako prostopadle do poprzecznego kanalika żółciowego przebiegającego. Możebnem to dalej na podstawie takiegoż samego barwienia się linii międzykomórkowych i ścian otwartych, próżnych kanalików żółciowych międzykomórkowych, których istnienie wobec obrazów izolowanych kanalików żółciowych nie podlega teraz wątpliwości, wreszcie na podstawie faktu, w patologicznych stanach wątroby często spotykanego, iż nie sztucznie lecz przez samą naturę izolowane komórki wątrobne, postaciowo doskonale utrzymane, nie okazują w preparatach zabarwionych rąbka gęściejszego, ciemniej lub też inaczej zabarwionego, tak zwan. ektoplazmy.

Przejście bezpośrednie ścianki kanalików żółciowych międzykomórkowych w ścianki grubszych kanalików żółciowych śródzrazikowych, śródbeleczkowych, bardzo dokładnie widać; ułatwia tę obserwacyę fuksynowe zabarwienie ścianki.

Docent Siedlecki zapytuje, jak prelegent wyobraża sobie połączenie kanalików żółciowych międzykomórkowych z wakuolami wśród komórki.

Docentowi Siedleckiemu odpowiada prelegent, iż szczegół, który Doc. Siedlecki poruszył, t. j. czy ścianki kanalików żółciowych międzykomórkowych wnikają w komórkę ku t. zw. wakuolom wydzielniczym, a względnie kanalikom żółciowym śródkomórkowym, jest bardzo ważny Rozwiązanie jego zmieniłoby jeszcze bardziej pojęcia nasze o strukturze komórki, ale na rozwiązanie tej kwestyi może

jeszcze długo czekać nam wypadnie. Prelegent ma obrazy, które na tę kwestyę rzucają niejakie światło, ale nie uważa je jeszcze za pewne, nie zyskał dla siebie tej pewności, by mógł je już teraz przedstawić. Prenant (La notion cellulaire et les cellules trachéales Extrait du Bulletin des séances de la Société des sciences de Nancy. Communication faite à la Société le 1. Mars 1900) przytacza trzy gatunki komórek, które posiadają drogi, kanaliki odżywcze t. j. komórki nerwowe, tchawkowe i wątrobne (»Mais dans ces derniers temps Browicz et Holmgren par l'observation directe, c'est à dire en écartant, la cause d'erreur qui avait pu vicier l'interprétation du fait découvert par Adamkiewicz, rétrouvèrent non seulement dans les cellules nerveuses, mais encore dans les cellules hepatiques, soit des vaisseaux sanguins veritables, soit du moins (Browicz) des canaux intracellulaires, nourriciers qui sont en relation directe avecle systême circulatoire) i zastanawia się, czy kanaliki śródkomórkowe odżywcze posiadają ścianki, któreby były, jak to co do komórek nerwowych n. p. Holmgren, a co do komórek tchawkowych różni autorowie twierdzą, dalszym ciągiem ścianek naczyń zewnątrzkomórkowych, z zewnątrz w komórkę wnikających i skłania się do tego, iż ścianki kanalików śródkomórkowych są wyrazem rodzaju dyferencyacyi cytoplazmy, a nie wnikają od zewnątrz w komórkę (autoreferat).

Zapowiedziany wykład kol. Żydłowicza z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Drugie posiedzenie Wydziału Towarzystwa Samopomocy odbyło się w dniu 17 b. m. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, który na wstępie zawiadomił, że kolega Dr. Władysław Ściborowski złożył na jego ręce na cele Towarzystwa list zastawny Tow kredyt. z. Nr. 41860 Ser. III wartości 200 koron. Uchwalono jednogłośnie wystosować od Wydziału list dziękczynny za ten hojny dar. Przewodniczący rozdzielił pomiędzy członków Wydziału 34 wnioski, które dotychczas wpłynęły, celem dokładnego przestudyowania ich i zreferowania na jednem z następnych posiedzeń. Następnie zdali sprawę przewodniczący i skarbnik ze swych kroków informacyjnych w sprawie asekurowania się w krakowskiem Towarzystwie Ubezpieczeń za pośrednictwem Towarzystwa Samopomocy. Towarzystwo Ubezpieczeń udzieliło z wielką gotowością wszelkich objaśnień, oświadczając, że zgodziłoby się chętnie, aby Towarzystwo Samopomocy przyjęło rolę akwizytora, wskutek czego uzyskałoby pokaźny dochód na swe cele z prowizyi w wysokości 2%. Nad tą sprawą wywiązała się obszerna dyskusya, w której zabierali głos Dr. Kohn, Schoengut, Trzebicky, Słapa i przewodniczący. Uchwalono wreszcie w tej sprawie wniosek Dr. Kohna, aby powierzyć zebranie odpowiednich materyałów, wybadanie ogółu Kolegów zapomocą kwestyonaryusza, rozesłanego do wszystkich lekarzy i opracowanie rachunkowe całego projektu — ankiecie, złożonej z 3 członków Wydziału. — Polecono sekretarzowi, aby przesyłał stale krótkie sprawozdania z posiedzeń Wydziału do *Przeglądu lekarskiego*. — Uchwalono zawiadomić osobnem pismem Tow. lekarskie krakowskie i lwowskie, oraz obie Izby galicyjskie, szląską i bukowińską o zawiązaniu się i ukonstytuowaniu Towarzystwa. — W końcu rozpoczęto dyskusyę nad treścią odezwy, wzywającej ogół lekarzy do przystąpienia do Towarzystwa. — Z powodu spóźnionej pory uchwalono załatwić ostatecznie tę sprawę na przyszłem posiedzeniu, które ma się odbyć za tydzień. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie* sekretarz.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 4 lipca 1900 r.

Przewodniczący: Kol. Festenburg. — Członków obecnych 5; gość 1.

1. Kol. Mars przedstawia chorą, u której wykonał całkowite wycięcie sromu zewnętrznego z powodu *Kraurosis vulvae*. Skutek po tym zabiegu jest zupełny. Rana zgoiła się przez rychłozrost, tylko w prawej wardze sromowej powstał guz krwawy, mimo że przy operacyi krwawienia nie było.

2. Kol. Mars przedstawia dalej dwie chore ze zmianami patologicznemi w miednicy kostnej: jedną z *Kyphosis lumbo-sacralis*, drugą z rozpoznaniem *Spondylolisthesis* w małym stopniu. Prelegent zwraca uwagę na trudności rozpoznania w takich razach i przytacza przykłady z piśmiennictwa.

W dyskusyi przemawiają koledzy: Skałkowski, Kwiatkiewicz i prelegent.

3. Kol. Kośmiński omawia niezwykły przypadek położniczy. Chora z miednicą miernie zwężoną (*conj. ext.* 17 ctm.) odbyła dwa pierwsze porody siłami przyrody, trzeci z pomocą kleszczy, przy czwartym zaś doznała pęknięcia macicy. Po przywiezieniu jej na klinikę ukończono wówczas poród za pomocą wymóżdżenia i zaszyto potem drogą brzuszną ranę macicy, sączkując gazą jodoformową od strony pochwy i powłok brzusznych. Teraz zgłosiła się chora ta znowu z ciążą 8-miesięczną i zgodziła się na wykonanie cięcia cesarskiego po donoszeniu do prawidłowego kresu ciąży. Gdy jednak czynność porodowa wystąpiła już w kilka dni potem, wybrał prelegent drogę pochwową w celu rozwiązania rodzącej, rozszerzył bliznowate zwężenia w pochwie, wykonał obrót i wydobył wśród znacznego oporu przy wytaczaniu główki płód omdlały, którego docucić nie zdołano. — Kol. K. sądzi, że postępowanie to było dla chorej bezwarunkowo najkorzystniejsze, a także ze względu na płód usprawiedliwione, gdyż zdolność jego do życia była w tym czasie ciąży w każdym razie wątpliwa. Wobec zmienionych przez poprzednie pęknięcie macicy stosunków, cięcie cesarskie byłoby w tym przypadku zabiegiem bardzo ciężkim, który tylko w celu ratowania życia donoszonego płodu dałby się był usprawiedliwić.

W dyskusyi oświadcza kol. Mars, że byłby w tym przypadku przecież zdecydował się na cięcie cesarskie

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

Posiedzenie z dnia 7 listopada 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Członków obecnych 9; gości 3.

1. Kol Bocheński przedstawia chorą z *moluscum fibrosum* wielkości gruszki w prawej wardze sromowej większej. Chora była przed kilku laty operowana z powodu podobnego guza w tem samem miejscu, możebnem więc jest, że przy pierwszej operacyi pozostawiono cząstkę nowotworu, który odtąd urósł do dzisiejszej wielkości.

W dyskusyi podnosi kol. Mars rzadkość takich nowotworów i zastanawia się nad możliwą genezą guza.

Kol. Łukasiewicz przypuszcza, że guz ten wychodzi ze skóry, podobnie, jak to i w innych miejscach bywa.

Kol. Bocheński zaś uważa że najprawdopodobniejsze, że wyszedł on z wiązu okrągłego macicy. Sprawę tę rozstrzygnie dopiero badanie drobnowidowe.

2. Kol. Łukasiewicz mówi na zaproszenie Wydziału: »O leczeniu kiły wstrzykiwaniem 5% sublimatu — ze względu na kobiety«.

W dyskusyi przemawiają koledzy: Strojnowski, Skałkowski, Kośmiński, Mars i prelegent.

3. Kol. Sołowij demonstruje preparaty trzech miednic kostnych: Jedna z nich ma wszystkie znamiona rozmiękczenia kości. Należała ona do osoby, która przybyła na klinikę z porodem zaniedbanym; w dłuższy czas po odejściu wód płodowych i po wykonaniu cięcia cesarskiego w sześć dni zmarła na zapalenie otrzewny. — Druga ogólnie, jednostajnie zwężona, pochodzi od chorej, która okazywała wybitny *habitus masculinus*. Przybyła ona swego czasu na klinikę z *haematometra*; wówczas wykonano laparotomię i wytworzono sztuczną komunikacyę tak, że chora opuściła klinikę w stanie znacznie polepszonym. Po roku jednak powstała na nowo *haematometra*, chora powróciła do zakładu w stanie rozpaczliwym i zmarła wkrótce po wykonaniu *extirpatio uteri*. Trzecia miednica jest typowo płaską.

W dyskusyi przemawia kol. Mars.

Sekretarz: *Dr. Kwiatkiewicz.*

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1900.

Przewodniczący: kol. Festenburg. — Obecnych członków 10.

1. Kol. Sołowij przedstawia chorą po wyjęciu prawej nerki, o której mówił obszernie na posiedzeniu z d. 14 lutego 1900. Przebieg

pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; osoba ta ma się obecnie całkiem dobrze. — Dalej przedstawia drugą chorą, u której wykonano laparotomię: przed ośmiu laty wyjął kol. Cercha w Krakowie tą drogą torbiel jajnikowy; przed dwoma laty wykonał prelegent drugą laparomię z powodu takiegoż nowotworu po drugiej stronie, a na wiosnę 1900 przybyła chora znowu na klinikę z guzem w tylnem sklepieniu, który powodował znowu krwotoki. Wykonano więc w czerwcu po raz trzeci laparotomię i wydobył torbiel pozaotrzewnowy.

W dyskusyi podaje prelegent na zapytanie kol. Kośmińskiego, że dopiero po trzeciej operacyi, przy której szyto katgutem, uzyskano w powłokach bliznę, która dotąd dobrze trzyma.

2. Kol. Sołowij demonstruje preparat *carcinoma portionis in gravida* w 6-tym miesiącu ciąży. W przypadku tym wykonał prelegent *extirpatio uteri per vaginam* z zmienioną techniką operacyjną. W pierwszym swoim przypadku używał klamer, które mogą jednak sprawiać trudności przy wydobywaniu płodu. Dlatego stosował tym razem trakcyę i dopiero potem podwiązał więzadła. Krwawienia nie było. Najważniejszą rzeczą są tu pewne narzędzia.

W dyskusyi przyznaje kol. Kośmiński tej metodzie teoretyczną racyę.

3. Kol. Sołowij wygłosił następnie odczyt: »W sprawie leczenia pęknięcia macicy podczas porodu.« Prelegent podaje nasamprzód statystykę szkoły położnych we Lwowie z ostatnich trzech lat, podług której wydarzyło się na około 3000 porodów, osiem pęknięć macicy. Z tych było 6 dobrowolnych, a tylko dwa spowodowane obrotem, wykonanym po za zakładem przy zaniedbanych porodach. Jako niezwykły opisuje S. dokładniej przypadek dobrowolnego pęknięcia dna macicy, które wystąpiło po ośmiogodzinnej pracy porodowej u osoby z miednicą płaską (c. v. $9^1/_2$ cm.), młodej i dobrze odżywionej, która przedtem 2 razy zupełnie dobrze rodziła żywe dzieci. Co do leczenia, to stosowano w 4 przypadkach tamponadę, dwa razy wykonano laparotomię i zeszyto macicę, a raz wyjęto macicę przez pochwę. (Jeden przypadek nie rozpoznany *in viva* z powodu braku objawów pozostał bez leczenia). Tylko dwie z tych chorych pozostały przy życiu: jedna *ruptura incompleta*, leczona tamponadą i jedna *ruptura completa* po laparotomii i zeszyciu macicy. Uwzględniając ten własny materyał omawia prelegent najnowsze zapatrywania co do leczenia pęknięcia macicy podczas porodów i konstatuje, że wyniki są dotychczas bardzo nie świetne, czego powód leży prawdopodobnie w tem, iż przypadki te są zwyczajnie już zakażone.

W dyskusyi zaznacza kol. Mars, że w wyborze sposobów leczenia należy każdy przypadek indywidualizować, a oceniając poszczególne metody, odliczyć przedewszystkiem przypadki już zakażone, jako stracone. Wobec faktu, że brzegi rany maciczniej są zawsze mniej lub więcej zmiażdżone, należałoby je przed zeszyciem każdym razem odświeżyć.

Kol. Skałkowski sądzi, że w wyborze sposobu leczenia rozstrzyga raczej krwotok, gdyż pytanie czy zakażenie już nastąpiło w obec świeżego przypadku, nie da się zawsze rozstrzygnąć.

Kol. Kośmiński uważa każdy przypadek za zakaźny, który oprócz operatora ktoś inny jeszcze badał. Ważniejsze jeszcze, jak zmiażdżenie macicy, są spustoszenia w otoczeniu rany: radzi więc zawsze sączkować a zaszywać powłoki brzuszne po laparotomii, tylko w wyjątkowych razach.

Kol. Sołowij stwierdza, że oddawał przedtem pierwsze miejsce laparotomii, dzisiaj jednak wybrałby wobec przypadków zakaźnych drogę pochwową. *Dr. Kwiatkiewicz*, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Boas (Berlin): *Symptomatologia, rozpoznanie i kliniczny przebieg »colitis membranacea«*. Cierpienie to występuje najczęściej (80—90%) u kobiet, u których istnieją także zmiany w położeniu narządów brzusznych, zagięcia i zrosty jelitowe; może ono być albo samoistne, albo powikłane z innemi zmianami w kiszce grubej. Znamienną cechą tej choroby są twory błoniaste, odchodzące z wypróżnieniami, połączonemi często z kolką jelitową: nie mniej znamiennym objawem większości przypadków bywa nawykowe zaparcie stolca naprzemian z biegunką, mogące trwać całymi miesiącami, a nawet latami. Dołączają się do tego przypadłości ze strony układu nerwowego i zaburzenia w odżywieniu, jako następstwo upośledzonego łaknienia. Rozważywszy więc powyższe objawy, a wykluczywszy *colitis membranacea artificialis*, która się pojawia bardzo często po wlewaniach rozczynów ściągających (garbnik, octan ołowiowy i t. d.), rozpoznanie łatwo ustalić. Cierpienie to jest przewiekłe i zależy wielce od stopnia zwiotczenia jelit.

Pierwszy koreferent Mannaberg (Wiedeń): Należy odróżnić nieżyt błoniasty (*enteritis membran.*) od kolki śluzowej (*colica mucosa*). Pierwszy jest cierpieniem nieżytowem jelita grubego, często się pojawiającem, o przebiegu podostrym lub przewlekłym, przyczem wypróżnienia zawierają wiele śluzu, — przeciwnie znów *colica mucosa* bardzo rzadko się pojawia i znamionuje się gwałtowną bolesnością brzucha, występującą napadowo, połączoną z odchodami mas śluzowych. Każda z tych dwóch chorób jest dla siebie cierpieniem odrębnem. Patogeneza pierwszego jest ta sama, jak nieżytu jelita grubego w ogólności: natomiast kolka śluzowa wytwarza się na tle ogólnej neurastenii lub histeryi, wobec czego można ją uważać za nerwicę kiszek, której objawy (napady bolesności) bywają wywoływane przedewszystkiem przez schorzenia narządu rodnego, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, następnie skutkiem przewlekłego zaparcia stolca lub drażniących wlewań, wreszcie jako następstwo ustrojowego schorzenia jelit. Anatomia patologiczna nie wykazała dotychczas nic istotnego co do kolki śluzowej.

Drugi koreferent Matthieu (Paryż): W przebiegu *colite mucomembraneuse* istnieje z reguły kurczowe zaparcie stolca, biegunka jest zwykle następstwem powikłania. To cierpienie występuje w całej pełni u osób nerwowych, okoliczność, którą leczenie winno uwzględnić; dlatego autor zaleca szczególniej olej rącznikowy, wysokie wlewania i wilczą jagodę; wszystkich zaś innych środków, któreby mogły podnieść siłę wydzielniczą błony śluzowej lub powiększyć kurcz ścian jelitowych, należy unikać. Olej rącznikowy podaje się zrana w małych dawkach naprzemian z lewatywami ($1^1/_2$—$2^1/_2$ l.) o małem parciu i wolno stosowanemi, ogrzanemi do ciepłoty 40°. Wlewania kiszkowe (woda + salicylan sodowy lub dwuwęglan sodowy) uśmierzają drażnienie i kurcz jelitowy, sprowadzają wypróżnienie, nieraz bardzo obfite; nadto zaleca mówca usilnie cieple kąpiele i takież zmywania.

Dyskusya. Langenhagen (Plombières) sądzi, że obok głównej postaci, znamionującej się zaparciem stolca, można przyjąć drugą, połączoną z stałą biegunką; znalazł bowiem 32 takich przypadków na 600 spostrzeganych: w 9 zaś przypadkach na 100 znalazł kamienie jelitowe.

Dieulafoy (Paryż) roztrząsa związek, zachodzący między *enterocolitis mucosa*, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, które, według mniemania niektórych autorów, może się z pierwszego cierpienia rozwinąć. Zapatrywanie to jest jednak błędne, nigdy bowiem nie znaleziono u takich chorych oznak zapalenia jelita ślepego, nawet jeśli sprawa chorobowa przeszła na jelito ślepe; autor na 117 przypadków, operowanych wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego, raz jeden znalazł *enterocolitis mucosa*. Są jednak chorzy, którzy mają biegunkę w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego; objaw ten ustępuje po operacyi. W jednym przypadku przypuszczano zajęcie wyrostka; dokonana operacya stwierdziła, że wyrostek robaczkowy jest zupełnie prawidłowy, a bolesność była jedynie skutkiem *colitis mucosa*.

Ewald (Berlin): Istnieje wprawdzie odrębna postać *enteritis membranacea*, która bywa następstwem zapalenia lub zadrażnienia błony śluzowej jelit, n. p. po czerwonce, albo po ostrem lub przewlekłem zapaleniu kiszek; większość atoli przypadków jest pochodzenia nerwowego. Co się zaś tyczy patogenezy t. zw. *colitis mucosa* i *enteritis membranacea*, to niema między niemi zasadniczych różnic; rozchodzi się tylko o różne objawy jednej, a tej samej choroby, za czem przemawiają: 1) częstość pojawiania się u kobiet: 2) wikłanie się z schorzeniami narządu rodnego, a szczególniej macicy; 3) równoczesne istnienie *achyliae gastricae*, jako wyrazu ogólnej neurastenii; 4) wystąpienie tych obydwóch stanów chorobowych naprzemian u tego samego osobnika; 5) zaparcie stolca nie jest przyczyną cierpienia, często bowiem napotkać można biegunkę i 6) wyleczenie z ustąpieniem neurastenii. — Einhorn (Nowy-York) również przyjmuje tło nerwowe.

(Ciąg dalszy nast.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z V. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej z dnia 30 stycznia 1901.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie Izby: Dr. Bylicki, Dr. Lechowski, Dr. Lutyński, Dr. Muszkiet, Dr. Papée, Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Wysocki, zastępca Dr. Ruczka.

Nieobecni Dr. Eckhardt, Dr. Sobierański, Dr. Żukowski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby, tj. od 15 grudnia 1900. Wydział Izby wniósł przedstawienie do c. k. Namiestnictwa w sprawie Kumulacyi posad lekarzy powiatowych z posadami przy c. k. urzędach salinarnych. W myśl uchwały Izby z 15 grudnia r. z. wniósł Wydział do c. k. Namiestnictwa projekt kasy zapomogowo-pensyjnej z prośbą o zatwierdzenie; odpowiedź odmowną, jaką Namiestnictwo dało, odczytuje prezydent w całości. Wobec odmowy Wydział zamierzał początkowo wnieść rekurs do c. k. Namiestnictwa; po zasięgnięciu jednak informacyi od tej myśli odstąpił i zamierza jedynie wnieść rekurs co do interpretacyi § 13 ustawy o Izbach lek. przez c. k. Namiestnictwo. Prezydent zawiadamia następnie o wybraniu Izby bukowińskiej Izbą gospodarczą; o projekcie Izby czeskiej, by telegramy, adresowane do lekarzy w porze nocnej, natychmiast im doręczano i o odpowiedzi, jaką Wydział na ten projekt wygotował. Następnie o piśmie Izby wiedeńskiej, w którem ona zachęca do wybierania lekarzy na posłów do Rady państwa. W tej sprawie Wydział wyraził zapatrywanie, że nie widzi w tem realnej korzyści dla całego stanu, motywując to tem, że bardzo mało jest lekarzy, którzyby bez uszczerbku własnego mogli w Radzie państwa zasiadać; ci zaś nieliczni, którzy nie potrzebują oglądać się na straty materyalne, wchodząc do Rady państwa, giną w wielkich klubach, zapominając o tem, że są lekarzami. Natomiast zwrócił Wydział na to uwagę, że daleko korzystniejszem byłoby dla ogółu lekarskiego, gdyby Izbom lekarskim przysługiwało z mocy ustawy prawo reprezentacyi w Radzie państwa, tak jak to mają Izby handlowe. Taki wniosek zamierza Izba lwowska postawić na przyszłym wiecu Izb.

Dalej wspomina prezydent o odbyć się mającym jubileuszu Virchowa i wyjaśnia powody, dla których na razie tę sprawę z porządku dziennego usuwa.

Następnie zdaje sprawę z kroków, przez Wydział poczynionych, celem udzielania informacyi c. k. Administracyi podatkowej o stosunkach zarobkowych lekarzy.

W końcu zawiadamia o skazaniu jednego z techników dentystycznych za przekroczenie ustawy na grzywnę, a to w skutek ingerencyi Izby. W przypadku, również przez Izbę poruszonym, technik dentystyczny za nieprawne używanie godła ukarany przez Magistrat, orzeczeniem c. k. Namiestnictwa od grzywny został uwolniony. Przeciw temu orzeczeniu Namiestnictwa Wydział postanowił wnieść rekurs do c. k. Namiestnictwa.

W dyskusyi nad sprawozdaniem Prezydenta Dr. Lechowski postawił wniosek wniosek wniesienia rekursu przeciwko interpretacyi § 13 ust. o Izb lek. przez c. k. Namiestnictwo, i drugi wniosek, by upoważnić prezydenta, by z przybraniem jednego członka Wydziału udał się do Wiednia i tam osobiście w Ministerstwie sprawę poparł. Oba wnioski uchwalono.

3) Sprawozdanie, co do ilości lekarzy i udzielonych uwolnień w roku 1900, odczytał dr. Papée.

Z końcem 1899 stan lekarzy do Izby przynależnych wynosił	653
w ciągu roku 1900 ubyło	27
pozostało	626
W ciągu roku 1900 przybyło nowych	43
stan z końcem roku 1900 wynosi	669

Podań o uwolnienie od opłaty w ciągu roku wpłynęło 51. Z tego uwolnień udzielono 45, jużto w połowie, już w $^2/_3$ części, nie uwolniono 2, w zawieszeniu pozostaje 4.

4) Sprawozdanie ze stanu kasy zdaje Dr. Pisek i wnosi uchwalenie opłaty rocznej w tej samej wysokości, tj. 12 koron. W dyskusyi nad tą ostatnią sprawą Dr. Ruczka wnosi o obniżenie opłaty o jedną koronę rocznie. Przeciwko temu przemawiają Dr. Wysocki, Dr. Festenburg, Dr. Papée i Dr. Pisek. Dr. Lechowski, sprzeciwiając się również obniżaniu opłaty, przypomina staranie Izby o stworzenie kasy zapomogowej, zwraca uwagę na nizkie koszta administracyi i oszczędność przez Izbę przestrzeganą w każdym kierunku, do której sami delegaci się przyczyniają, nie pobierając za podróż na posiedzenia, ani dyet, ani zwrotu kosztów podróży. W głosowaniu przyjęto wniosek, przedstawiony przez skarbnika.

Imieniem komisyi rewizyjnej Dr. Wysocki stwierdza zgodność ksiąg kasowych i zamknięcia rachunkowego i wnosi o udzielenie absolutoryum skarbnikowi. Przyjęto.

5) Do komisyi rewizyjnej na r. bieżący wybrano Drów Smolarskiego i Lutyńskiego.

6) Wnioski członków: Dr. Papée wnosi, aby w sprawozdaniach, jakie Rada honorowa ogłasza, podawano nazwisko tych, których Rada uznała winnymi. Wniosek powyższy popierają Dr. Pisek i Dr. Lechowski, Dr. Bylicki modyfikuje go o tyle, aby ogłaszanie było zostawione decyzyi Rady do pewnych przypadków, jako zaostrzenie kary. Przeciw wnioskowi przemawia Dr. Muszkiet. Wniosek Dra Papée upadł przy głosowaniu. Przyjęto następnie wniosek Dra Piaskiewicza, aby Izba wybrała komisyę z 3, któraby porozumiała się z Tow. lekarzy galicyjskich, celem wydatniejszego zużytkowania majątku, jaki Towarzystwo posiada. Do komisyi tej wybrano prezydenta, Dra Byli- i Dra Lechowskiego.

Na wniosek prezydenta i Dra Lechowskiego uchwalono nałożyć 10 koron grzywny na tych członków Izby, którzy nieusprawiedliwią swej nieobecności na posiedzeniu pełnej Izby.

Przyjęto wniosek prezydenta, żeby na przyszłość wszystkie wnioski, jakie członkowie czynić chcą na posiedzeniach pełnej Izby, przedkładano Wydziałowi pisemnie na tydzień przed posiedzeniem Izby.

Na tem obrady zakończono.

Lwów, dnia 30 stycznia 1901.

Dr. Papée sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 21 lutego 1901.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, wobec nader licznego zgromadzenia członków, radca budownictwa p. R. Ingarden miał nader pouczający odczyt „O wodociągu krakowskim."

* Przewodniczącym krakowskiego "oddziału Towarzystwa im. Kopernika na r. 1901 wybrany został prof. N. Cybulski. Towarzy-

stwo to pracuje obecnie z zdwojoną siłą w celu założenia muzeum przyrodniczego im. Kopernika. Aby uzbierać odpowiedni fundusz, Towarzystwo urządziło w roku ubiegłym szereg odczytów publicznych »O powietrzu«, które przyniosły 573 kor. czystego dochodu. W roku bieżącym urządzonym będzie 2gi szereg odczytów na temat „Elektryczność i jej zastosowania“ z programem następującym: 21 lutego Doc. Dr. Heinrich: Mechaniczne sposoby otrzymywania prądu; 25 lutego prof. Dr. A. Witkowski: Fale elektryczne; 28 lut. p. L. Klecki: Telefon i telegrafon; 4 marca prof. Dr. I. Zakrzewski: Oświetlenie elektryczne; 7 marca inż. B. Urbanowicz: Tramwaj elektryczny krakowski; 9 marca Dr. T. Estreicher: Piec elektryczny; 11 marca Doc. Dr. Marchlewski: Elektroliza i elektrometalurgia; 14 marca Dr. S. Tołłoczko: Chemiczne sposoby otrzymywania prądu; 16 marca Dr. L. Bruner: Polonium Radyum i promienie Röntgena; 18 marca prof. Dr. N. Cybulski: Elektryczność zwierzęca: 21 marca prof. Dr. Wachholz: Działanie elektryczności na organizm ludzki; 22 marca prof. Dr. Smoluchowski: Pogląd na teorye elektryczności. Odczyty odbywać się będą o godzinie 6 w sali wykładowej zakładu fizycznego (ul. św. Anny 6). Bilety wcześniej dostać można w księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę krak. Wydziału lekar. powołującą Dr. St. Maziarskiego na stanowisko docenta do wykładów z zakresu histologii fizyologicznej.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Jan Grek, Emil Müller i Józef Świątkowski.

* Wydział lekarski lwowskiego Uniwers. zamianował asystentami: Józ. Chanię przy katedrze fizyologii i Dr. Kaz. Panka na dalsze dwa lata przy katedrze higieny, a demonstratorem na dalszy rok przy katedrze farmakologii Kaz. Orzechowskiego.

* Dnia 16 b. m. otwarty został zakład zimowy w Swoszowicach dla potrzebujących kąpieli siarczanych. Liczbę łazienek i pokojów mieszkalnych pomnożono, a wielką werandę zamieniono na ogród zimowy; dalsze ulepszenia i przeobrażenia są w toku.

* Dr. Jan Borzymowski otworzył w Warszawie „pracownię sterylizacyjną“ w której wyjaławia opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne oraz wszelkie inne środki opatrunkowe. Wyjaławianie odbywa się przez 15 minut w przyrządzie Waillarda, parą, bez dostępu powietrza, pod ciśnieniem jednej atmosfery. W tych warunkach giną wszystkie bakterye, oraz najodporniejsze zarodniki.

* Przewodniczący Stowarzyszenia im. Röntgena w Londynie uchwalił nadać medal złoty wynalazcy ulepszonej rury Röntgena, tak do zdjęć fotograficznych jak i do spostrzeżeń na płycie fluoryzującej.

* Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Berlinie, zastanawiało się nad sposobem najdokładniejszego wyjaławiania używanych przez suchotników spluwaczek; uznano, że najlepszym środkiem jest wystawienie spluwaczek na silne działanie pary, w czasie wypróżnienia do zlewu kanałowego.

* Izba lekarska wiedeńska postanowiła wezwać lekarzy posłów do parlamentu, ażeby solidarnie i energicznie zajęli się sprawami zawodu lekarskiego; szczegółowo atoli nie wskazano, co posłowie-lekarze właściwie zdziałać mają. Zdaje się, że lekarze delegaci do Rady państwa nie mają zupełnie pola w parlamencie do poprawienia złych stosunków zawodu lekarskiego; punkt ciężkości spraw lekarskich spoczywa nie w Radzie państwa, lecz w Sejmach krajowych.

* Związek niemiecki dla ochrony zdrowia publicznego odbędzie Zjazd tegoroczny w Rostoku dn. 18, 19 i 20 września. Uchwalono następujące tematy do rozpraw: 1) Lekarz okręgowy i komisye zdrowotne podług nowej ustawy pruskiej i ich znaczenie dla gminy i państwa. 2) W jakiej mierze mogą być dopuszczone przetwory chemiczne do konserwowania pożywek. 3) Budowa ulic i powstawanie kurzu. 4) Postęp centralnego ogrzewania oraz przewietrzania mieszkań i budowli publicznych w ostatniem 10-leciu.

* Dr. Petri objął kierownictwo w Sanatoryum w Görbersdorfie.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajnymi profesorami mianowani zostali: Doc. chirurgii Marwedel i Doc. psychiatryi Nissel, obaj w Heidelbergu: Dr. Fibiger mian. został prof. anatomii w Kopenhadze. Doc. Braus mian. prof. nadzw. anatomii porównawczej w Heidelbergu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Józef Leśniowski, lekarz pow. grojeckiego i kalwaryjskiego, zmarł w 65 r. życia. Dr. Weiss, prof. nadzwycz. okulistyki w Heidelbergu, zmarł w 52 r. życia. Dr. Karol Tymiński, l. 27, zmarł w Łomży z duru. Dr. Włodzimierz Preininger, znakomity dziennikarz czeski, zmarł w Pradze.

Zapiski bibliograficzne.

— *Zdrowie* Nr. 2: Landau: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Stróżewski: W kwestyi higieny życia płciowego.

— *Kronika Lekarska* Nr. 3: Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. Wisłocki: Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 7: Orłowski: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie w r. 1899. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 7: Bucelski: Czynniki wywołujące bezwład postępowy. Czajkowski J.: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 7.: Kopfstein: Zpráwa o 205 operacích průtrže provedených ve veřejné okresni nemocnici cisaře Františka Josefa I w Mladé Boleslavi (dok.) Mrázek: O lázních slunečních a své telných (dok.). Peterka: Tři připady tetanu po vstřiknutí antidiftherického sera.

— *La Presse médicale* Nr. 13.: Prof. Dieulafoy: »Wymioty czarne« zapalenie żołądka wrzodliwe krwotoczne w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Dr. G. Dieulafoy: Dur brzuszny o cechach zapalenia wyrostka robaczkowego. Operacya, zgon. Nr. 14.: Launois: O spermatozoidach.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7: Kunik: O funkcyonalnych wynikach przeszczepiania ścięgien w zniekształtnieniach porażennych, zwłaszcza w rdzeniowych porażeniach u dzieci. Steudel: Granice najwyższej ciepłoty dla życia. Fleischmann: Ostre połogowe wynicowanie macicy. Schaller: Wskazania do paliatywnego i doszczętnego leczenia mięsaków macicy. Guttenberg: Choroby onerwia splotu krzyżowego i ich leczenie. Sternfeld: Kwas chinowy, jako nowy lek w dnie. Berndt: Zapalenie okątnicze i obecny stan jego leczenia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7: Menzer: Etyologia ostrego gośćca stawowego. Dietsch: Przyczynek do etyologii gorączki siennej. Sudeck: Operowanie w okresie pierwszego odurzenia eterowego. Sarfert: Leczenie operacyjne suchot płucnych. Oppenheimer: Rozkład białka podczas gotowania. Rotschild: Przyczynek do patologii i terapii zbliznowaciałego skurczenia pęcherza moczowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7: Pick: O przemijającym wpływie schorzeń w mózgu na objaw kolanowy. Urbantschitsch: O mechanicznem leczeniu niektórych postaci zawrotu głowy. Werner: Jodypina, jako wieloraki środek rozpoznawczy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7: Gärtner: Odprowadzanie wód miejskich. Wassermann i Schütze: Nowa metoda sądowo-lekarska rozróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej. Schlesinger: Karmienie osesków mlekiem niezbieranem. Schwarzwäller: Spędzanie płodu zapomocą trucizn.

Redakcya otrzymała:

Talko-Hryncewicz: O czumnych zabolewanijach w Mongolii 1901. Świtalski M.: Les lesions de la moelle épinière chez les amputés. (Odbitka z »Revue neurologique«, 1900). Tumpowski A.: O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich. (Odbitka z »Czasopisma Lekarskiego« Nr. 2. 1901).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 2 Marca 1901. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek szczerby w czaszce z wyczuwalnem tętnieniem mózgu i czynnościową duchowo-czuciową niemotą, powikłaną z głuchotą i ślepotą duszy, oraz z jąkaniem artykulacyjnem.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

W rozprawce niniejszej nie zamierzam rozwodzić się szerzej nad piśmiennictwem, odnoszącem się do opisanego przypadku; głównym jej celem jest raczej wzbogacenie dość ubogiej w przypadki neurologiczne kazuistyki polskiej. Opisanie tego przypadku poprzedzam kilku uwagami historycznemi, zaczerpniętemi głównie z wiekopomnego dzieła Albrechta Hallera: *Elementa physiologiae corporis humani* i z pracy Mossoa: *O krążeniu krwi w mózgu ludzkim*. Już badaczom starożytności nie był obcy objaw tętnienia mózgu, dający się wyczuwać w ciemiączkach noworodków, jak i u dorosłych, dostrzegalny w razach szczerby w czaszce. Pliniusz w swej „Historyi przyrody“, wspomina że mózg Zoroastra odznaczał się tak silnem po urodzeniu tętnieniem, że unosił położoną na głowie rękę [1]). Z innych badaczy starożytności znany był fenomen ten Galenusowi i Oribazyuszowi. Mosso i Daremberg uważają ostatniego, jako pilnego kompilatora, i twierdzą, że w uwagach jego o tętnieniu mózgu u człowieka i u zwierząt zawarte są zapatrywania starożytności, do tego przedmiotu odnoszące się. Oribazyusz podnosi, że mózg noworodków i dorosłych, ze szczerbami w czaszce, ściąga się ustawicznie wśród wdychania; uczony ten rozróżnia już stopniowanie siły tętnienia mózgu w nastrojach psychicznych nawet u zwierząt, o czem świadczy miejsce następujące; „Po odsłonięciu czaszki u zwierząt zauważyć można, dopóki one milczą, tętnienie, zachowujące ten sam rytm, co skurcze tętnic i serca; zaś wśród ich krzyku unosi się i wzbiera mózg cały“. Badacz ten jednakże, jak Galenus i inni uczeni starożytności, hołdował błędnej teoryi, opiewającej, że wśród wdychania wnika powietrze przez nozdrza i przez blaszkę sitowatą do mózgu i rozciąga go. (Por. Haller *ibid.* Tom IV. p. 174). Z badaczy późniejszych Vesaliusz mniemał, że tętnienie mózgu wywołują naczynia krwionośne miękkiej jego błony.

Innem, aż do czasów Schlichtinga rozpowszechnionem zapatrywaniem, było to, że tętnienie mózgu powoduje twarda jego opona. Przesąd ten nabrał znaczenia tem większego, gdy Bagliwiusz i Pacchioni orzekli, że opona twarda jest mięśniem swego rodzaju, a Lancisi, Santorini, J. Sylva i inni powagą swoją ten błąd niejako utwierdzili. (Por. Haller *l. c.* Tom IV. p. 178 i Mosso *l. c.* p. 4). — Dopiero Schlichting wykrył na podstawie licznych, na zwierzętach wykonanych, wiwisekcyj, że półkule mózgowe poruszają się odpowiednio do rytmu oddychania; nie umiał atoli rozstrzygnąć, czy od powietrza czyli też od ruchu krwi zależy wzbieranie mózgu przy wydychaniu.

Wśród swych doświadczeń zauważył nadto Schlichting, że tętnienie mózgu ustaje podczas omdlenia i przerw oddechowych. — Najzupełniejszy przewrót w tej sprawie stanowi wspomniane już dzieło genialnego badacza szwajcarskiego Albrechta Hallera: *Elementa physiologiae corporis humani*. Haller twierdzi, że tętnienie mózgu odpowiada ruchom serca i wyjaśnia jednocześnie z właściwą mu głębokością i bystrością umysłu stosunek, zachodzący pomiędzy czynnością serca i fazami oddechania a tętnieniem mózgu. W innem dziele swem: *Mémoires sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal* (Tom I, p. 31—32 i p. 160) wyraża się on w sposób następujący, „Objaw, spostrzegany przez Schlichtinga: tętnienie rytmiczne, nie jest właściwy jedynie mózgowi. Zależy on od łatwości, z jaką krew wśród wdechu wnika z komórki prawej do płuc, oraz od ułatwionego wypróżniania się z tej samej przyczyny żył wielkich do wspomnianej komórki. Przeciwnie wśród wydechu ugniecione płuca nie mogą krwi wsysać, a wielkie żyły się wypróżniać. Ten stan prowadzi do przepełnienia krwią naczyń, przenoszącego się aż na mózg, który się również krwią przepełnia, nie mogąc się jej pozbyć drogą żył szyjnych. Podobne myśli i zapatrywania wypowiada Haller i w innych miejscach. W jednym ustępie *Elementa physiologiae* (Tom II, pag. 332—333) powiada: „Ergo si vivo animali non nimis debilitato cranium aperueris aut trepano aut unco duramque membranam detexeris et digito a cranio depresseris, videbis ad singulas inspirationes subsidere cerebrum aut solum aut cum suis involucris et cerebellum seque a cranio removere et deorsum quasi resorbtum recipere. Vicissim in respiratione idem cerebrum surgere, cranio se admovere, digitum inpositum repellere“. (Por. nadto *ibid.* Tom IV. p, 171—181).

Z innych autorów XVIII wieku, którzy zajmowali się tą sprawą, zasługują na krótką wzmiankę: Lamure, Lorry, Richeraud i Senac. Ważnemi są dalej badania doświadczalne, dążące do wyjaśnienia i stwierdzenia, bądźto przyrody i przyczyny tętnienia mózgu, bądź też przedstawienia graficznego tego objawu; na tem polu pracowali badacze XIX wieku: Ravina, Bichat, Burdach, Burow, Kussmaul, Tenner, Th. Ackermann, Richet, Key, Retzius, Cappie, Donders, Berlin, Bruns, Leyden, Giacomini, Salathé, Franck, Albertolli, Mosso i inni. Praca moja przekroczyłaby o wiele zakreślone jej granice, gdybym się nad studyami wymienionych i innych

badaczy chciał rozwodzić szerzej. Interesujących się tą sprawą odsyłam do dzieł Hallera i Mossoa.

Przechodzę obecnie do I-go spostrzeżenia własnego:

32-letniemu pacyentowi, polierowi, nie obciążonemu dziedzicznie, który do tej pory zdrów był najzupełniej, spadła przy budowie kościoła deska krawędzią na głowę z wysokości 9 m. Skutkiem tego urazu utracił, jak podaje samowiedzę i znajdował się w stanie bezprzytomnym mniej więcej przez minut 10; przez dwie noce następne bredził, a nadto oniemiał. Wiedział, jak podaje, jakiemi słowami oznaczają się pojęcia, które wypowiedzieć pragnął, ale nie mógł ich zupełnie wyrazić odpowiednio, albo dokonywał tego z wielką tylko trudnością, powtarzając kilkakrotnie te same zgłoski, zwłaszcza początkowe. Dalej skarżył się na szum w uszach, zawroty, uczucie gorąca w głowie, oraz na ból w głowie to kłójący, to palący, który rozpromieniał się z okolicy rany, znajdującej się w kącie kości klinowej lewej, ku stronie lewej czoła i tej samej stronie twarzy. Ból ten zwiększał się przy schylaniu się, nagłych ruchach, wśród rozdrażnień psychicznych i wzruszeń, oraz wśród nagłych zmian ciśnienia powietrza. Czasami ból ten ustępował miejsca zboczeniom czucia, do których zaliczyć należy mrowienie, trętwienie itp. Przy chodzeniu po terenie nierównym, wbieganiu na schody lub podskokach odczuwa pacyent wrażenie falowania w okolicy rany, z którem się łączy uczucie silnego gorąca w głowie, ból kłójący w okolicy rany, zaćmienie wzroku, a czasami ogólne osłabienie, przechodzące w omdlenie. Z dolegliwościami temi kojarzy się bezsenność, wzmożona drażliwość i wrażliwość, znużenie, to znowu zobojętnienie, przygnębienie i chwilowe pomięszanie.

Stan obecny i wynik badania: Chory dość silnej budowy, mięśnie i podściółka tłuszczowa miernie rozwinięte. W kącie lewej kości klinowej znajduje się szczerba z zaklęśniętą skórą wielkości talara; skóra słabo porosła włosami, w dotyku sprawia wrażenie niezarośniętego ciemiączka. Najgłębsze miejsce zaklęknienia mierzy mniej więcej 3 mm. — Obie źrenice dość znacznie rozszerzone; po obu stronach pionowe drganie powiek górnych i dolnych, po stronie lewej silniej rozwinięte. — »Znak Rosenbacha« słabo zaznaczony, »objaw Romberga« wyraźny; dalej spostrzega się drganie wysuniętego języka, zboczenie języczka ku stronie lewej; zwiększona wrażliwość na ucisk lewego nerwu nad- i podoczodołowego, oraz kręgów szyjnych i trzech górnych piersiowych, przeczulica po lewej stronie głowy, twarzy, lewego ramienia i łydki lewej (badanie szpilką, pędzelkiem i prądem elektrycznym). Przy uciskaniu kręgów szyjnych i piersiowych doznaje chory, prócz uciskowego w nich bólu, jednocześnie podobnego wrażenia w okolicy rany. Wzmożenie odruchów kolanowych i brzusznych. Czynność serca trochę osłabiona, nierówna. Uderzenie serca i koniuszka sercowego jedynie dostrzegalne przy zajęciu strony lewej w 5-tem międzyżebrzu linii sutkowej. Tony serca czyste, ale tępe, dość słabe i nierówne. Częstość tętna sprychowego waha się odpowiednio do stanu psychofizycznego (spokoju lub rozdrażnienia) pomiędzy 64 a 112 uderzeniami na minutę. Napięcie i szerokość tętnicy sprychowej nierówne i dość słabe. Mocz białka ani cukru nie zawiera. Ciężar jego gatunkowy wynosi 1028.

Umysłowość. Objaw dostrzegalnego tętnienia mózgu. Uwagę uderza wrażliwość i nużliwość umysłowa: chory czuje się znużonym po rozwiązaniu zaledwie kilku zadań arytmetycznych z zakresu prostej tabliczki mnożenia. Prócz znużenia, wyrażającego się podmiotowo uczuciem wyczerpania, a przedmiotowo rozluźnieniem rysów twarzy i utratą blasku w oczach, spostrzega się stale wyraz zdziwienia charakteryzujący się zwiększonem rozwarciem szpary ocznej, podniesieniem brwi i rozszerzeniem źrenic. Rozstrzelanie uwagi: chory nie jest w stanie skupić myśli nad jednym i tym samym przedmiotem i dłużej nad nim zastanowić się. Jak twierdzi, jedna myśl goni drugą; stany rozdrażnienia i pomięszania łączą się z niemotą.

Wśród rozdrażnienia psychicznego i łączącego się z niem niepokoju lub wśród silniejszych wzruszeń, n. p. gniewu, oburzenia, albo wśród takich operacyj umysłowych, jak zastanawianie się, namyślanie nad czemś, n. p. podczas mnożenia, dodawania i t. p wyczuć się daje palcem pod wyżej wymienioną wklęsłością, zajmującą kąt kości klinowej lewej, mniej więcej współcześnie z uderzeniami tętnicy sprychowej, tętnienie mózgu, pokrytego tu jedynie oponami i skórą. Tętnienie to, które unosiło i obniżało palec naciskający, odnośnie do swego nasilenia i rytmu było najwybitniejsze przy ucisku na czułe kręgi, podrażnieniu, wśród którego chory doznawał. jak już wspomniałem o tem wyżej, silnego bólu w miejscu rany, a zarazem uczucia lęku, przechodzącego w stan i nastrój przerażenia.

Analiza: O objawach, spostrzeganych w opisanym przyypadku, wypada mi jeszcze powiedzieć słów kilka.

Uczucie „uderzania mózgu“ w miejscu rany, którego doznawał chory, mianowicie przy chodzeniu po terenie nierównym, polegać mogło, zdaniem mojem, na wstrząśnieniu, jakiego mózg wśród czynności tej doznawał. Stosując się do znanego prawa fizycznego: „horror vacui“, zapełniał on próżnię lub miejsce zmniejszonego ciśnienia, wywołane szczerbą kości klinowej. Objaw ten w przypadku moim przedstawiał analogię zupełną do objawu wzbierania mózgu w trzecim przypadku Mossoa. Pacyent jego, Bertino, odczuwał to wzbieranie wśród podobnych, jak mój chory, okoliczności, — t. j. wśród natężeń fizycznych i schylania się. (Por. Mosso, *l. c.* str. 38). — Ból zaś, którego doznawał pacyent mój w miejscu rany przy ucisku na kręgi szyjne lub górne piersiowe, mógł być wywołany, jak przypuszczam, uderzaniem czułej, jak wiadomo, opony twardej o brzegi szczerby w kości Według Mossoa, którego kilkakrotnie już wymienione, a na doświadczeniach oparte dzieło ma podstawowe prawdziwie znaczenie, zwiększone tętnienie mózgu należy tłómaczyć psychicznie wzruszeniami i operacyami umysłowemi, wywołanemi biernem zwiększaniem się objętości mózgu. Przyczynę zaś fizyologiczną tego zwiększania się stanowi według tego badacza (por *ibid.* str. 68—69 i 105) rozszerzenie tętnic mózgowych i zwiększony dopływ krwi naczyniami od kończyn do mózgu; kończyny w tych okolicznościach i warunkach wykazują niedokrewność tętniczą. — Ten sposób objaśnienia tej sprawy zdaje mi się odpowiadać najlepiej obecnemu stanowi nauki, odnoszącemu się do tego zagadnienia. Tętnienie mózgu okazywało w doświadczalnych badaniach Mossoa nasilenie, jakoteż zmiany w rytmie i kształcie fal krzywej, którą na wałku zaznaczał przyrząd piszący — (rodzaj kardyografu) — przy najlżejszem dotknięciu ciała, lekkim własnym jego ruchu, wejściu jakiejś osoby, zagadnięciu, zmianach światła, szelestach, dźwiękach, jednem słowem przy jakiemkolwiekbądź, odczutem przez zmysły, czy to we śnie, czy na jawie, podrażnieniu Największe wzniesienia krzywej okazywał przyrząd Mossoa podczas silnych wzruszeń i operacyj umysłowych. Wśród podnieceń umysłowych i nastrojów wzniesienia przewyższały prawidłową miarę niekiedy 6—7 krotnie. (Por. Mosso: „Die Furcht“ przekład niemiecki W. Fingera 1898, str. 73). Dalsze doświadczenia, odnoszące się do tego przedmiotu, robił ten sam uczony w pracowni Ludwiga za pomocą nad wyraz czułej wagi. Szala z leżącą na niej osobą chyliła się za każdym razem wśród działania wyżej wspomnianych podrażnień fizyologicznych i bodźców psychicznych ku stronie głowy, świadcząc tym swoim ruchem, że pod wpływem ich zwiększony jest napływ krwi do mózgu.

Zaburzenia mowy, opisane szczegółowo w moim przypadku, dają się, zdaniem mojem, ująć tylko względnie w pewne typy i kategorye. Nieprzezwyciężone dotąd trudności i zapory stawiają tu naprzód niemożność dokładnego i ścisłego anatomicznego i fizyologicznego oznaczenia w mózgu ośrodków przejmowania (percepcyi), gdzie dźwięki mowy i symbole jej graficzne przemieniają się niejako na odnośne wrażenia, nadto niepodobieństwo znalezienia szlaków i prze-

wodów, którymi wrażenia te przenoszą się do przypuszczalnych ośrodków, gdzie budzą one odpowiednie pojęcia, niejako swe korelaty psychiczne. Nie mniej obcemi są nam umiejscowienia ośrodków kojarzennych, gdzie pojęcia wymienione przechodzą, jak przypuszczamy, na nerwy ruchowe, by za pomocą więcej już znanych narządów głosowych, artykulacyjnych, oddechowych i kończynowych połączyć się bądźto z akustycznymi, bądź też z graficznymi symbolami mowy. Jeżeli zważymy wreszcie, że istota czynników psychicznych: uczuć, nastrojów, pojęć myśli, samowiedzy, aktów woli i t. d., kojarzących się z czynnością mowy, pokryta jest najgrubszą tajemnicą, to ogrom piętrzących się tu trudności wyraźniej i jaśniej jeszcze zarysuje się nam przed oczyma. To też badacze tej miary, co Falret, Bateman, Finkelnburg, Sommer, Samt i inni przyznają bez ogródki, że wszelkie podziały i ugrupowania zboczeń i zaburzeń mowy są sztuczne i z jednej strony niedość szerokie, z drugiej nie dość ściśle i dokładne, by ogarnąć cały zbiór odcieni i odmian. Niektórzy jednakże z wymienionych autorów, a prócz nich Trousseau, James, Russel, Jaccoud, Ogle, Benedict, Bernheim, Pitres, Kussmaul, Arndt, Hammond, Biermer, Wernicke i inni, powodowani może myślą i rozwagą, że kategorye, oznaczające choćby tylko główne rysy w mowie będących zaburzeń, łatwiej dozwalają się oryentować w ich chaosie i mają przez to pewną teoretyczną i poglądową wartość, usiłowali mimo wspomnianych trudności ująć je w pewne typy i oznaczyć terminami. — Jeżeli, uznając słuszność takiego rozumowania, pójdziemy za ich przykładem, to zaburzenie mowy w przypadku naszym, o ile objawiało się ono u chorego niemożnością przypomnienia sobie słów, jako utworów duchowo-czuciowych *(psycho-sensorische Gebilde)* i niepodobieństwem skojarzenia słów ze świadomemi pojęciami, możemy oznaczyć terminem niemoty duchowo-czuciowej *(amnestische Aphasie)*. Niemota ta zaś przechodziła w chwilach znaczniejszego znużenia, oraz silniejszych rozdrażnień i wzruszeń, w głuchotę i częściową ślepotę duchową: *(Seelentaubheit Kussmaula, Seelenblindheit Munka)*, tj. w niemożność zrozumienia znaczenia słów, oraz ich symbolów graficznych. Słowa słyszane, lub symbole ich widziane, nie dochodziły w tych stanach i nastrojach, jak przypuszczać można, szlakami apercepcyjnymi do ośrodków pojęć i do przesłanki samowiedzy [1]). Dźwięki słów przebrzmiewały niejako bez psychicznego echa nie budząc pojęć, do nich przynależnych, nie przemieniając się, nie organizując i nie krystalizując się w takowe. Natomiast w stanie równowagi i spokoju umysłowego przynależne pojęcia wracały do wymienionych symbolów mowy akustycznych i graficznych i ukazywały się bądźto częściowo, bądźto całkowicie, w strumieniu nadkresowej samowiedzy, wynurzając się niejako z podkresowych głębin umysłowości.

Ponieważ przejmowanie innych wrażeń, n. p. wrażeń przedmiotów rzeczywistych (konkretnych), tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym (ich rozmiarów, kształtów, barw, wzajemnego stosunku do siebie, ich znaczenia i przeznaczenia) było zachowane, a nadto inteligencya chorego z wyjątkiem trochę zwolnionego kojarzenia i kombinacyi żadnych nie przedstawiała zboczeń i zaburzeń, skłonny jestem zaliczyć niemotę, objawiającą się w moim przypadku, do rodzaju niemot czynnościowych. (Por. Ołtuszewski: Czwarty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Str. 3, Warszawa, 1896).

Z opisanemi zaburzeniami mowy łączyło się u mojego chorego jąkanie artykulacyjne [1]), znaczące się tem, że pacyent, dotknięty wśród wymawiania słów kurczami języka i warg, powtarzał kilkakrotnie, zwłaszcza wybuchowemi spółgłoskami rozpoczynające się zgłoski, mianowicie (b, p, d, t), zanim słowo właściwe wypowiedzieć zdołał. Wśród rozdrażnień i wzruszeń występowały silniej tak wymienione kurcze, jak i jąkanie, natomiast gdy podczas równowagi psychicznej kurcze te się zmniejszały co do siły i szerokości, artykulacya stawała się łatwiejszą, a jąkanie ustępowało po części. Drgań powiek górnych i dolnych, oraz mięśni, opatrzonych przez górne gałęzie nerwu twarzowego, nie zaliczam do spółruchów czystych, spostrzeganych niejednokrotnie przy jąkaniu (Gutzmann i inni). Drganiom tym podlegała bowiem ustawicznie twarz chorego. Wśród jąkania i wikłających się z niem rozdrażnień i wzruszeń występowały one tylko silniej, wyraźniej i szerzej.

Żałować mi wypada niewymownie, iż z powodu, że pacyent był przyjezdnym i że nie posiadałem odpowiednich przyrządów pod ręką, nie mogłem badać doświadczalnie opisanego w pierwszej części tej pracy tętna mózgu, t. j. jego

---

[1]) Czynność kory mózgowej, uważanej przez fizyologów za przesłankę samowiedzy nadkresowej, zdaje się okazywać pewne równoległe własności, z czynnością siatkówki oka. Jak w siatkówce podrażnienia świetlne, wywołując ustawicznie zmiany jej czerwieni i innych bezbarwnych materyj ocznych, odtwarzają tam kolejno wśród zmieniającego się co chwila, nad wyraz subtelnego stopniowania oświetlenia coraz to nowe przedmioty świata zewnętrznego, z całem bogactwem ich linij, płaszczyzn, kształtów, barw, tonów, odmian i odcieni, tak odzwierciedlają się, zapomocą nieznanych nam podrażnień fizyologiczno-psychicznych skojarzone w uczucia, nastroje, pojęcia, myśli i t. d. pierwiastki psychiczne w przesłance samowiedzy, okazując nieprzebraną ilość przejść płynących i nieprzejrzaną obfitość ilościowych stopniowań i cech jakościowych. Tu i tam jest jeden tylko przedmiot w chwili danej najsilniej oświetlony i występuje przeto najjaśniej, najwyraźniej, w najbardziej nasyconych i najcieplejszych barwach i tonach, podczas gdy inne przedmioty, — poniekąd, jako tło najrozmaitszych odcieni, — na dalsze ustępują pola i plany i nie odznaczają się z tych powodów ani tak korzystnem oświetleniem, ani tak silną i żywą barwnością. Ale odnośnie do nieskończenie zawikłanej organizacyi będącej w mowie istoty mózgowej, mieszczącej w sobie miliony komórek i zawierającej nieprzeliczone mnóstwo szlaków, przebiegających i krzyżujących się w rozmaitych kierunkach i płaszczyznach, muszą wyniki czynności jej, nieznanej nam przyrody psychicznej, okazywać cechy daleko liczniejsze i rozmaitsze i odznaczać się charakterem daleko subtelniejszym i doskonalszym; — tak, jak n. p. która ze sonat Chopina lub Beethovena przedstawia nieskończenie większe bogactwo ujętych w harmonię dźwięków, niż prosta melodya piosenki ludowej. Przenosząc równoległość tę w dziedzinę patologiczną, możemy uważać głuchotę i ślepotę duchową Kussmaula i innych autorów poniekąd jako uszczerbki nadkresowej samowiedzy, wywołane brakiem odczynu jej przesłanki, podobnie jak tłómaczymy sobie analogicznie szczerby barw i światła w optyczno-fizyologicznych polach widzenia niefunkcyonowaniem odnośnych miejsc siatkówki.

[1]) Według Sikorskiego jąkanie to polega na nagłem zaburzeniu ciągłości artykulacyi, a wywołują je kurcze, zajmujące część przyrządu głosowego, stanowiącą całość fizyologiczną. Sikorski umiejscawia jąkanie w ruchowej części ośrodków mowy. (Por. »Neurolog. Centralbl«. Jahrg. XII. 1893 str. 871—872 sprawozd. Lewalda. Kusmaul, Du Soit, Rosenthal, Benedict i inni uważają je jako nerwicę kojarzenną. (Coordinationsneurose).

wahań i nasileń, zmian kształtu i rytmu, jego krzywej, jako też towarzyszących mu objawów innych, wśród rozmaitych warunków fizycznych i nastrojów fizyologiczno-psychicznych. Pocieszam się jednakże myślą i nadzieją, że może który z badaczy polskich, pracujący wśród korzystniejszych warunków, wzbogaci piśmiennictwo nasze badaniami doświadczalnemi na tem polu i wypełni tem samem lukę i braki, które autor sam najgłębiej i najdotkliwiej odczuwa w swej pracy.

Koledze Drobnikowi, który do mnie skierował swego czasu chorego, serdeczne na tem miejscu składam za to podziękowanie.

Piśmiennictwo. 1) A. Haller: Elementa physiologiae corporis humani. Tom II, p. 332—333. Tom IV, p. 171—181. Lausannae 1762. — 2) A. Haller: Mémoires sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal, Tome I, p. 31—32 et 158—192. Tome II. p. 198—199 et 392. Tome III, p. 141 et 152. Tome IV, p. 15, Lausanne 1756. — 3) Mosso: Über d. Kreislauf d. Blutes im Gehirn des Menschen S. 2, 4, 38, 68—69 u 105. — 4) Mosso: Die Furcht, przekład niemiecki Fingera, str. 173. 1889. — 5) Kussmaul: Die Störungen der Sprache, Versuch einer Pathologie d. Sprache. Leipzig 1877. S. 174—182 u. 223—240. — 6) Spamer: Über Aphasie und Asymbolie nebst Versuch einer Theorie der Sprachbildung. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten B. VI 1875/76, S. 496—542. — 7) Ołtuszewski: Czwarty przyczynek o zboczeniach mowy. Str. 3. Warszawa 1896. — 8) Sikorski: Stottern. Neurolog. Centralbl. XII Jahrg. 1893. S. 871—872. sprawozd. Lewalda. — 9) R. Arndt. Aphasie: Artikel in Eulenburgs Realencycl. d. ges. Heilkunde II Aufl. I Bd. S. 590—608. — 10) R. Arndt: Stottern, *Ibid.* Bd XIX, S. 172—178. — 11) H. Schmidt: Ein Fall von traumat. aphatischem Stottern. Encyclop. Jahrbücher v. Eulenburg I Bd. 1891. S. 617. — 12) H. Gutzmann: Stottern. *Ibidem* Bd. IV. S. 529—537. 13) H. Gutzmann: Sprachstörungen. *Ibid.* Bd. VII. 1897. S. 535—560. 14) Strümpell: Lehrb. d. spec. Pathol. und Therapie II Bd. I Theil, S. 373—381. Aphasie u. verwandte Zustände. — 15) Hirt L. Therapie d. Nervenkrankheiten 1890. Sprachstörungen. S. 143—149. — 16) Moeli: Der gegenwärtige Stand der Aphasiefrage. Jahressitzung d. Vereins deutscher Irrenärzte. München. med. Wochenschrift 1892 S. 156. Refer. v. A. Cramer. — 17) Sommer: *Ibid.* 1892, S. 156. Localisationstheorien der Aphasie. — 18) Gutzmann: *Ibid* 1894. S. 114—115. Über Heilungsversuche bei centromotorischer uud centrosensorischer Aphasie (Verein f. innere Medic. in Berlin. Refer v. L. Friedländer (Discussion). 19) Bernheim: *Ibid.* 1894, S. 962—963. Aphasie (Französ. Congress für innere Medicin zu Lyon 1894. Vortrag u. Discussion. — 20) Wł. Ołtuszewski: O zboczeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym. Przegląd lekarski 1901, Nr. 4 i 5.

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przypadek III.

Franciszek K., lat 20, ślusarz ze Stryja, zgłosił się do kliniki d. 22 marca 1900 (Nr. 174 m. 1900).

Wywiady. Przed dwoma laty wpadł mu brok w oko lewe. Był leczony w szpitalu, który opuścił nie widząc już na to oko. Żelaza nie wyjmowano, chory twierdził, że po uderzeniu w oko odskoczyło i nie ma go w oku. Przed kilku dniami uderzył się w oko lewe.

Stan obecny: Lo V = 0. Światłowstręt i łzawienie. Gałka na dotyk mocno bolesna tak, że ucisku śródocznego zbadać nawet nie można. Nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe — mierne. Na rogówce blizna, leżąca w południku poziomym, ciągnąca się od obrąbka wewnętrznego ku środkowi rogówki, długości 6 mm. Spojówka przy obrąbku koło blizny rogówkowej pozaciągana. Cała przednia komora wypełniona ciemnym skrzepem krwi.

Badanie sideroskopem Asmusa daje w dolno-wewnętrznym kwadrancie wychylenie maksymalne, najwybitniejsze w południku poziomym przy obrąbku, gdzie słychać. jak igła uderza o rurkę szklaną. W dolno zewnętrznym kwadrancie i w górnej połowie gałki również gołem okiem widzimy wychylenia igiełki, tylko słabsze.

Rozpoznanie: *Cicatrix corneae, iridocyclitis dolorosa, hyphaema, corpus ferrum in bullo, amaurosis oc. sinistr*

23 marca 1900. *Enucleatio bulbi sinistr.*

Badanie anatomiczne. Formalina 10% 24 godz. Alkohol. Kształt gałki dobrze utrzymany, gałka nieco zmniejszona. Przekrój pionowy na przednią i tylną połowę. — Na przekroju tylnej połowy widzimy w twardówce dwie plamy, jedna krągła wielkości ziarnka maku, druga języczkowata, 2 mm. długa, $^1/_2$ mm. szeroka, barwy ciemno-wiśniowej. Naczyniówka wszędzie dobrze przylega do twardówki. Siatkówka w całości oderwana tworzy w środku przekroju zbitą plamę o 3 mm. średnicy, szaroróżowawą. Dookoła jej naciek zbity, w środku ciemno-wiśniowy, bokami jaśniejszy, szarowiśniowy, z licznemi plamami czerwonemi (wynaczynionkami). Naciek ten c. szkl. odstaje od twardówki na 3—4 mm., zresztą wypełnia całą gałkę zamiast c. szkl. Na powierzchni przedniej połowy obraz podobny. Cięcie pionowe przez połowę przednią na odcinek zewnętrzny i wewnętrzny. Na przekroju zewnętrznego odcinka widzimy: rogówka prawidłowa; cała przednia komora wypełniona czerwonym skrzepem krwi zbitym, który wypycha tęczówkę ku tyłowi i wypełnia źrenicę. Ciało rzęskowe zgrubiałe. Soczewki nie widać. Tuż po za tęczówką stożek szary, lity, oderwanej siatkówki, otoczony naciekiem szarowiśniowym, wypełniającym całe ciało szklane. Powierzchnia wewnętrznego odcinka przedstawia się podobnie. Aby natrafić na ciało obce, zrobiono jeszcze dwa cięcia w dolno-zewnętrznym kwadrancie i znaleziono w stożku oderwanej siatkówki kawałek żelaza, leżący tuż po za tęczówką, silnie wklinowany w swem łożysku, mierzący 2×3×0·75 mm., wagi 0·02 grm. Łożysko ciała obcego w okolicy ciała rzęskowego bardzo twarde, zwapniałe.

Badanie drobnowidowe: Skrawki z celuloidyny, barwione hematoksyliną. Przekrój pionowy. Rogówka nie przedstawia zmian, obok paru cienkich naczyń w głębi miąższu rogówkowego, usadowionych niedaleko obrąbka. Przednia komórka głęboka, prawie w całości wypełniona jużto ciałkami, już to skrzepem krwi. W częściach, leżących bliżej tęczówki, w skrzep ten wchodzą wypustki tkanki ziarninowej, która pokrywa dość grubą warstwą przednią powierzchnię zgrubiałej zapalnie tęczówki, jakoteż wypełnia i źrenicę. W tkance tej ziarninowej znajdujemy obok komórek barwikowych jasno-brunatnych, komórki zawierające gruboziarnisty barwik czarnobrunatny, lub kulki i grudki nieregularne barwika czarno-brunatnego, obok tego tu i owdzie drobne, luźnie leżące ziarenka brunatnego barwika. W tęczówce również grudki i ziarenka barwika w komórkach okrągłych, obok tego nieliczne wynaczynienia. W ciele rzęskowem znaczne zwyrodnienie mięśni i barwik brunatny w komórkach. Wyrostki rzęskowe powyciągane. Brzeg źrenicy wciągnięty ku tyłowi i przyrośnięty do stożka oderwanej siatkówki, tkanką granulacyjną przerosłej. W stożku tym znajdujemy również torebkę soczewkową z przybłonkiem. Soczewka wessana (zresorbowana). Na siatkówce, pozwijanej w kłębek, można rozróżnić warstwę ziarnistą, komórki bar-

wikowe siatkówki i dość liczne grudki barwika brunatnego. Siatkówka oderwana w całości od naczyniówki, tworzy po za tęczówką stożek, a w dalszym ciągu przechodzi w wąski pas, zwężający się aż do nerwu wzrokowego. Tarczy rozróżnić w nim nie można; dwa grubsze naczynia w środku; warstw zresztą żadnych w pasie tym rozróżnić nie można z powodu silnego rozrostu tkanki ziarninowej zbitej. Na pasie tym znajdujemy komórki barwikowe siatkówki luźne i obok tego grudki barwika brunatnego. Bardzo charakterystycznie zachowuje się przybłonek barwikowy siatkówki. Na całej powierzchni, tak na przekrojach południkowych, jakoteż i równikowych, począwszy od ciałka rzęskowego aż do nerwu wzrokowego, tworzy on wyniosłości grzybowate, kopułowate, robiące wrażenie, jakby wskutek przerostu komórek barwikowych i zwiększenia się ztąd powierzchni owe wypuklenia powstawały, w niektórych zaś miejscach mamy zgrubienia kilkowarstwowe przybłonka barwikowego siatkówki, tworzące płaskie wyniosłości. Obok tego znajdujemy luźne komórki barwikowe siatkówki, jakby wyemigrowane do wnętrza gałki i drugie komórki tej samej wielkości i kształtów, nie zawierające jednak barwika, lub też tylko w nieznacznej ilości; jądra tych drugich komórek barwią się dobrze karminem ałunowym lub hematoksyliną, tak jak i jądra komórek przybłonka barwikowego. Wnętrze gałki wypełnione skrzepem krwi, składającym się przeważnie z ciałek krwi, obok tego znajdujemy w nim owe wspomniane pierwsze i drugie komórki. Te drugie zawierają tutaj wakuole, a ziarnka barwika leżą w nich luźnie, lub też tworzą kulki. Czy te drugie komórki są leukocytami, czy też komórkami wyemigrowanemi przybłonka barwikowego, trudno na pewne rozstrzygnąć. Nigdzie nie znalazłem leukocyta, któryby zawierał całą komórkę barwikową. Ponieważ między komórkami przybłonka barwikowego, zawierającemi barwik w prawidłowej ilości, a komórkami drugiemi, niezawierającemi całkiem barwika, widzimy przejścia, wobec tego sądzę za Hiplem, że te drugie komórki pochodzą z komórek wyemigrowanych przybłonka barwikowego siatkówki.

W przypadku tym możnaby przypuścić, że duży kawałek żelaza (2 ctgr.), przebiwszy rogówkę i soczewkę, zranił jeden większy pień naczynia siatkówkowego, skutkiem czego przyszło zaraz do znacznego krwotoku, powodującego zupełne oderwanie się siatkówki. Że skrzep, wypełniający wnętrze gałki, jest dawny, przemawiają zatem zatarte obrysy czerwonych ciałek krwi, jakoteż organizacya skrzepu. Również zwapienia koło ciała obcego, jakoteż wessanie soczewki, leżącej po za obrębem źrenicy, za tem przypuszczeniem przemawiają. Kawałek żelaza nie wbił się w ścianę gałki, lecz wraz ze siatkówką w następstwie krwotoku został odsunięty ku przodowi, gdzie pozostał, leżąc w stożku oderwanej siatkówki. Kawałek żelaza musiał być aseptyczny, a zmiany zapalne zostały spowodowane pierwotnie silnem zranieniem oka, a następowo skutkiem działania chemicznego żelaza. — Utrata wzroku, przypuszczam że nastąpiła tutaj głównie skutkiem ciężkiego zranienia oka.

Badanie mikrochemiczne. Makroskopowo na preparatach z żelazosinku potasowego i kw. solnego widzimy ciemne niebieskie zabarwienie brzegów stożka oderwanej siatkówki, nasady ciała rzęskowego, tkanki wypełniającej źrenicę i obwodu wewnętrznej ściany gałki; obok tego lekkie zabarwienie niebieskie tęczówki. Pod mikroskopem: rogówka nie daje odczynu, w skrzepie krwi, wypełniającym przednią komórkę, również odczynu nie widzimy. Na tkance pokrywającej przednią powierzchnię tęczówki, rozlane błękitne zabarwienie, obok tego ciemno-niebieskie zabarwienie, odnoszące się do grudek barwika w komórkach, w których na preparatach hematoksylinowych znajdowaliśmy barwik czarnobrunatny. W tęczówce i w ciałku rzęskowem również wybitne niebieskie zabarwienie w komórkach. Wysepki drobnoziarnistego barwika brunatnego, leżące po za komórkami, nie barwią się niebiesko. Stożek oderwanej siatkówki daje wybitne rozlane zabarwienie błękitne, na którego tle ciemne zabarwienie niebieskie, odnoszące się do komórek. Większa część komórek przybłonka barwikowego siatkówki zabarwiona na ciemno-niebiesko. Co do komórek, leżących luźnie koło tych komórek przybłonkowych, to mamy wszystkie stopnie, od ciemno-niebiesko. aż do blado-błękitnie zabarwionych, a niektóre wcale się nie barwią.

Po włożeniu preparatów do 5% kwasu solnego na 48 g. widzimy, że odczyn występuje, tylko że mniej więcej do połowy zmniejszony, t. j. że wiele komórek, które przedtem dawały odczyn, teraz wcale go nie dają, inne zaś dają nieco mniej wybitny. „Siderosis“ więc w tym przypadku pochodziła tak dobrze od ciała obcego, jakoteż od krwi wynaczynionej. Najwięcej żelaza chłonęły, wiążąc go ze swą protoplazmą, bujające komórki barwikowe przybłonka siatkówkowego i komórki tkanki ziarninowej, otaczającej ciało obce.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

Dawniejsi lekarze, którym dokładne sposoby badania nowszych czasów nie były jeszcze znane, kładli wielki nacisk na poznanie wyrazu oblicza u chorych. I w rzeczywistości, doświadczony ich wzrok niejednokrotnie skierował ich na dobry trop i dopomógł do rozpoznania choroby często z samego wyrazu twarzy i z wejrzenia pacyenta. I nam się często zdarza, że rozpoznajemy chorobę z pierwszego rzutu oka, niejako z oblicza chorego, pomijając już to, że cały szereg chorób umiejscowia się prawie wyłącznie, albo przynajmniej bardzo często na twarzy. To też i tegocześni lekarze zajmują się czasami patologiczną fizyognomiką. Przytoczę n. p. ładną rozprawę Koniga: „O obliczu chorych na tężec“. I jak Kaulbach stworzył charakterystyczne twarze szaleńców, tak niejedną chorobę możnaby rozpoznać z samej podobizny chorego. Lecz naturalnie, że tego rodzaju spostrzeżenia nie mogą ustalić rozpoznania i że nie należy zaniechać jego ustalenia przy pomocy innych dostępnych nam sposobów badania, t. j. fizykalno-chemicznego, a niekiedy drobnowidowo-bakteryologicznego. Każdy lekarz praktyczny, który z biegiem czasu nabył biegłości w uprzytomnianiu sobie wyrazu oblicza u swoich chorych, nauczył się równocześnie niejako odgadywania przyrody cierpienia z fizyonomii, a w każdym razie obrania właściwego kierunku badania. Ileż to razy nam się zdarza, że zatrzymujemy się na ulicy, by się przypatrzyć człowiekowi, w którego wyrazie twarzy dostrzegliśmy jakiejś niezwykłej choroby?

Już z wejrzenia chorego, zanim mu zadamy jakie pytanie, czynimy pewne wnioski. Z twarzy dowiadujemy się czegoś o przeszłości chorego, a cera, stan odżywienia, kształt i wyraz twarzy pozwalają nam rozpoznać jeśli nie samą chorobę, to w każdym razie dostarczają ważnych wskazówek do jej rozpoznania.

I. Wywiady. Z oblicza pacyenta rozpoznajemy często zawód jego i wiek. Twarz księdza i aktora jest gładko zgo-

lona; lecz oblicze ostatniego odznacza się właściwą mimiką. Zupełnie golone policzki może mieć także człowiek, który się leczy na figówkę twarzy *(sycosis)*. Widok gładkiej, kobiecej twarzy u mężczyzny budzi podejrzenie o niemocy mezkiej, albo przynajmniej o niedorozwoju narządów płciowych. Z drugiej strony nie tak rzadko spotyka się mierny zarost na twarzy u starszych, choć zupełnie prawidłowo zbudowanych kobiet. Charakterystyczną jest twarz starca, pełna zmarszczek i bezzębna, oraz starczo wycieńczona twarz wycieńczonych osesków. Często poznajemy z twarzy przebyte choroby, np. ospę z blizn poospowych, które łatwo odróżnić od blizn, pozostałych po upartym i długotrwającym trądziku zwyczajnym *(acne vulgaris)*. Blizny w grupach i rzędach ustawione mogą pozostać po półpaścu krwawym lub zgorzelinowym *(herpes zoster haemorrhagicus et gangraenosus)*.

Nos zapadnięty lub siodłowaty budzi podejrzenie kiły wrodzonej albo nabytej. Lecz nos siodłowaty może także być wrodzony i w niektórych rodzinach dziedziczny, a nawet całej rasie właściwy. Podobne oszpecenia nosa mogą też pochodzić ze złamania kości nosowej w młodym wieku, o czem należy pamiętać, by z samego kształtu nosa nie wywnioskować kiły. Blizny promieniste w kątach ust, a szczególnie w miejscu, gdzie czerwień wargi przechodzi w błonę śluzową, również przemawiają za kiłą i pochodzą z zapalenia warg kiłowego w wieku dziecięcym *(cheilitis luetica, Hochsinger)*.

Duża czaszka, wystające guzy, potyliczny i czołowe, czoło kwadratowe, są znamionami przebytej krzywicy. Blizny wciągnięte lub postronkowate nad kośćmi policzkowemi, na szyi, albo przed uchem, dowodzą, że chory przebył próchnienie kości albo t. zw. zołzowe lub gruźlicze ropienie gruczołów. Blizna prostolinijna wzdłuż mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego pochodzi z wyłuszczonych gruczołów. Blizny zaciągnięte w okolicy szczęki dolnej mogą także pochodzić od ropni i ropówek (phlegmona) podszczękowych, występujących w przebiegu płonicy, błonicy i t. p., tembardziej, jeżeli nie były leczone według zasad chirurgicznych. Bursza niemieckiego można poznać po bliznach prostolinijnych, które niekiedy bywają oszpecone bliznowcami (keloidami). Lekarz łatwo poznaje bliznę po resekcyi szczęki gónej lub dolnej. Blizny promieniste naokoło ust lub na twarzy ze skrzywieniami i zmarszczkami pochodzą od oparzeń lub też od ciężkich zapaleń zgorzelinowych, występujących n. p. po płonicy, albo po raku wodnym.

Łuszcząca się skóra na twarzy u dziecka ozdrowieńca świadczy o przebytej płonicy, odrze. Jeżeli dostrzegamy ślady krwi zeschłej na brzegach nozdrzy, to przypuszczamy, że pacyent miał krwotok nosowy.

Twarz, jako część ciała zupełnie odkryta, narażona jest prawie na wszystkie szkodliwości i uszkodzenia, wynikające ze zmian powietrza i z pracy zawodowej. Jest ona przeto często siedzibą ran ciętych i tłuczonych, zmiażdżeń, sińców i guzów krwawych, które powstają wskutek urazu. Miejscem predylekcyi u samobójców jest skroń i spostrzegłszy nieraz bliznę na skroni lub kilka wgniecionych ziarnek prochu, poznajemy niedoszłego samobójcę, tembardziej jeżeli oko tej strony będzie sprawą chorobową zajęte. Ziarnka prochu mogą też pochodzić z wybuchu, n. p. u robotników w kopalniach, lub zajętych wyrabianiem środków wybuchowych.

Wrodzona szyja skośna *(torticollis muscularis)* bywa czasem następstwem porodu pośladkowego i często jest połączona z asymetryą twarzy. Lecz sztywne trzymanie głowy u osobnika wycieńczonego pochodzić może z próchnienia kręgosłupa w części szyjnej *(malum Potti et Rustii)*. Czasem chory taki instyktownie podtrzymuje sobie głowę rękami, przy każdym ruchu głowy porusza całym tułowiem. Lecz nie należy spuszczać z uwagi, że kto ma czyrak na karku, również trzyma głowę sztywnie.

II. Wrodzone nieprawidłowości w twarzy często pozwalają wnioskować o stanie psychicznym chorego. Asymetrye czaszki i twarzy, odstające wielkie małżowiny uszne, lub różne ich zniekształtnienia, braki na wargach i powiekach, szczeliny *(colobomata)* i niezwykłe zabarwienie tęczówki i tym podobne oznaki zwyrodnienia, świadczą często o nieprawidłowych stanach psychicznych, jakoteż o wrodzonych nieprawidłowościach w ogóle. W. Sommer sądzi, że wszystkie dzieci o czaszkach asymetrycznych należy uważać za neuropatycznie usposobione i osobliwie pielęgnować.

Brak szczęki *(agnathia)* może być nabyty po resekcyi z powodu próchnicy, lub też może być wrodzony. „Prognathia alveolaris“ jest stanem wrodzonym, ale i przy zwichniętej szczęce usta są szeroko rozwarte, chory nie jest w stanie gryźć i mówić i jest trapiony ciągłym ślinotokiem. Przytem policzki są spłaszczone, a naprężony mięsień żwacz występuje wyraźnie. Wrodzone są też naczyniaki różnego rodzaju, oraz różne znamiona, które mogą być owłosione lub gładkie.

III. Zwiększenie i zmniejszenie wymiarów może dotyczyć twarzy w całości, lub pojedynczych jej części. Twarz jest powiększona, a szczególnie wargi i nos, przy akromegalii, przy której to chorobie, jak wiadomo, kończyny są również powiększone. Słoniowacina może być wrodzona, albo rozwija się później i polega na rozszerzeniach naczyń chłonnych, szczególnie na wargach i małżowinach usznych; rozwija się też często w następstwie powtarzającej się róży. Osobniki takie mają zatem uderzająco pełną twarz, pozornie bardzo dobrze wyglądają. Częściowe powiększenie twarzy bywa spowodowane przez różne nowotwory w twarzy. Przy mięsaku szczęki górnej gałka oczna może już wtedy ku górze i przodowi wystąpić, kiedy wypuklenia w twarzy wcale jeszcze niema. Dołek psi *(fossa canina)* jest wypuklony przy otoku i nowotworach jamy Highmora; czoło nad gładyszką przy otoku i nowotworach jamy czołowej. Przy tych ostatnich również gałka oczna może być wyparta na zewnątrz albo ku dołowi. Nie należy jednak zapominać o kilakach i wyroślach kostnych na twarzy, a szczególnie na czole.

Twarz mała idzie często w parze z wodogłowiem wrodzonem i nabytem, jakoteż przy wzroście karlim i matolectwie. Wycieńczenie osesków można poznać już po zanikającej twarzy, a dziecko niedonoszone, lub pochodzące z bliźniąt często po twarzy do dziesiątego roku życia poznać można. Przyczyna zupełnego lub częściowego zaniku połowiczego twarzy nie jest znana. Niekiedy spostrzegano go po półpaścu w obrębie nerwu twarzowego i trójdzielnego, lub też górnych nerwów szyjnych. Połowiczy wrodzony przerost jest chorobą bardzo rzadką i występuje częściej po stronie prawej, niż po lewej. Wzrost przerosłej strony wzmaga się z latami.

IV. Barwa policzków ma często doniosłe znaczenie. Naturalnie, że nie wolno zapominać o barwie i cerze różnych ras i zawodów. Rudawi i blondyni mają o wiele delikatniejszą i cieńszą skórę, niż bruneci, a opalona twarz wieśniaka i w kuźni zczerniała twarz kowala łatwo da się odróżnić od twarzy mieszczanina i urzędnika. Lecz znaczne pigmentacye mogą też powstać u osobników źle odżywionych z powodu pasorzytów, co miewa miejsce u żebraków. Licho odżywieni starcy także mają ciemno pigmentowaną cerę. Szczególnie smagła cera występuje z powodu dłuższego używania arszeniku przy chłoniakach, liszaju czerwonym i łuszczycy. Pigmentacye z powodu arszeniku pozostają zwykle na zawsze, o czem należy pamiętać przy dłuższem leczeniu tym przetworem kobiet. Żółte zabarwienie i zapalenie skóry twarzy, połączone z zapaleniem spojówek, występuje z powodu użycia chryzarobiny, tak, że nawet włosy i paznokcie żółkną, nietylko u tych, którzy sami chryzarobiny używają, lecz także i u tych, którzy ją chorym stosują. Lekarz powinien także rozpoznać żółto-brunatne zabarwienie, które powstaje po pędzlowaniu jodyną. Tatuowanie twarzy zdarza się wyłącznie u ludów dalekiego wschodu i południa.

Ostuda *(chloasma)* na twarzy, która u kobiet dochodzi często do znacznych rozmiarów, powstaje z powodu zaburzeń macicznych, występuje także podczas ciąży, zwrotu płcio-

wego, słusznie przeto nazywają ją „chloasma uterinum“. Większe plamy ostudy mogą też pochodzić ze znacznego wycieńczenia i nazywają się wtedy „chloasmata cachecticorum“. Nareszcie plamy ostudy, szczególnie większe nad kośćmi policzkowemi i pod oczami mogą być zwykłym skutkiem wpływu promieni słonecznych u nieco starszych osób, podczas gdy o wiele mniejsze piegi *(ephelides)* powstają już u dzieci z delikatną skórą. Piegi te zwykle znikają w podeszłym wieku, szczególnie u mężczyzn i tylko bardzo rzadko stają się punktem wyjścia dla tworzących się nowotworów barwikowych. Silnie zabarwione i rozległe piegi bardzo rzadko powstają u osobników o delikatnej skórze już w młodym wieku i przechodzą w t. zw. skórę pergaminowatą *(xeroderma pigmentosum)*; choroba ta, którą Kaposi uważa za „senilitas praecox“ skóry, po długoletniem istnieniu powoduje liczne mięsaki barwikowe i śmierć. Mniejsze czerniaki (melanomata) twarzy zawsze należy usuwać, gdyż doświadczenie poucza, że często bywają one punktem wyjścia dla mięsaków barwikowych.

Lekarz rozpozna żółtaczkę nawet nieznaczną i z odżywienia chorego rozróżni żółtaczkę groźną w następstwie nowotworów wątroby, marskości wątroby żółciowej od żółtaczki zwykłej, spowodowanej nieżytem dwunastnicy. W napadzie kolki lekka żółtaczka przemawia za kamicą żółciową. Według francuzkich autorów (Hanot) skóra bronzowa (teinte urobilinique) ma być między innymi objawem zwiastunowym zanikowej marskości wątroby *(petits signes de la précirrhose hepatique)*. Żółtaczka występuje także w ropnicy i niekiedy w przebiegu dławcowego zapalenia płuc.

Po bronzowej skórze *(melanodermia)* poznajemy chorobę Addisona, która zwykle jest połączona z ogólnem charłactwem (charłactwo bronzowe, *Bronze-Kachexie)*. Niekiedy można zauważyć przy wielokrotnych mięsakach barwikowych osobliwą czerniaczkę (melanozę) skóry, przyczem i błony śluzowe przyjmują ciemne zabarwienie, podobnie jak po długoletniem używaniu azotanu srebrowego (Mehrer), a i spojówki są podobnie zabarwione, jak po długiem stosowaniu azotanu srebrowego z powodu np. jaglicy. (C. d n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

Całość przedmiotu, opracowana w formie 41 wykładów, tak zasadniczo różni się w sposobie wyjaśnienia poszczególnych objawów życia umysłowego w stanie zdrowia i choroby od znanych i poczytnych dawniejszych podręczników psychiatryi, że wydało mi się właściwszem, w miejsce podania suchej i nic niemówiącej oceny tego pierwszorzędnego dzieła, streścić je i umożliwić w ten sposób zaznajomienie się z niem kolegom, którzy tylko przygodnie z zagadnieniami psychiatrycznemi się spotykają.

Całość dzieli W. na trzy części: na I. wstęp psychologiczny, II. przedstawienie przewlekłych stanów pomięszania i III. przedstawienie ostrych postaci obłąkania, łącznie ze stanami psychicznego defektu.

I. Wstęp psychofizyologiczny. Choroby umysłowe są cierpieniami mózgu, które, ogólnie biorąc, mogą być chorobami ogólnemi, lub ogniskowemi. Do chorób mózgu ogólnych zaliczamy zapalenie opon mózgowych i niedowład postępujący *(paralysis progressiva)*. Choroby umysłowe dałyby się podporządkować pod gromadę chorób mózgu ogólnych, jednak z tem zastrzeżeniem, że nie towarzyszą im nigdy objawy ogniskowe. Genezę objawów ogniskowych wyjaśnił nam Meynert, wykazawszy istnienie w mózgu układów rzutowych (projekcyjnych), t. j. układów nerwowych, łączących pewne ośrodki kory mózgowej z mięśniami dowolnymi i zmysłami zapomocą dróg nerwowych, przebiegających przez mózg, rdzeń i nerwy obwodowe, w których panuje prawo odosobnionego przewodnictwa. Układ rzutów (projekcyj), zależny od obu półkul mózgowych, jest także podwójny i tak jest urządzony, że zdolność ruchowa i czuciowa jednej połowy ciała odpowiada przeciwległej półkuli mózgu. Otóż objawy ogniskowe mogą wystąpić, albo gdy drogi nerwowe tego układu ulegną przerwaniu lub zadrażnieniu, albo gdy ulegną zniszczeniu ośrodki korowe mózgu, będące ostatnią stacyą dróg nerwowych. Ośrodki te zowiemy polami rzutowemi. — Takie pola poznano już dla nerwu wzrokowego w korze płatów potylicznych; dla nerwu słuchowego — w korze płatów skroniowych; dla ruchów i czucia kończyn górnych i dolnych, języka i twarzy — w górnym, środkowym i dolnym odcinku obu zwojów centralnych, dla ruchów służących mowie — w zwoju Broca. Pola rzutowe są siedzibami obrazów pamięciowych dla odnośnych czynności układu nerwowego. Otóż o ile choroby mózgu tak zwane organiczne, czyli polegające na widocznych zmianach anatomicznych, odznaczają się tymi objawami ogniskowymi, to choroby umysłu nie są chorobami układu rzutowego i jego pól. Poszczególne pola rzutowe, których z natury rzeczy musi być bardzo wiele, są między sobą połączone włóknami nerwowemi, które łącznie z polami tworzą układ kojarzenia, czyli asocyacyi. Zaburzenia w zakresie tych włókien, czyli zaburzenia układu kojarzenia, stanowią dopiero istotę chorób umysłowych.

Związek poszczególnych części układu rzutowego i układu kojarzenia możemy łatwo zrozumieć n. p. na rozpatrzeniu jego części, służącej mowie. Ośrodek Broki, stanowiący centrum ruchowe mowy, t. j. centrum, w którem się mieszczą obrazy pamięciowe, czyli wyobrażenia ruchów, potrzebnych do wygłoszenia słów, wysyła nerwy, zdążające do ośrodków odnośnych rdzenia pacierzowego. Ośrodek słuchowy dla mowy jest ostatnią stacyą nerwu słuchowego, a zarazem jest on siedzibą obrazów pamięciowych dla dźwięku słów *(Klangbilder der Worte Helmholtza)*. Zniszczenie ośrodka ruchowego *(C. m.)* sprowadza niemotę ruchową *(aphasia motorica)*, zaś ośrodka słuchowego czyli czuciowego dla mowy *(C. s.)* niemotę czuciową *(aphasia sensorica vel amnestica)*. Drogi nerwowe, zdążające do centrum słuchowego i od centrum ruchowego mowy muszą sięgać poza te dwa centra w korze mózgowej, aż do centrum przypuszczalnego, będącego siedzibą pojęcia *(Begriffscentrum — C. b.)*. Drogi nerwowe, łączące *C. m.* i *C. s.* z *C. b.*, są włóknami kojarzenia, a zowiemy je drogami pozakorowemi *(transcorticale Bahnen)*. Jeżeli drogi te ulegną zaburzeniu, to chociaż badany człowiek słyszy mowę drugiego i sam mówić może, jednak da na zadane mu pytanie odpowiedź niewłaściwą. Zdarza się to często w chorobach umysłowych, a objaw ten zowiemy niemotą pozakorową *(aphasia transcorticalis)*. Człowiek dotknięty niemotą słuchową, czyli sensoryczną, nie rozpoznaje słyszanych dźwięków mowy, czyli słów; otóż czynność tę rozpoznawania dźwięków mowy zapomocą *C. s.* zowiemy czynnością pierwotnej identyfikacyi lub utożsamienia; czynność zaś znalezienie właściwego danemu a rozpoznawanemu dźwiękowi mowy słowa czyli pojęcia w *C. b.*, zowiemy czynnością następowej identyfikacyi. *C. s.* może być zatem porównane ze stacyą, która otrzymuje telegram, *C. b.*, zaś z tym, któremu ten telegram ma być doręczony, a który go tylko zrozumieć umie. *C. b.*, jako odbiorca ostateczny telegramu, znajduje nań odpowiedź, którą nadaje następnie do *C. m.* (stacyi nadawczej), a *C. m.* wysyła ją na zewnątrz przez wywołanie odpowiednich ruchów, potrzebnych do wymówienia tej odpowiedzi. Zatem po rozpoznaniu dźwięku danego pytania i zrozumienia go, powstaje pojęcie odpowiedzi, które wywołuje odpowiednie podniety (impulsy) do ruchów, potrzebnych w celu jej wysłowienia. Czynność od *C. s.* do *C. b.*, od *C. b.* do *C. m.*, to czynność następowej identyfikacyi, której zaburzenie, objawiające się niewłaściwością odpowiedzi na dane pytanie,

stanowi częsty objaw w chorobach umysłowych. Domniemany ośrodek pojęcia *(C. b)* ma zatem podwójną czynność do załatwienia, tj. ma znaleźć właściwe dla rozpoznanego w *C. s.* dźwięku mowy pojęcie i ma znaleźć dlań pojęcie inne, stanowiące odpowiedź na pierwsze. Możemy zatem to *C. b.* rozdzielić na dwa centra. tj. centrum znalezienia zasadnionego pojęcia dla dźwięku mowy, czyli zrozumienia pytania (A.) i centrum znalezienia pojęcia celowego, tj. pojęcia dla odpowiedzi *(Z). A* będzie połączone włóknami pozakorowemi z *C. s.*, *Z* z *Cm.*, nadto zaś muszą istnieć włókna, łączące *A* z *Z*. Ponieważ zaś między chwilą zrozumienia pytania, a znalezieniem dlań odpowiedzi odbywa się skombinowany proces zastanowienia się, przeto droga *A. Z.* musi się jeszcze łączyć z innemi centrami kory.

Powyższy przykład wystarcza dla wyjaśnienia całej symptomatologii chorób umysłowych, jeżeli tylko w miejsce obranego pola rzutowego dla mowy wstawimy inne pola rzutowe, np. pola rzutowe dla ruchów. Ruchy naszego ciała są dwojakie: jedne zależne od naszej świadomości, drugie od niej niezależne, do których zaliczamy ruchy oddechowe, serca, jelit, ścian naczyniowych i ruchy odruchowe. Ruchy zależne od świadomości można podzielić na trzy gromady, tj. na ruchy, wyrażające np. dany nastrój, lub afekt; na ruchy oddziaływania (reaktywne) i początkowania (inicyatywne). Nastrój i afekt wyrażamy mową, mianowicie wykrzyknikami i t. d.; ale obok mowy zdradza się nastrój lub afekt ruchami mimicznymi twarzy i reszty ciała. Człowiek przytomny zdradza zawsze swymi ruchami pewien nastrój, toteż brak tej wyrazowości ruchów jest ważnym objawem chorobowym. Ruchami oddziaływania (reaktywnymi) zowiemy te, które są następstwem pewnych zewnętrznych bodźców. I tak już danie odpowiedzi na pewne pytanie, nie biorąc w rachubę jej treści, jest ruchem oddziaływania. Nieprawidłowa modyfikacya, lub zanik tych ruchów stanowią ważne dla oceny stanu umysłowego objawy. Ruchami początkowania (inicyatywnymi) zowiemy znowu te ruchy, które podejmujemy z własnego popędu, a zatem bez zewnętrzego bodźca. Ruchy te pojawiają się zwykle jako złożone z szeregu pojedynczych ruchów i tworzą to, co zowiemy czynnością. Podnieta nerwowa, zjawiająca się w układzie rzutowym od obwodu przez *Cs.*, *A*, *Z* i *Cm.* może być porównaną z odruchem: drogę zaś tę możemy nazwać psychicznym łukiem odruchowym. Ruch zatem, wywołany na obwodzie ciała przez bodziec z *C. m.*, stanowi wynik czyli dostrzegalne następstwo tego stanu czynnego, wywołanego podnietą w łuku odruchowym. Otóż metoda kliniczna psychiatryi polega na tem, by badać ten wynik końcowy i z niego oceniać całość czynności, której on jest następstwem. Za ruch odruchowy można uważać ruchy oddziaływania (reaktywne); ruchy zaś wyrażające nastrój i ruchy początkowania mogą być także podporządkowane pod ruchy odruchowe, albowiem, choć nie wyłącznie tylko, lecz przecie częściowo zawdzięczają swe powstanie pewnym mniej znacznym bodźcom zewnętrznym. Tam atoli, gdzie dla tych ruchów, wyrażających nastrój lub początkowanie, nie można wykazać takiego małoznacznego, zewnętrznego bodźca, są one wywołane przez obrazy pamięciowe, które powstały pod wpływem dawniej już działających bodźców zewnętrznych. Tak więc obrazy pamięciowe stanowią zapasy nagromadzonej siły. Zaburzenia chorobowe ruchów, pojawiające się w chorobach umysłowych, polegają wyłącznie na zaburzeniu następowej identyfikacyi (drogi od *C. s.* do *A* od *Z* do *C. m.).* Ponieważ zaś w układzie rzutowym mieszczą się tylko drogi nerwowe, przeto przyczyną zaburzeń następowej identyfikacyi będą chorobowe zmiany w pobudliwości tychże dróg. Zmiany te w pobudliwości mogą być trojakie, t. j. pobudliwość może być albo obniżona, względnie zniesiona, albo wzmożona, albo spaczona. Nazwijmy część psychicznego łuku odruchowego od *C. s.* do *A.* częścią psychosensoryczną; część od *Z.* do *C. m.* — psychomotoryczną, część zaś środkową od *A.* do *Z.* — częścią intrapsychiczną, to zmiany możliwe w pobudliwości dróg nerwowych w tych trzech częściach przedstawią się w części psychosenzorycznej jako znieczulenie (anestezya), przeczulica (hyperestezya), i zboczenie czucia (parastezya; w części psychomotorycznej — jako bezwład (akineza), skurcz (hiperkineza) i zboczenia ruchu (parakineza), w części zaś intrapsychicznej jako zniesienie czynności (afunkcya), nasilenie czynności (hiperfunkcya) i zboczenie czynności (parafunkcya). Biorąc pod rozwagę zboczenie ruchu (parakinezę), musimy odróżnić stronę formalną ruchów od ich treści i to tak wówczas, gdy rozważamy zboczenie ruchów (parakineza) w zakresie mówienia, jak i wtedy, gdy mówimy o zboczeniu ruchów w zakresie ruchów ekspresyjnych (wyrażających nastrój), ruchów oddziaływania lub początkowania. Tak n. p. wymawianie przymusowe słów, lub monotonne ich powtarzanie (tak zwana werbigeracya) stanowią zboczenie ruchów (parakinezę). Tak, jak możliwem jest, że chory w mowie formalnie poprawnej, a więc nie parakinetycznej, wygłasza największe brednie, tak i ruchy, wyrażające nastrój, choć są poprawnie oddane, mogą być co do treści nieodpowiadające rzeczywistości, czyli chorobowe. Te ostatnie zaburzenia nie polegają na zboczeniach psychomotorycznej części następowej identyfikacyi, lecz na zaburzeniach innych części psychicznego łuku odruchowego. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Schiff. **Stosunek zachodzący między nosem, a płciowym narządem kobiecym.** *(Wien. klin. Wochs.*, Nr. 3, 1901). Aby skontrolować zapatrywanie Fliessa, co do związku, zachodzącego między nosem a narządem płciowym kobiety, przeprowadził Schiff doświadczenia na 47 chorych, cierpiących od kilku lat na długotrwałe i bardzo dotkliwe bóle miesiączkowe. Z tych u 4-rech leczenie nie odniosło żadnego skutku, gdzie przyczyna bólów miesiączkowych była mechaniczna, oraz u 2-ch, gdzie były schorzałe części dodatkowe i u 2 histeryczek. Bóle miesiączkowe ustają, jeżeli odpowiednie miejsca „płciowe“ w nosie zapędzluje się 20% rozczynem kokainy; na odwrót, jeżeli w czasie wolnym od bólów miejsca te podrażnimy, to bóle powstają. Każdy z punktów „płciowych“ w nosie ma specyalne miejsce, w którem przy zadrażnieniu sprowadza bóle, przy znieczuleniu zaś znosi bóle. I tak: jeżeli znieczulimy przedni brzeg dolnej muszli, ustają bóle w podbrzuszu; przy znieczuleniu muszli prawej — tylko po stronie prawej, muszli lewej — tylko po stronie lewej. Przy znieczuleniu wzgórka przegrody nosowej znikają bóle w krzyżach po odpowiedniej stronie. Przeciw ogólnemu działaniu kokainy przemawia mała ilość użytego rozczynu (2—3 kropel), którą stosuje się tylko na same miejsca „płciowe“, unikając pędzlowania całego wnętrza nosa z obawy zatrucia kokainą, a nadto w obawie wywołania odruchowego kaszlu i bólu w brzuchu. Znieczulanie to daje zawsze dobre skutki tam, gdzie brak zmian wybadalnych w częściach płciowych; bardzo często daje dobre wyniki i tam, gdzie są zmiany, pozornie tłomaczące cierpienie: nie daje zaś żadnego skutku, gdzie przyczyną bólów miesiączkowych jest przeszkoda mechaniczna. Znieczulenie kokainą usuwa bóle czasem na kilka godzin, czasem na cały czas miesiączkowania: trwale usuwa cierpienie zniszczenie wzgórków „płciowych“ zapomocą środków przyżegających, n. p. kwasu trójchlorooctowego lub elektrolizy. *P.*

Stolz. **O postępowaniu z pępowiną noworodka.** *(Wiener klin. Wochs.*, Nr. 5, 1901). W jedną lub półtorej godziny po urodzeniu noworodka Martin ponownie związuje pępowinę jedwabiem tuż przy brzuszku, pozostały zaś jej kawałek odpala w odległości pół ctm. od nowego związania. Ahlfeld przy powtórnem podwiązaniu używa tasiemki lnianej, którą związuje pępowinę 1 ctm. od brzuszka i odcina 1 ctm. ponad związaniem, następnie zwilża pępowinę i całe otoczenie 96% alkoholem. Na klinice Rosthorna postępują pośrednio, biorąc część z każdego z tych sposobów, to jest podwiązują tak, jak poleca Martin, pępowiny jednak nie odpalają, ale odcinają w odległości ½—1 ctm. nad podwiązką wyjałowionemi nożyczkami.

Sposób ten, wypróbowany na 550 przypadkach, zaleca szczególnie autor, podnosząc jako zaletę pozostawianie tylko małego kawałeczka pępowiny, a więc i łatwiejsze usychanie. Przez podwiązanie przy samym brzuszku jest łatwiejsze i szybsze gojenie się po odpadnięciu pępowiny, bo tu zawsze nizko odpaść musi. Przy sposobie

tym pępowina odpada przeciętnie 5—6 dnia; opatrywanie musi być tak samo dokładne, jak przy sposobach innych i musi polegać głównie na aseptyce i suchości. *P.*

Steudel. **Górna granica ciepłoty, w której ustaje życie.** *(Münch. med. Wochenschrift,* 1901, Nr. 7). Granice ciepłoty, w których ustaje życie zwierzęce i roślinne, poznano obecnie dokładniej głównie dzięki badaniom bakteryologicznym. Wiele bakteryi znosi bez szkody 188—192° niżej zera, nawet tygodniami; poznano również liczne drobnoustroje, żyjące w ciepłocie stosunkowo wysokiej. I tak pleśnie rozrastają się jeszcze przy 43°, drożdże przy 53°, bakterye przeważnie nie giną przy 45°, a istnieje cały szereg takich, które właśnie najlepiej rozwijają się przy + 50—70°. Pierwsi badacze, którzy bakterye te odkryli, uważali to za zjawisko wyjątkowe; dopiero Globig (1888) stwierdził, że bakterye takie stale znajdują się w powierzchownych warstwach ziemi, a Kędzior (1897) wykazał, że oprócz bakteryi żyją w tak wysokiej ciepłocie (do + 65) pewne rodzaje „cladothrix“; wreszcie Tsikliński opisał dwie odmiany grzybka promienistego, utrzymujące się nawet przy + 75°. Z początku było zagadką, gdzie w przyrodzie znaleźć mogą te drobnoustroje ową wysoką ciepłotę, która nietylko ich nie niszczy, ale nawet jest dla ich rozwoju najkorzystniejszą, — zanim Rabinowitsch nie wykazała, że te gatunki drobnoustrojów potrafią rozwijać się także i przy 34 do 44°, jako bezpowietrzne (anäerob) współżyjąc z innemi bakteryami. W ten sposób mogą one istnieć i mnożyć się obficie w przewodzie pokarmowym ludzi i zwierząt, dostając się tam z mlekiem, wodą rzeczną, pokarmami roślinnemi i t. d. — Również zbadano w ostatnich czasach dokładniej rozmaite wodorosty z gatunku algów, żyjące w cieplicach w ciepłocie bardzo bliskiej tej ciepłoty, w której już krzepnie białko. Niektóre drobnoustroje można sztucznie przyzwyczaić do wzrostu w wyższej ciepłocie (Dallinger i i.). *C.*

P. Sudeck. **Operowanie w pierwszem odurzeniu eterowem.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* Nr. 7, 1901). Istnieje cały szereg zabiegów operacyjnych, których wykonanie wymaga stosunkowo bardzo krótkiego czasu. W przeważnej liczbie tych przypadków może być i bywa zastósowane znieczulenie miejscowe. W pozostałej liczbie przypadków, nienadających się do znieczulenia miejscowego, uciekamy się do użycia środków ogólnie znieczulających, mających działanie krótkotrwałe, jak n. p. tlenku azotu, bromku etylu, lub pentalu. S. przystosował do podobnych celów uśpienie eterowe. Używa on maski Czernyego, do której nalewa 30—50 ctm. sz. eteru. W chwili przyłożenia maski poleca się wykonać choremu głęboki wdech i w dalszym ciągu szereg ruchów oddechowych, możliwie głębokich. Chory winien całą swą uwagę zwrócić na usypianie; należy go utrzymywać w tem mniemaniu, że na razie idzie tylko o uśpienie, że sama operacya wykonaną będzie dopiero przy zupełnem znieczuleniu. Operacyę należy rozpocząć równocześnie z pierwszym lub drugim wdechem pary eterowej. Trwać ona może co najwyżej kilka minut, gdyż z chwilą rozpoczęcia się okresu pobudzenia chorzy oddziaływują na ból wyraźnie. S. używał tego środka przy licznych, nawet i większych zabiegach, jak n. p. przy odjęciu uda, otwarciu i sączkowaniu jamy brzusznej, przy zapaleniu otrzewnej, wyłuszczeniu gruczołów pachowych, pachwinowych i t. p. Każdą z tych operacyj wykonał autor tak szybko, że znieczulenie, trwające „kilka minut“, miało się okazać zupełnie wystarczającem. Niestety, brak w pracy bliższych danych co do czasu trwania znieczulenia i operacyi. Z uzyskanych wyników S. jest zupełnie zadowolony i sądzi, że sposób ten powinien znaleźć szerokie zastósowanie. *Urbanik.*

Menzer **W sprawie etyologii ostrego gośćca stawowego.** *(Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 7). W czterech przypadkach ostrego gośćca stawowego (w jednym istniała równocześnie ostra rzeżączka cewki moczowej), który ustępował pod działaniem przetworów salicylowych, wyhodował M. bądź z treści zajętych stawów, wydobytej przez nakłócie, bądź z migdałków, dotkniętych ostrem zapaleniem, bądź z obu miejsc, — paciorkowce, które wywoływały u królików po wstrzyknięciu do żył obrzęk stawów, niekiedy zapalenia ropne lub włóknikowe błon surowiczych, a raz zapalenie zastawek sercowych. Z treści stawów zakażonych zwierząt, oraz z ich krwi dawały się te paciorkowce, okazujące w hodowli drobne różnice od innych paciorkowców, ponownie wyhodować. Znalezienie paciorkowców w migdałkach i w treści zajętych stawów w ostrym gośćcu stawowym nie jest rzeczą nową; chorobotwórcze znaczenie w tej sprawie przypisywał im Veillon, a zapatrywanie jego zyskało pewniejsze podstawy od czasu, gdy Wassermannowi powiodło się zapomocą takich paciorkowców wywołać u zwierząt zmiany w stawach, a niedawno Mayerowi zmiany zapalne na zastawkach sercowych. Jednakże, jak dotychczas, nie daje to jeszcze prawa do twierdzenia, że przyczyną gośćca stawowego jest jakaś swoista odmiana paciorkowca; pomijając już bowiem wielopostaciowość tego drobnoustroju, którą można sztucznie wywołać, to nawet o niektórych ściślej określonych jego odmianach *(np. streptococcus longus)* wiadomo, że w pewnych warunkach mogą one wywoływać rozmaite zmiany chorobowe, niekiedy zaś znów nie są wcale jadowite. Nawet zapomocą gronkowców zdołał Fischl wywołać u zwierząt doświadczalnie zapalenie wielu stawów i zapalenia zastawek sercowych, zwłaszcza przy równoczesnem zastósowaniu czynników urazowych, Tavel zaś nawet bez zastósowania urazu. Byćby więc mogło, że przyczyną gośćca stawowego stają się w pewnych razach jakiekolwiek drobnoustroje ropne, nie zaś swoisty ich jakiś gatunek. W ocenie wyników badań bakteryologicznych należy zachować tem większą ostrożność, jeżeli chodzi o paciorkowce, wyhodowane z migdałków, o których nawet niewiadomo, czy rzeczywiście znajdowały się one w głębi tkanki, czy też tylko leżały na powierzchni migdałków. Toteż, aby przyznać pewnej odmianie paciorkowców swoiste znaczenie przyczynowe w gośćcu stawowym, trzeba będzie naprzód stwierdzić, czy inne rodzaje paciorkowców, a także rozmaitych innych bakteryi, znajdowanych na migdałkach w różnych postaciach zapalenia gardła, oraz w stanie prawidłowym, nie posiadają przypadkiem także własności wywoływania zapaleń stawów u zwierząt. Zanim to nastąpi, nie mamy prawa mówić o żadnej bakteryi, jako swoistej przyczynie gośćca stawowego. *C.*

Z najnowszego piśmiennictwa o fizyologii i patologii żołądka. *(Wiener med. Presse,* Nr. 1, 2, 3 i 4, 1901). Praca ta przedstawia się jako zbiór najrozmaitszych, a rzadkich postaci cierpień żołądkowych, poprzednio już ogłoszonych. Wobec tego referent musi się ograniczyć do zaznaczenia tylko najważniejszych punktów.

Pod nazwą „myasthenia gastrica“ rozumie Busch osłabienie warstwy mięśniowej żołądka wskutek wpływów nerwowych; pod atonią zaś czyli zwiotczeniem pojmuje osłabienie warstwy mięśniowej żołądka, połączone z utratą elastyczności, n. p. przy zwężeniu odźwiernika. Obydwa te cierpienia różnią się nietylko etyologią, ale i zmianami anatomicznemi; „myasthenia“ jest jedną z przyczyn niedomogi *(insufficientia)* żołądka, atonia (zwiotczenie) zaś jednym z jej skutków.

Przypadek ostrej rozstrzeni żołądka opisał Brown; pojawiła się wśród silnych wymiotów na 48 godzin przed śmiercią u 55-letniego chorego na nerki. Zabieg operacyjny i nacięcie żołądka nie przyniosły ulgi, odźwiernik zmian nie okazywał.

Jako wrzodziejąco-krwotoczny nieżyt żołądka dwoinkowy *(ulceröse hämorrhagische Pneumokokkengastritis)* oznacza Dieulafoy nadżerki na błonie śluzowej żołądka, występujące w przebiegu zapalenia płuc, lub przy ogólnem wtargnięciu do ustroju dwoinek Fränkla. Autor mniema, że tego rodzaju zmiany łatwo się goją, jakkolwiek mogą się czasami przekształcić w wrzód okrągły.

Powierzchowne owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka, sprowadzające nierzadko obfite wymioty krwawe, opisał Santoni jako *gastritis ulcerosa chronica anachlorhydrica.* Tu należą także podane przez Dieulafoy przypadki, znane pod nazwą *exulceratio simplex.*

Patologią przewężonego (klepsydrowatego) żołądka zajmował się Guillemot; jest to zmiana, która może być wrodzona lub nabyta. Ostatni przypadek może zajść przez blizny, zrosty, skręcenia i t. d. Cierpienie to spotykane bywa częściej u kobiet i przebiega nierzadko bez objawów, jeśli jednak objawy czynnościowe lub fizykalne zwracają uwagę na żołądek przewężony, należy przedsięwziąć wydymanie żołądka. Doszczętne wyleczenie można tylko osiągnąć drogą chirurgiczną.

Sprawą oznaczania granic żołądka zajmowali się Queirolo, Edel i Volhard; — dwaj ostatni, skontrolowawszy przyrząd Queirolo, doszli do wyniku, że proste wydymanie żołądka CO_2 daje taki sam wynik, jak wielce zawikłany przyrząd Queirolo.

Według Rouxa punkt bolesny w „dołku podsercowym“ odpowiada zawsze splotowi słonecznemu; dalsze badania wykazały, że bolesność dołka jest koniecznym wynikiem przeczulicy błony śluzowej żołądka. Nadmiar kwasu solnego i miazga pokarmowa, za długo pozostająca w żołądku, są czynnikami drugorzędnymi. Związek przyczynowy między rozstrzenią żołądka a urazem opracował Cohnheim. Po urazie w okolicy żołądkowej może się rozwinąć rozstrzeń wskutek wrzodu lub zapalenia okołożołądkowego *(perigas tritis);* — ten sam skutek może także wywołać uraz przewlekły (ucisk); prawdziwy śluzotok żołądkowy jest wynikiem względnego zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy.

Sprawę istnienia wrodzonego zwężenia odźwiernika u osesków rozstrzyga Rosenheim twierdząco; — zmiana ta jest wprawdzie rzadką, ale się przecież pojawia.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka badał Krokiewicz. Pewnych charakterystycznych znamion nie znalazł; — dziwnym się atoli wydaje niestosunek, zachodzący między zmianami we krwi, a stopniem charłactwa. Prawie w wszystkich dotyczących przypadkach można było stwierdzić zmniejszoną alkalescencyę krwi.

S. Basch określa znamiona bolesnego napadu żołądkowego *(crises gastriques)* w następujący sposób: brak objawów ustrojowego schorzenia przewodu pokarmowego, brak dreszczu początkowego, nagłe wystąpienie napadu, tętno przyspieszone, ciepłota nie podniesiona; wymiociny nie okazują nic znamiennego, wreszcie samowolne ustąpienie objawów i szybkie wyzdrowienie. W leczeniu znaczne usługi oddaje morfina; *cerium oxalicum* pozostaje często bez skutku; nie rzadko dobrze działa kokaina (kilka kropel na język), usuwając wymioty i przytłumiając uczucie pragnienia. Również korzystnie wpływa nalewka jodowa — 1 kropla na łyżeczkę wody, co godzina. *Dr. Henryk Pisek.*

Achwlediani. **Przypadek wyleczenia raka wodnego.** *(Jeżeniedelnik żurnała »Prakticz. Medic.«* 1900, Nr. 40). U 9-letniego chłopca po płonicy rozwinął się na policzku prawym rak wodny z wszelkimi typowymi objawami tego cierpienia; przyżegania termokauterem i chlorkiem cynku pozostały bez skutku; wtedy autor uciekł się do zalecanego przez Dra Polakowa środka, a mianowicie do smarowania miejsc obumarłych i owrzodzeń 1% wodnym roztworem pyoktaniny: już po 9 godzinach części obumarłe odpadły, wrzody oczyściły się, cuchnienie ustąpiło. Po 17 dniach w miejscu, zajętem przez raka wodnego, wytworzyła się blizna: stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Na podstawie tego przypadku autor sądzi, iż pyoktanina jest nieocenionym środkiem w leczeniu raka wodnego. *Dr. Gliński.*

Pipper. **Nowy sposób leczenia złamań rzepki.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1091, Nr. 6). P. wycina z dobrego przylepca dwa paski, długie na 50 ctm., szerokie na jednym końcu, wązkie na drugim. Paski te przylepia końcami szerokimi ponad górnym i dolnym odłamkiem rzepki w ten sposób, że końce wązkie są ku sobie zwrócone. Następnie przez szczelinę w pasku dolnym przeciąga koniec wązki paska górnego, przybliża odłamki rzepki ku sobie, naciąga silnie paski przylepca i przylepia je po zestosowaniu odłamków na udzie, względnie podudziu. Trzeci pasek przylepca, przebiegający poprzecznie ponad odłamkami w miejscu złamania, pomaga w ustaleniu. Pod nogę podkłada szynę, a końce owych dwóch głównych przylepców wgipsowuje w dwa pierścienie gipsowe, jeden na udzie, drugi na podudziu, których wzajemne położenie ustala owa szyna. Cały staw kolanowy ma odsłonięty, może go masować, elektryzować etc. Po 3 tygodniach zdejmuje opatrunek gipsowy, a po dalszych 3 odlepia przylepiec. *Herman.*

A. Neumann. **Przyczynek do leczenia rozstrzeni żołądkowej przy trwałym skurczu odźwiernika i nadmiernej kwasocie.** *(Deutsche Ztschr f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Wykonana w przypadkach tych gastroenterostomia nie zawsze bywa uwieńczoną pomyślnym wynikiem. Już 7 razy stwierdzono, że w najbliższej części jelita czczego tworzył się następowo „ulcus pepticum“, wywołany działaniem silnie kwaśnego soku żołądkowego na jelito. To samo zdarzyło się autorowi po raz 8-my. A przypady, spowodowane tym wrzodem w jelicie były tak przykre (przetoka na zewnątrz), że trzeba było zrobić nową laparotomię, zaszyć otwór w żołądku po dawniejszej gastroenterostomii, zresekować część jelita zajętą wrzodem i sprowadzić napowrót „status quo ante“. Radzi więc autor, aby w takich przypadkach *a priori* unikać gastroenterostomii, a praktykować jejunostomię czasową, aż do wyleczenia się wykluczonego tą operacyą żołądka. *Herman.*

A. Wiener. **Przyczynek do leczenia złamań rzepki.** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 1. 1901). W. układa nogę na szynie dobrze wywatowanej, zwłaszcza w dołku podkolanowym i następnie zakłada opaskę elastyczną na samo kolano na wzór „testudo genus inversa“ (ósemki). Opatrunek zmienia po 4—5 dniach. Po założeniu wkłada kończynę do „tutora“ i pozwala chorym chodzić. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bacillol jest to środek odkażający, składający się z rozpuszczonych w mydle olejów smołowych o wybitnych własnościach bakteryobójczych. Korzystne wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach przez Paltaufa i innych, zachęciły Dra Wernera i Dra Pajiča do podjęcia prób w oddziele chirurg. powszechnego szpitala wiedeńskiego. Używali oni 1—2% roztworu do odkażania rąk, narzędzi, pola operacyjnego, do przestrzykiwań i opatrunków. Przebieg pooperacyjny, jak tego dowodzą przytoczone liczne historye chorób był zawsze aseptyczny, a mimo przestrzykiwania nawet dużych ran na skórze lub błonie śluzowej (pochwie) nie zauważono nigdy objawów zatrucia. Jako szczególną zaletę bacillolu podnoszą autorowie to, że jest on bezwonny, i że działa odwaniająco. Cena tego środka jest bardzo nizka: 5 litrów 1% bacillolu kosztuje 24 halerzy. *(Wiener klin. Rundschau* Nr. 5, 1901). *R.*

Doświadczenia z **Fersanem** wykonał Dr. M. J. Buxbaum w schronisku dla ozdrowieńców (Wiedeń-Hütteldorf. *Prag. med. Wochft.* Nr. 48, 1900); podawał on fersan ozdrowieńcom po ciężkich chorobach wyniszczających, oraz po zabiegach operacyjnych, w postaci kołaczyków, zawierających 0·50 tego środka (2—4 kołacz. przed jedzeniem 3 razy dziennie). Autor nie zauważył czarnego zabarwienia stolców, a więc wnioskuje ztąd, że żelazo, zawarte w fersanie, zostało w zupełności wchłonięte. Na podstawie swych doświadczeń twierdzi B., że fersan jest znakomitym środkiem, zwiększającym ilość hemoglobiny we krwi, a w przypadkach braku łaknienia i upośledzonego trawienia może być także z dobrym skutkiem użyty, jako przetwór odżywczy. —

Do leczenia grypy (influenza) nadaje się zdaniem poważnych klinicystów **Salofen** — i to tak w celach zapobiegawczych, jako też wobec rozwiniętej choroby. Podaje się 1·0 grm. na dawkę 3—4 razy na dzień. Salofen działa kojąco na nerwobóle, a zarazem przeciwgorączkowo, przyczem zauważyć należy, że obniżenie gorączki nie wywołuje nieprzyjemnych objawów ubocznych. Dzieci znoszą salofen dobrze. Można też łączyć 1·0 salofenu z 0·50 fenacetyny na dawkę dla dorosłych. — *jar.*

Dr. Krug. Zastosowanie **Sanguinalu Krewela** do leczenia rozmaitych postaci niedokrewności. *(Med. chir. Centralbl.* Nr. 5, 1901). W obszernej pracy zdaje K. sprawę ze swoich dwuletnich doświadczeń leczenia pierwotnej i następowej (gruźlica, zołzy, kiła, krzywica) niedokrewności zapomocą przetworów sangwinalu lub też połączenia tego leku z jodem, kreosotem i t. d. Podawał sangwinal w postaci znanych powszechnie pigułek a badając ilość hemoglobiny przekonał się, że odsetek tejże wzrastał w ciągu kilku tygodni znacznie (z 30% na 70%) a równocześnie poprawiał się też stan ogólny tych chorych. To szybkie działanie przypisuje szczęśliwemu składowi chemicznemu sangwinalu, który, jak wiadomo, jest połączeniem manganowo-żelezistem, w tem stosunku znajdującego się w postaci hemoglobiny manganu, że jedna pigułka odpowiada 5,0 świeżej krwi. *R.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 1 lutego r. 1901.

Przewodniczący kol. Beck — członków obecnych 38.

I. Kol. Beck zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem dziękuje zgromadzeniu za wybór. Zawiadamia o śmierci śp. prof. Tyrchowskiego i wzywa zgromadzonych, aby uczcili Jego pamięć przez powstanie.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto.

III. Kol. Rencki przedstawia i omawia chorego, dotkniętego wrodzoną wadą sercową. L. H. l. 26, robotnik z Żółkwi, przyjęty do kliniki lekarskiej 14 listopada 1900 r., podaje, że już od najmłodszych lat zawsze miał sinicę na twarzy, rękach i stopach, doznawał trwale duszności i kaszlał wiele. Przypadłości te potęgowały się przy każdym ruchu lub ile razy naraził się na zimno. Od 2 lat duszność stała się większą, a wzmagała się, gdy chory leżał, kaszel wtenczas stawał się uporczywszy i więcej męczący, odpluwał wiele, a w plwocinie kilkakrotnie zauważył ślady krwi. Często cierpiał na bóle głowy, a od czasu do czasu, zwłaszcza przy większym wysiłku fizycznym, ma doznawać bólu w okolicy serca. Ogólnie jest osłabiony, nie jest zdolny do żadne ciężkiej pracy. Przed 6 laty przebył dur brzuszny. a przed 2ma zapalenie płuc. Dziedziczności w odnośnym kierunku wykazać nie można. Stan obecny: Budowa kośćca wątła; na klatce piersiowej wybitne znamiona krzywicy. słos pacierzowy zgięty lekko ku tyłowi i ku stronie prawej; ostatnie członki palców u rąk pałeczkowato zgrubiałe, w mniejszym stopniu podobne zgrubienia na palcach stóp. Na całej twarzy sinica, najwybitniejsza na policzkach, nosie, małżowinach usznych; również sinawo zabarwione kończyny górne (po łokcie), a w mniejszym stopniu i dolne (po kolana). Na reszcie ciała skóra prawidłowo zabarwiona, ale i tu, gdy chory dłuższy czas chodzi i zmęczy się, występ-

puje lekki odcień sinawy. Ciepłota ciała waha się między 36·4 a 37° C. Błona śluzowa warg, jamy ustnej i gardła i język sinawo-czerwone, znacznie rozpulchnione; stwierdzono przekrwienie na błonie śluzowej krtani i tchawicy. W płucach rozedma i objawy rozległego nieżytu. Plwocina śluzowa, kilkakrotne badania nie wykazały prątków Kocha. Uderzenie koniuszkowe serca słabo wyczuwalne w V przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej. Ręka przyłożona na okolicę serca nie wyczuwa żadnych szmerów. Stłumienie bezwzględne serca na b. małej przestrzeni. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy, ton II-gi głuchy; idąc ku mostkowi szmer skurczowy staje się coraz głośniejszym, piłującym, najwyraźniejszy na lewym brzegu mostka przy przyczepie V żebra, na prawym brzegu mostka szmer ten słabnie. Idąc ku górze w kierunku tętnicy głównej szmer ten znacznie słabnie, ale jeszcze jest lekko słyszalny w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej, gdzie obok niego występują dwa tony. Nad tętnicą płucną głośny szmer skurczowy, ton II-gi ledwo słyszalny. Szmer nad tętnicą płucną jest odmiennego charakteru, niż w dolnej części mostka i słyszeć go można i w I przestworze międzyżebrowym po stronie lewej, a rozciąga się ku barkowi lewemu. Tętnice szyjne bardzo słabo tętnią; tętno sprychowe małe, słabo napięte, 72. W tętnicy dogłowowej lewej szmer skurczowy, słabo słyszalny. Brzuch płaski, wątroba i śledziona prawidłowych rozmiarów. Na kończynach dolnych obrzęków nie ma; odruchy kolanowe prawidłowe. Krew, otrzymana z nakłotego palca, ciemno-czerwona; liczba ciałek czerw. w 1 mm. sz. 7.750.000, białych 8000; hemoglob. 125%. Stosunek wzajemny ciałek białych prawidłowy. Mocz o. c. g. 1·021, nie zawiera białka i cukru.

Uwzględniając wynik badania przedmiotowego z łatwością wykluczyć możemy niedomykalność zastawek dwu-i trójkończystej. Natomiast wywiady, (sinica od pierwszych lat życia), pałeczkowate zgrubienia palców, umiejscowienie szmerów, brak objawów zastoju w wątrobie i innych narządach ustroju, przemawiają dostatecznie na korzyść rozpoznania wady sercowej wrodzonej. Co do umiejscowienia zmiany chorobowej w sercu to szmer w dolnej lewej części mostka, (szmer skurczowy w lewej tętnicy dogłowowej (Schedé) odnosimy do ubytku w przegrodzie komór (*defectus septi ventriculorum*), a szmer skurczowy nad tętnicą płucną przy ledwo słyszalnym tonie IIgim do zwężenia w ujściu tętniczem prawem (*stenosis ostii arteriosi dextri*).

Przypadek zatem nasz należałby do najczęściej spotykanego typu wrodzonych wad sercowych. Podnieść tu należy wysoki względnie wiek chorego (lat 26), wiadomą bowiem jest rzeczą, że więcej niż $^2/_3$ chorych, dotkniętych tą chorobą, ginie przed 15 r. życia (Vierordt); nadto brak zmian gruźliczych w płucach. — (*autoreferat*)

W dyskusyi zabierali głos koledzy; Marischler, który przypomina podobny przypadek, omawiany w Towarzystwie przez siebie zeszłego roku. Pisek: Przypadek przedstawiony różni się nieco od typowych przypadków wrodzonych wad sercowych. Przedewszystkiem chorzy tacy, pominąwszy wczesny wiek dziecięcy, umierają najczęściej w 10—15 roku życia. Nader wyjątkowo dochodzą wieku przedstawionego dziś chorego. Stwierdza dalej kol. P., że ciepłota skóry u chorych z wrodzoną wadą serca zazwyczaj w dotyku znacznie niższa od prawidłowej, mierzonej w odbytnicy, a u chorego tego nie różni się od prawidłowej. Również i sinica nie jest tu tak znaczna, jak to usprawiedliwia nazwa choroby: „Morbus coeruleus.“ Wreszcie zasługuje na uwagę i ten szczegół, że pałeczkowate zgrubienie palców ręki u tego chorego nader silnie rozwinięte, na stopach jest zaledwie zaznaczone. Zgadzając się w zupełności z rozpoznaniem, zwraca kol. P. na ciekawy w tych przypadkach objaw niestosunku pomiędzy sinicą a brakiem wszelkich innych objawów zastoinowych w narządach wewnętrznych Niestosunek ten jest prawie znamiennym dla wrodzonych wad sercowych i rozróżniania ich od wad sercowych nabytych. Oczywiście, że w końcowych okresach występować mogą i przy wadach wrodzonych wszystkie następstwa niedomogi i niesprawności mięśnia sercowego, jak w okresie zniesionego wyrównania wady nabytej. Na czem polega ten niestosunek znacznej sinicy do braku zastoin w narządach wewnętrznych, nie jest rzeczą jasną. Samo mięszanie się krwi żylnej z tętniczą w komórkach lub przedsionkach serca nie wystarcza. Czy istotnie rozdęcie naczyń włosowatych w skórze (H. Vierordt) tłómaczy dostatecznie ogromną sinicę u tych chorych, czy jeszcze i inne czynniki tu działają, jest rzeczą wątpliwą.

Co do częstości wrodzonych wad sercowych, to należą one, pomijając noworodków do przypadków rzadkich. Kol. P. oświadcza, że w ciągu swej 22-letniej praktyki miał może z 10 przypadków w obserwacyi; przeciętnie raz na 2 lata widywał takich chorych. Najstarszą chorą była dziewczynka 14-letnia z niewątpliwym brakiem w przegrodzie komórkowej, z nadzwyczajną sinicą, widoczną stale, i znaczną dusznością. Chorą badał kilkakrotnie wspólnie z ś. p. Widmanem. Przypady chorobowe trwały od urodzenia i statecznie się wzmagały.

Mars zaznacza częstość tych wad u noworodków. Gluziński A. zwraca uwagę, że nie jest ciekawym i pouczającym przypadek jako taki, lecz rozpoznawanie cierpienia; chorzy ci zaś giną zwykle na gruźlicę płuc.

IV. Kol. Marischler demonstracya chorego (chłopca 10-let.), u którego rozpoznaje bąblowca w wątrobie.

V. Kol. Feuerstein L.: demonstruje na przyrządzie Gada grę zastawek serca.

VI. Kol. Bednarski: demonstruje anatomiczne preparaty z oka. a) Bardzo głębokie zagłębienie dobrzeżne tarczy nerwu wzrokowego w jaskrze, b) garbiak twardówki tylny ze zwyrodnieniem naczyniówki.

J. Krzyszkowski, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Hemmeter (Baltimore): *Badania doświadczalne nad działaniem mechanicznem i trawiennem jelit.* Prelegent przypuszcza, że obecność drobnoustrojów jest nieodzownie potrzebną do prawidłowego trawienia.

Zabé (Paryż): *Przepuklina pępkowa i opadnięcie jelit. Stosunek wzajemny przyczyny i skutku.* Teoretyczne uwagi w sprawie powstawania przepukliny pępkowej.

Esguerra (Kolumbia): *Wkroczenia chirurgiczne w zapaleniu wyrostka robaczkowego.* Prelegent zbija twierdzenie, jakoby każde zapalenie wyrostka robaczkowego mogło być uleczone li tylko drogą operacyjną.

Netter (Paryż): *O objawach rzekomego zapalenia opon mózgowych w przebiegu duru brzusznego.* Objawy mózgowe, występujące u dzieci w przebiegu duru, znacznie pogarszają rokowanie; — to samo można powiedzieć o starcach lub osobach osłabionych. W takich razach zachodzi albo rzekome zapalenie opon, albo też rzeczywiście istnieje wysięk, zawierający prątki Ebertha. Na 44 podobnych przypadków spostrzegał prelegent 9 przypadków śmierci, a 8 nawrotów; — przeciwnie, na 969 przypadków zwykłego duru było tylko 15 przypadków śmierci, a 43 nawrotów. W końcu dodać należy, że objawy mózgowe zaczęły się częściej pojawiać w ostatnich czasach.

Galliard (Paryż): *Zapalenie opłucnej na tle prątków Ebertha. Wyleczenie bez operacyi.* 16-letnia dziewczyna zapadła w marcu na lekki dur. W pierwszym dniu po zupełnem ustąpieniu gorączki pojawiła się nagle bolesność w lewym boku, przyczem i ciepłota ciała lekko się podniosła, utrzymując się stale na tej wysokości przez kilkanaście dni. Nakłócie próbne, dokonane po 14 dniach, wykazało wysięk ropno-krwawy: wypuszczono go w ilości 250 ctm.³, i zastrzyknięto do worka opłucnego 50,00 rozcieńczonego kwasu karbolowego, co pociągnęło za sobą ciężkie zatrucie kwasem karbolowym, które jednak ustąpiło po kilku dniach. W następnych tygodniach prelegent nakłówał jeszcze klatkę piersiową 5 razy, wydobywając każdym razem z worka opłucnowego płyn ropny w rozmaitych ilościach. Ostatecznie pozostało u chorej jedynie lekkie cierpienie opłucnowe, — zresztą jest zupełnie zdrowa.

Masius (Luttich): *Patogeneza ostrego obrzęku płuc.* Dotychczas utrzymują się trzy teorye tej patogenezy: a) teorya czysto mechaniczna, odnosząca obrzęk płuc do znacznie podwyższonego parcia ościennego w naczyniach włosowatych; b) teorya Hamburgera i Heidenheina, uważająca obrzęk, jako skutek wzmożonej czynności wydzielniczej komórek śródbłonkowych w ścianach naczyń włosowatych, i wreszcie c) teorya Wintera, Starlinga i in., którzy przyjmują obrzęk za wynik zmienionych stosunków osmotycznych, zachodzących między cieczami z jednej i drugiej strony ścian naczyń i zmienionej przepuszczalności ostatnich. Pod względem klini-

cznym można odróżnić trzy postacie obrzęku płuc: a) zapalny, prawdopodobnie jako następstwo odruchu naczynio-rozszerzającego, — powstaje (miejscowo lub rozlany) pod wpływem jakiejś przyczyny usposabiającej, powodując obrażenie ścian naczyń przez wtargnięcie drobnoustrojów i to wśród tkanki płucnej, zupełnie prawidłowej. b) Obrzęk zastoinowy, prawie najczęstszy, przy wadach sercowych, szczególniej zwężeniach ujść, cierpieniach nerek, naczyń, także przy zwapnieniu tętnic. Liczne doświadczalne badania dały pod tym względem niezgodne wyniki, których zresztą nie można zastosować do patologii ludzkiej; — najlepiej jeszcze uzasadnionem jest tłomaczenie wytwarzania się obrzęku płucnego przez podwyższenie parcia w tętnicy płucnej. Jednej atoli zasadniczej przyczyny, wywołującej obrzęk płuc, niema; — przeciwnie, istnieje kilka czynników współdziałających, mających jedno wspólne znamię: zmiana ścian naczyń włosowatych i ich większa przepuszczalność. c) Trzecią wreszcie postacią jest obrzęk, powstały wskutek zatrucia (toksyczny), dotychczas stwierdzony jedynie doświadczalnie (muskaryna, jod).

Korreferent Teissier (Lugdun), chcąc określić patogenezę ostrego obrzęku płuc, posiłkuje się wszystkiemi trzema teoryami: Zaburzenia mechaniczne (mające w Niemczech wielu zwolenników, a w szczególności Bascha i jego uczniów: Grossmana, Winklera, którzy od kilku lat tą sprawą doświadczalnie się zajmowali), wpływy nerwowe (zaburzenia naczynio-ruchowe, Huchard); przyczyny zakaźno-trujące (doświadczalnie stwierdzone muskaryną, azotynem amylowym, kwasem sinowodowym i t. d.). Nadto przebyte choroby zakaźne często usposabiają do rozwinięcia się obrzęku płuc, — przedewszystkiem ostry gościec stawowy, grypa, dur, włóknikowe zapalenie płuc, gorączka połogowa. Prelegent doświadczalnie stwierdził, że powyższe trzy czynniki muszą bezwarunkowo współdziałać, jeśli mają wystąpić objawy ostrego obrzęku płucnego; — wyniki zaś tych doświadczeń dadzą się sformułować w następujący sposób: przemijające, nawet znaczne, mechaniczne zaburzenia nie wywołują napadu obrzęku płuc (n. p. ucisk tętnicy głównej, chociażby nawet parcie było 3 razy większe od prawidłowego). To samo można powiedzieć o samem tylko obrażeniu nerwów (przecięcie lub wycięcie nerwu błędnego); — inaczej jednak rzecz się ma, jeśli temu towarzyszą mechaniczne przeszkody, bodaj lekkie lub krótkotrwające. W razie zaś, jeśli takie obrażenie łączy się z zakażeniem krwi (n. p. salicylanem metylowym), wówczas już występują wszystkie typowe objawy ostrego obrzęku płuc. Rokowanie w tym ostatnim jest inne, aniżeli w przewlekłym lub biernym obrzęku pochodzenia czysto mechanicznego; — zwykle kończy się rzecz niepomyślnie. Leczenie nie może się jeszcze opierać na czynnikach etyologicznych; codzienne doświadczenie wykazało, że upust krwi lub ciepłe banki korzystnie działają, tak samo wstrzyknięto do odbytnicy azotyn amylowy i kwas karbolowy. Morfiny należy unikać, atropina pozostaje bez skutku.

Dyskusya: Huchard (Paryż) sądzi, że już z samego obrazu klinicznego (bez pomocy doświadczeń) można wysnuć patogenezę obrzęku płucnego. Punktem wyjścia dla tego cierpienia jest zawsze ostra niedomoga mięśnia sercowego, skutkiem czego wytwarza się rozstrzeń serca, nawet jeśli chorzy wytrzymują napady, lub te się powtarzają. Zmiany w sercu powodują wreszcie zejście niepomyślne. Pod względem leczniczym stoi upust krwi na pierwszem miejscu, — nie zaleca się jodu i morfiny.

Merklen (Paryż): *Obrzęk płuc i mocznica.* Prelegent opisuje przypadek chorobowy, z którego można określić stosunek, zachodzący między zaburzeniami w krążeniu i niedomogą nerkową a ostrym obrzękiem płuc. Skutkiem grypy zaostrzyło się u chorego istniejące już przewlekłe zapalenie nerek; w przeciągu kilku dni wystąpiły dwa napady ostrego obrzęku płucnego, usunięte jednak upustem krwi, — trzeci napad położył koniec życiu. Wśród napadów nigdy nie stwierdzono osłabienia czynności serca. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono nerki marskie, lewą komorę serca przerosłą, ale nie rozszerzoną; płuca obrzękłe, tak samo i mózg. Drobnowidowo stwierdzono włókniste zmiany mięśnia sercowego z zwyrodnieniem ziarnistem i fragmentacyą, zmiany, które przedtem klinicznie się nie zaznaczyły. Wobec tego nie można wziąć w rachubę owych zmian mięśnia sercowego, jako czynnika etyologicznego, przeciwnie zaś, obrzęk płuc i mózgu powstały jedynie skutkiem niedomogi nerek.

Dyskusya: Dieulafoy (Paryż): Ostry obrzęk płuc pojawia się czasami w przebiegu ostrego zapalenia nerek, nawet w zapaleniu nerek po płonicy, wreszcie także u ludzi, cierpiących na utajoną chorobą Brigtha, nie uwydatniającą się szczególniejszymi objawami. Takich przypadków nie można obecnie wyjaśnić. Ważniejsze zmiany anatomiczne mogą nie zachodzić w sercu lub w tętnicy głównej, albowiem chorzy jeszcze przed napadem obrzęku płuc przychodzą do siebie. Najlepszym środkiem jest upust krwi. (C. d. n.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następującą odezwę:

Do Szanownych Kolegów Lekarzy okręgowych.

W sprawozdaniu ze zgromadzenia Towarzystwa Samopomocy lekarzy, umieszczonem w Nr. 6 „Przegl. Lek.“, wyczytaliśmy „wnioski“, nadesłane przez Dra Łopaczyńskiego, a dotyczące stosunków lekarzy okręgowych. Komitet I. Zjazdu lekarzy okręgowych oświadcza, że Dr. Ł. w uczynieniu tych wniosków z nim się nieporozumiewał i że wystąpienie to Dra Ł. należy uważać jako krok, uczyniony na własną rękę, z którym Komitet, stosownie do uchwał, zapadłych na Zjeździe, solidaryzować się nie może. Komitetowi bowiem poruczono działać w imieniu wszystkich lekarzy okręgowych i to ściśle według uchwał, powziętych na Zjeździe; — pojedynczym zaś członkom polecono zwracać się ze swymi wnioskami i pracami do obranego Komitetu, któryby te wnioski należycie uwzględniał i z nich korzystał.

Do chwili ostatniej Komitet działa w duchu tych uchwał i wywiązuje się ze swego zadania należycie, o czem świadczą sprawozdania, umieszczone w „Przegl. Lek“, oraz zabiegi, poczynione w ostatnich czasach, a mianowicie: wniesienie zbiorowych podań do Władz, t. j. Wys. c. k. Namiestnictwa, Wys. Wydziału kraj., oraz Wys. Sejmu krajowego.

O dokonaniu tych czynności Komitet zawiadamia Szanownych Kolegów, w celu zapobieżenia dalszemu czynieniu kroków ku poprawie stosunków lekarzy okręgowych. Wszelkie wnioski i prace w dalszym ciągu Komitet może przyjmować z zastrzeżeniem, iż te dopiero na II. Zjeździe mogłyby być roztrząsane. *Komitet.*

Zarząd Towarzystwa Samopomocy Lekarzy przysyła nam następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie.

Koledzy! Towarzystwo Samopomocy Lekarzy, mające połączyć w jedną solidarną organizacyę wszystkich lekarzy z Galicyi, Szlązka i Bukowiny, zostało zawiązane i dotychczas zapisało się do niego około 300 członków. Jest to, bezwzględnie biorąc, liczba na początek bardzo pokaźna; zważywszy jednak, że Towarzystwo ma być związkiem zawodowym ogółu lekarzy, których jest blizko 1500 w trzech wymienionych krajach, stanowczo za mała. Ponieważ od kilku już lat nawoływały głosy publiczne, pochodzące właśnie ze sfer lekarskich, do niezbędnej poprawy bytu stanu lekarskiego, przeto przypuścić należy, że powodem, iż nie wszyscy jeszcze koledzy pospieszyli w szeregi Towarzystwa, jest: u jednych — niedostateczne zrozumienie celów naszych; u drugich — mniemanie, jakoby zadaniu temu odpowiedzieć mogły istniejące już Izby i Towarzystwa lekarskie; u innych wreszcie — obawa, aby Towarzystwo Samopomocy nie konkurowało z tamtemi. Toteż Wydział Towarzystwa, pragnąc wyjaśnić wszelkie wątpliwości i rozwiać możliwe obawy, postanowił odezwać się raz jeszcze do ogółu kolegów.

Co do celów naszego Towarzystwa, trzeba zrozumieć i powiedzieć sobie jasno, że dziś strona czysto materyalna, polegająca na zabezpieczeniu starości, albo wdów i sierot, nie może być głównem i jedynem zadaniem. Jest to cel dalszy, którego z oka Towarzystwo nie spuszcza i do którego dąży, ale na urzeczywistnienie potrzebuje dostatecznych funduszów, jakimi w pierwszym roku rozporządzać nie może. Wkładka uchwalona na początek w wysokości 1 korony miesięcznie, jest tak nizką, że płacący ją nie może żądać wsparcia, bo gdzież jest takie towarzystwo ubezpieczeń, któreby za 12 koron rocznie podjęło się ubezpieczyć byt swemu członkowi lub jego rodzinie? O ustanowieniu większej wkładki mowy być nie mogło, bo czyż mamy prawo żądać od lekarza prowincyonalnego, który się z nędzą boryka, lub od młodego kolegi, wyrabiającego sobie dopiero praktykę, aby płacił, prócz podatków, jeszcze jakieś większe sumy do naszego Towarzystwa?

Ale i z tak małych wkładek, jeżeli tylko wszyscy solidarnie do Towarzystwa przystąpią, może po latach urość kapitał, pozwalający już na pewne świadczenie. Przykładem niech będzie, że lekarze wrocławscy składają tylko po 8 marek rocznie, a jednak przez 25 lat istnienia swego Towarzystwa zebrali 72,000 marek, a wypłacili 63,000 w zapomogach członkom. Wynika ztąd, że przez systematyczną i cierpliwą pracę da się wiele uzyskać, ale nie wolno nam oddawać się złudzeniu co do całkowitego dziś już i bezpośredniego

ubezpieczenia siebie i rodzin naszych. Jest to, jak powiedzieliśmy, jednym z celów Towarzystwa, ale kiedy do niego i na jakiej drodze dojdziemy, tego dziś przewidzieć nie można. Zależy to od wielu okoliczności i znów w pierwszym rzędzie od liczebnego udziału członków, a i sposobów jest kilka, nad któremi dziś już Wydział Towarzystwa się zastanawia i po dokładnem przestudyowaniu podda pod obrady Walnego zgromadzenia.

Tak przedstawia się jedna strona działalności Towarzystwa Samopomocy. Ale zanim tamto da się urzeczywistnić, możemy już dziś zacząć skutecznie działać w innym kierunku, zmierzającym pośrednio do tego samego. I to jest drugiem zadaniem Towarzystwo Samopomocy, na razie ważniejszem i pilniejszem, bo od razu dającem się wykonać.

Pod tym względem dążeniem naszem jest zapewnienie bytu lekarzom i ich rodzinom drogą pośrednią w ten sposób, aby lekarz sam z własnych dochodów mógł odłożyć pewien grosz zapasowy na czarną godzinę. Zadaniem naszem jest zapobiedz zwiększaniu się w zastraszający sposób proletaryatu lekarskiego, bo wtedy tylko coraz mniej będzie takich wdów i sierót, lub lekarzy emerytów, których zapomoga lub nędzna pensya emerytalna od głodowej ma ratować śmierci. Stać się to może tylko wtedy, jeżeli lekarz za długoletnie i kosztowne studya, za poświęcenie się zawodowi żmudnemu i niebezpiecznemu, za spieszenie bliźniemu z pomocą z narażeniem swego zdrowia i życia, będzie należycie nagradzanym. Stać się to może tylko wtedy, jeżeli instytucye publiczne nie będą wyzyskiwać lekarza, płacąc mu pensye tak nizkie jak dzisiaj, a żądając wzamian pracy dniem a nocą, pełnej trudów i mozołu.

Zaiste niema stanu, któryby był tak humanitarnym i pełnym poświęcenia dla drugich, jak lekarski; ale z drugiej strony żadna inna kasta społeczna nie jest tak niepraktyczną, tak niejako bojącą, czy wstydzącą się żądać należnego wynagrodzenia za swą ciężką pracę. W ten sposób uczy się społeczeństwo wyzyskiwać lekarza i nie spełniać wobec niego po prostu obowiązków, jako wobec bliźniego.

Aby temu raz kres położyć, zastanawia się właśnie Wydział Towarzystwa nad wnioskiem jednego z członków, czyby nie dało się przeprowadzić, aby Towarzystwo, idąc za przykładem organizacyi lekarzy berlińskich, zajmowało się ściąganiem zaległych pretensyj od pacyentów na rzecz swoich członków.

Wieleż to zamożnych instytucyj wynagradza swego lekarza gorzej niż robotnika dziennego, a lekarz ten z całą świadomością, że jest wyzyskiwany, musi przyjąć posadę, aby tylko z głodu nie umrzeć. I tu znów Towarzystwu Samopomocy szerokie otwiera się pole do skutecznej działalności dla dobra wyzyskiwanych. Jednostka nic zmienić nie zdoła, bo jedynie w świadomej celu i solidarnie związanej organizacyi spoczywa siła samoobrony. W tym kierunku może Towarzystwo samopomocy wywrzeć poważny wpływ na Izby lekarskie, może jako korporacya wystąpić wobec władz rządowych i autonomicznych, wobec wszystkich zresztą instytucyj, wyzyskujących dziś lekarzy, a te przecież więcej liczyć się będą z korporacyą, występującą w imieniu kilkuset członków, niż choćby z najsłuszniejszemi żądaniami jednostki.

Właśnie w tym celu rozpatruje obecnie Wydział Towarzystwa nadesłane przez kolegów wnioski, z których jedne zmierzają do polepszenia bytu lekarzy okręgowych, inne do zmian korzystnych w taryfie sądowo-lekarskiej; zastanawia się nad sprawą leczenia „gratis“ i sposobami ograniczenia go jedynie do prawdziwych biedaków, bada wreszcie kwestyę konkurencyi ze strony felczerów i partaczy, która głównie na prowincyi rozpowszechniona, ciężką szkodę lekarzom przynosi. Zaręczamy, że użyjemy wszystkich godziwych dróg i legalnych środków, byle tylko do wytkniętego dojść celu.

Ale najlepsze zamiary odniosą połowiczy skutek, jeżeli ogół kolegów tego nie zrozumie. Dla tego też zwracamy się do Was koledzy, którzy najbardziej odczuwacie opłakane warunki stanu lekarskiego, otrząśnijcie się z apatyi i z tego dziwnego pesymizmu, że już nic zrobić się nie da, i przyłączcie się do naszych usiłowań, do czego Was gorąco zapraszamy.

Zwracamy się i do Was, koledzy, którzy talentem i pracą wśród korzystniejszych warunków, zdobyliście sobie stanowisko niezależne i byt na zawsze zapewniony, prosząc Was, nie odsuwajcie się egoistycznie od wspólnej pracy dla dobra mniej szczęśliwych kolegów. Wszak tworzymy jedną wielką rodzinę, więc tym, co mają życie różami usłane, nie godzi się zapominać o tylu innych, którym źle i ciężko i zda się za ciasno na świecie.

Przystąpcie wszyscy bez wyjątku do naszego Towarzystwa, wspierajcie nas doświadczeniem i radą, przysyłajcie nam swoje skargi, wnioski i projekta, bo mamy przekonanie, że jeżeli wszyscy razem weźmiemy się do dzieła, zdołamy przeprowadzić to, co dziś niejednemu wydaje się niemożliwem marzeniem.

I jeszcze słów kilka tym kolegom, którzy sądzą, że wobec Izb i Towarzystw lekarskich nowe Towarzystwo jest zbyteczne. Tamte istnieją już dawno, a mimo tego bieda daje nam się coraz bardziej we znaki. Widać więc, że potrzeba jeszcze jednego ogniska, zkądby wychodziła inicyatywa czynu. Potrzeba Towarzystwa, w któremby koledzy mogli śmiało i otwarcie wypowiedzieć co ich boli i czego im brak.

Towarzystwa lekarskie mają cele przedewszystkiem naukowe, Izby mają wytknięte ściśle i ustawą zakreślone ramy, nie mogą zatem ani jedne ani drugie zajmować się wielu sprawami, przekraczającemi ich zakres działania. Nasze Towarzystwo chce właśnie podjąć się tego wszystkiego, co tam zainicyowanem lub przeprowadzonem być nie może; nie chce ono bynajmniej podkopywać tamtych, lecz je niejako uzupełniać, a w niektórych stycznych punktach wspólnie z niemi pracować. A więc krzywdę czynią nam ci, co sądzą, że chcemy burzyć; — my chcemy zbudować gmach nowy obok dawnych, ale pragniemy, by udział w budowie wzięli wszyscy bez wyjątku koledzy, bo wtedy tylko będzie on silnym i trwałym.

Mamy nadzieję, że odezwa ta poruszy zwątpiałych i zbudzi ospałych, a oświetlając jaśniej cele nasze, przyczyni się do stworzenia pożytecznego dzieła, jakiem będzie zorganizowany, solidarny, stan lekarski. Dzień, w którym to nastąpi, będzie dniem wielkim i ważnym, bo od niego zacznie się nowa era lepszej doli i szczęśliwej przyszłości.

Te motywa kazały nam zwrócić się do Was raz jeszcze, Koledzy!

Za Wydział Tow. Samopomocy Lekarzy.

Dr. A. Langie sekretarz, *Dr. H. Jordan* prezes.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 lutego 1901.

* Zwiedzanie urządzeń wodociągu krakowskiego na Bielanach przez grono członków Tow. lekar. krakowskiego odbyło się d. 21 bm. Ze stanowiska lekarskiego zwiedzanie to miało cel określony, mianowicie przekonanie się naocznie, o ile w budowie uwzględniono wymagania higieny. Owoż stwierdzono, że zbiornik i studnie posiadają swój obszar ochronny tak zabezpieczony, że wszelkie zanieczyszczenie z terenu lub przez napływ jest absolutnie wykluczone.

Po powrocie podejmowano śniadaniem twórcę wodociągu krakowskiego, radcę Romana Ingardena, a w przemówieniach następnych wymierzono sprawiedliwość tym wszystkim, którzy poprzednio położyli rzetelne zasługi około budowy wodociągów krakowskich.

* Dr. S. Floersheim uprasza nas o ogłoszenie następującego pisma:

»Pracując od pewnego czasu nad badaniami z zakresu opoterapii nadnercza, specyalnie zaś nad zastósowaniem substancyi nadnercza w wadach organicznych serca, byłbym niezmiernie wdzięczny każdemu, ktoby mi zechciał udzielić swoich spostrzeżeń w tym kierunku, mianowicie: stan serca i tętna, przed zastósowaniem nadnerczyny; następnie działanie na tętno po upływie 10 minut od zażycia suchego proszku nadnerczyny w ilości 0,20 grm., spożytego bez popicia płynem.« Adres Dr. Floersheima jest następujący: 218 East 46th St., New York N. Y., U. S. A.

* Biblioteka Tow. lekar. krak. otrzymała w roku bież. (1901) następujące dary:

1) Świetna Akademia Umiejętności nadesłała dalsze tomy swoich wydawnictw, oraz ofiarowała 10 ostatnich roczników swoich »Biuletynów« (za uprzejmem pośrednictwem WP. Doc. Kopery.

2) JWP. Dziekan prof. Wicherkiewicz, ofiarował kilkadziesiąt poszytów różnych czasopism i kilkanaście broszur.

3) Kol. Dr. Majewski złożył w darze 4 kompletne roczniki czasopisma »La Semaine médicale.«

4) Kol. prof. Dr. Ciechanowski ofiarował Bibliotece kilkanaście tomów różnych dzieł.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom za przesłane dary składam serdeczne podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, Bibliot. Tow. lek. krak.

* Zarząd „Towarzystwa Samopomocy lekarzy“ zawiadamia nas, że kol. Dr. Ściborowski ofiarował temu Towarzystwu list zastawny nie na 200 kor. jak było wydrukowano, lecz na 2000 kor.

* Zeszyty 9, 10, 11 i 12 Odczytów klinicznych obejmują

pracę Dr. Angelo Celli p. t.: „Malarya według najnowszych badań.“ Tłómaczenia dokonał Dr. W. Grostern.

* Komitet Gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, mającego się odbyć 25—29 maja bież. roku, nadesłał nam program naukowych prac Zjazdu, który podamy do powszechnej wiadomości lekarzy polskich w Nrze następnym.

* Spolek českých lékařů na walnem zgromadzeniu d. 28 stycznia mianował członkami swymi prof. Kazimierza Kostaneckiego i Dr. Augusta Kwaśnickiego.

* W pruskiej Izbie Panów wniósł baron Maltzahn i towarzysze interpelacyę w sprawie wiwisekcyi, wzywając rząd do prawnej opieki nad zwierzętami. Walka przeciw wiwisekcyom w Prusiech występuje poraz pierwszy w tak dosadny sposób. Wołanie to o ustawową opiekę nad żabami i królikami schodzi się dziwnym trafem z wiwisekcyjnemi wiadomościami z Chin, gdzie, jak wiadomo, batutą włada generał Waldersee, wysłannik Niemiec. Dzienniki niemieckie donoszą, że w myśl żądań areopagu posłów, wyrok śmierci, wydany na dygnitarzy chińskich i książąt krwi, którzy popierali walkę z najazdem europejczyków, wykonany zostanie w ten sposób, że dwóch będzie ściętych bezzwłocznie, dwom innym wydany zostanie nakaz samobójstwa, a dla jeszcze dwóch rząd chiński uprasza o łaskę generała Waldersee'go, ażeby karę śmierci przez ścięcie, można było im zmienić na zaduszenie. Baron Maltzahn nie uważał za rzecz godziwą podnieść w swej interpelacyi wiwisekcyi chińskich.

* Wrocław wprowadza instytucyę lekarzy szkolnych. Od kandydatów wymagać się będzie kwalifikacyi z zakresu higieny. Ma być 25 posad lekarzy szkolnych, z których każdemu przypadnie opieka nad 2000 uczniów. Przy wstąpieniu do zakładu, każdy uczeń ulegnie zbadaniu lekarskiemu: chorowici zostaną wpisani na osobną listę, przeznaczoną do notowania spostrzeżeń lekarskich; co miesiąc będą badani, a wynik badania zapisywany. Rodzice i nauczyciele będą uwiadamiani o tym wyniku badania; leczenie uczniów jednak nie będzie należeć do obowiązków lekarza szkolnego. Badanie budynku szkolnego ze stanowiska higieny odbywać ma lekarz szkolny raz na miesiąc. Płaca roczna lekarza szkolnego wynosić ma 600 mrk. Lekarze szkolni podlegać mają lekarzowi miejskiemu, który przewodniczy na ich konferencyach i rozstrzyga w sprawach tej organizacyi.

* Sekcyę zwłok Pettenkofera odbył prof. Bollinger. Prócz rany postrzałowej stwierdził Bollinger przewlekłe zapalenie twardej opony mózgu z jej zgrubieniem i przerostem; tętnice mózgowe większe i średnie silnie zwapniałe. Na 2 tygodnie przed śmiercią, Pettenkofer uległ posocznicy, mającej swe źródło w rozpadzie błony śluzowej jamy ustnej, co ostatecznie wpłynęło na pognębienie umysłowe i jego fatalne fastępstwo.

Mianowania i odznaczenia. Prof nadzwycz. patologii ogólnej Dr. Morpurgo mianow. został prof. zwyczajnym. Prof. nadzw. chirurgii Hochenegg mian. prof. zwyczajnym w Wiedniu. Prymaryusz szpitala powszechnego w Przemyślu Dr. Józef Madejski, otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

Nekrologia. Zmarli: Teodor Husemann, prof. farmakologii zmarł w 68 roku życia w Getyndze. A. H. Jacob prof. okulistyki, zmarł w Dublinie. R. B. Cole prof. ginekologii zmarł w San Francisko. A. Rocha prof. medycyny wewnętrznej zmarł w Coimbrze w 52 roku życia. C. J. Rossander prof. okulistyki zmarł w Sztokolmie. Prof. Manassein, redaktor »Wracza«, zmarł w Petersburgu. d. 27 bm.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 8: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego, z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.). Neugebauer: Krótka statystyka 37 operacyi, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, dokonanej w celu usunięcia łagodnej natury nowotworów macicznych, mianowicie włókniaków lub mięśniaków lub włókniako-mięśniaków.

— *Przegląd Dentystyczny* Nr. 1: Łepkowski: Nowy wyjaławiacz. Dzierżawski: Leczenie zgorzeli miazgi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 8: Gałecki: O wartości nowej metody wykrywania cukru w moczu za pomocą tabletek nitro propiolowych. Bucelski: Czynniki wywołujące bezwład postępujący (dok.). Troczewski: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby pierwotnych pochodzenia nieurazowego (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 8: Weidenhoffer: Připad hromadné a nahodilé otravy atropinem. Mixa: Otrava kantharidami. Hüttel: Otrava bobulemi ruliku.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8: Walther-Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli. Lubowski: Obecność prątka świńskiej róży w kale dziecka cierpiącego na żółtaczkę. Krause: Przyczynek kazuistyczny do nauki o ostrem zatruciu sublimatem. Joachimsthal: Leczenie szyi skośnej. Adler: Stosunek móżdżku do twardzieli (sclerosis) rozsianej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8: Pässler: Leczenie zapalenia płuc włóknikowego. Pott: Los dzieci, obciążonych kiłą dziedziczną. Wassermann: Przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia, udowodniony udaniem się czystych hodowli. Port: Wymagania władzy naczelnej wypraw zamorskich w zakresie służby zdrowia. Dietrich: Jeszcze jeden przypadek niedrożności jelit, leczony atropiną. Müller: Przypadek otoku piersiowego, leczony cewką na stałe. Heimann: O zmodyfikowanem otwartem leczeniu ran pooperacyjnych gałki ocznej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8: Stich: W sprawie oleju fosforowego. Krokiewicz: Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Fuchsig: Przyczynek do kazuistyki tłuszczaków w jelitach. Wassermann: Doktorowie Jeż i Kluk-Kluczycki i nowy swoisty lek przeciwdurowy. Jeż: Odpowiedź na zarzuty Wassermanna. Kassowitz: Przeciwnicy leczenia fosforem.

— *La Semaine médicale* Nr. 6: Rendu: Dur brzuszny z pozorami zapalenia wyrostka robaczkowego. Operacya. Śmierć — Nr. 7: Jaquet: Przyswajanie przetworów nieorganicznych żelaza i ich rola w leczeniu błednicy.

— *La Presse médicale* Nr. 15: Tuffier: Wyjaławianie roztworów kokainy. Lesné i Ravaut: Wskazówki, których dostarcza kryoskopia i oznaczenie ilości chlorków na przebieg zapalenia surowiczo-włóknikowego opłucnej. — Nr. 16: Roger: Ospa w Paryżu: dlaczego epidemia nie wygasa? Merklen i Rabé: Miąższowe zapalenie mięśnia sercowego na tle gośćcowem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8: Landau: O nieznanej dotychczas postaci niedrożności ujścia macicznego. Ewald: Demonstracya tętniaka aorty, który przebiegał z pozorami guza śródpiersia. Flatau: Zastosowanie fonografu do patologii i terapii głosu. Gärtner: Odprowadzanie wód miejskich.

Redakcya otrzymała:

— Podręcznik histologii ciała ludzkiego. Praca zbiorowa wydana pod redakcyą H. Hoyera; wydawnictwem kierował L. Dydyński. Warszawa 1901. Biernacki E.: O badaniu krwi we względzie praktycznym. Bregmann L. E.: 1) O padaczce. 2) Zur Klinik der Akromegalie. 3) Acute retrobulbäre Neuritis und Hysterie. 4) Ueber die electrische Entartungsreaction des M. Levator palpebrae superioris, nebst einigen Bemerkungen über eine isolirte traumatische Oculomotorius und trochlearis Lähmung. Sternfeld: Die Chinasäure, ein neues Heilmittel gegen Gicht.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 6-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Gliński demonstrować będzie preparaty z zakresu anatomii-patologicznej; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawi i omówi przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej u mężczyzny 50-letniego; 3) kol. prof. Bujwid mówić będzie „O wynikach badania mleka krakowskiego na gruźlicę.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 9 Marca 1901. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.

Nowsze metody w leczeniu zachowawczem*) spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał

Dr. Wiktor Stankiewicz,

asystent kliniki.

Rozwój szybki zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego, jako też wydoskonalenie techniki, niezaprzeczenie posunęły w ostatnich latach znacznie leczenie chirurgiczne wielu cierpień kobiecych. Wyniki natomiast pooperacyjne w pewnym rodzaju przypadków, jak w leczeniu spraw zapalnych, pozostają częstokroć w niestosunku do ciężkości przedsięwziętego zabiegu, a stopnia zmian anatomo-patologicznych i przypadów chorobowych; zwłaszcza, że uwzględnić należy cały szereg możliwych niepomyślnych następstw zabiegu. Nic też dziwnego, iż w obecnych czasach widocznym staje się coraz to więcej prąd postępowania więcej zachowawczego, w przeciwieństwie do ery chirurgicznej, zainaugurowanej w pierwszym rzędzie przez ginekologów francuskich: Lawson-Taita, Peana, Segonda etc., zwłaszcza w leczeniu cierpień zapalnych przydatków, tkanek przy- i okołomacicznych; spraw patologicznych, rzadko stosunkowo dla życia niebezpiecznych, z powodu których narażano pacyentki na operacye ciężkie i bądź co bądź niebezpieczne. Chociażby dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć statystykę doszczętnych operacyi na przydatkach, dokonanych przez rozmaitych operatorów, zebraną przez Jacobsa (22) do roku 1894, wykazującą (na 1540) 5·7%, śmiertelności przy postępowaniu chirurgicznem od strony jamy brzusznej, a 4·49% w razie operowania od pochwy. Niemniej ważną okoliczność stanowi późniejszy los chorych operowanych, w pierwszym rzędzie zdolność do pracy, rozmaicie przez różnych operatorów obliczana; w zestawieniu przez Veita (22) na 294 przypadków uzyskano zaledwie w 85% mniej lub więcej zupełną poprawę stanu zdrowia. Wobec tego, należy mieć zatem na oku metody leczenia zachowawczego, a każdy w tym kierunku, chociażby najdrobniejszy postęp godnym jest wyprobowania.

Myśl stosowania zabiegów mechanicznych w leczeniu spraw zapalnych narządu rodnego kobiecego nie jest nową, stanowi ona podstawę metody Thure-Brandta, która aczkolwiek początkowo potępiona przez francuzów (15) na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu, zyskała wkrótce, podniesiona w pierwszym rzędzie przez Schultzego uznanie naukowe, a obecnie stosowaną bywa przez większą część ginekologów. Z biegiem czasu, obok ręcznego mięsienia próbowano i innych sposobów. Chrobak (7) notuje korzystne wyniki, zwłaszcza przy obecności starych zrostów i blizn po zastósowaniu t. zw. mięsienia przez pociąganie (*Zugmassage*), t. j. przez stałe dłuższe, od pół do dziesięciu godzin trwające obciążenie, wykonane przez powieszenie do założonego na część pochwową kulociągu, ciężaru od jednego do półtora klgr. Sänger (17) podejmując tę samą myśl, zmodyfikował tę metodę o tyle, iż poleca t. zw. mięsienie okresowe.

Podobnie i ucisk, czy to stały, czy chwilowy, znalazł swe zastosowanie, Auvard (1) w dwóch przypadkach *salpingo-oophoritis chronica* użył do wywarcia ucisku przez powłoki brzuszne worka, wypełnionego śrutem, od strony pochwy krążka Gariela i otrzymał wynik dodatni.

Tenże sam autor poleca często stosowaną przez amerykańskich lekarzy metodę, znaną pod nazwą „Columning," „columnisatio" polegającą na okresowem szczelnem tamponowaniu pochwy. Ogłaszając wyniki, technikę i wskazania w „Centrablatt f. Gynäkol." Nr. 12 1898, przyznaje on sobie pierwszeństwo wprowadzenia tego sposobu leczenia do Europy.

W roku 1897 W. A. Freund (9) w odczycie swym „Über Resorptionskuren" podał na Zjeździe przyrodników w Braunszwiku sposób, „przy pomocy którego uzyskał bardzo korzystne wyniki w leczeniu spraw zapalnych przy- i okołomacicznych — trudno odprowadzić się dających tyłopochyleń macicy, w przypadkach wrodzonego lub też nabytego zwężenia pochwy." Metoda ta polega na wywarciu dłużej lub krócej trwającego ucisku tak od strony powłok brzusznych, jako też i od pochwy, przy użyciu od zewnątrz worka ze śrutem, od wewnątrz kondomu, wypełnionego tymże samym materyałem.

Zasada powyższa zaczerpnięta z chirurgii zachowawczej, na podstawie dość licznych spostrzeżeń korzystnego nieraz wpływu obciążenia, n. p. w przypadkach uwięźnięcia sieci w worku przepuklinowym.

Uzyskane w dalszym ciągu przy tymże sposobie leczenia wyniki ogłosił Funke (10), podając zarazem technikę, określając wskazania i sposób działania. Przed tą pracą pojawiła się publikacya Pinkusa (14), w której autor, obok ucisku od zewnątrz i od wewnątrz, nietylko w okresie przewlekłego, podostrego, lecz także i ostrego zapalenia, w metodzie swej, zwanej „Belastungslagerung", stosuje zawsze równie pochyłą, którą z łatwością urządzić można, ułożywszy pacyentkę na łóżku, podniesionem na jednym końcu co najwyżej do kąta 30°, przez podłożenie odpowiednich klocków, lub, co łatwiej, zwyczajnych cegieł. Na owo ułożenie kładzie

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 20 listopada 1900.

on główny nacisk i to bardzo słusznie, gdyż w ten sposób wytwarza się korzystne warunki w krążeniu w zakresie narządów jamy brzusznej, co wpływa na szybsze wessanie produktów zapalnych.

W tem też powyższy autor dopatruje się głównie działania leczniczego, w przeciwieństwie do Freunda, który tak wielką wagę kładzie na użycie trwałego obciążenia. Halban (11) z kliniki Schauty ostatnimi czasy poleca użycie kolpeuryntra, który wypełnia się rtęcią, podnosząc łatwość w jego zastósowaniu, jako też możność wywarcia większego ucisku, z powodu wyższego ciężaru gatunkowego rtęci w porównaniu ze śrutem.

Powszechnie i ogólnie znane i tak często w najrozmaitszego rodzaju cierpieniach kobiecych stosowane gorące wystrzykiwania pochwy, o których dodatnim wpływie leczniczym obok Kiwischa, Emmeta wspominają Pozzi (16). Rosthorn (23), a głównie w swojej szczegółowej publikacyi Bertram (4), zaleca w bieżącym roku Stratz (18) nawet w okresie ostrym zapalenia; kombinuje je z użyciem równocześnie gorących okładów na brzuch, posmarowany maścią z ichthyolu i lanoliny *aa*. Zupełnie słusznie zaznacza ten autor, że wynik w pierwszym rzędzie zależy od systematycznego, pod okiem samego lekarza przeprowadzonego leczenia; idzie tu bowiem o przepuszczenie mniej więcej dziennie do 4 litrów wody o ciepłocie 48°—50° C. Przy stosowaniu wody o wyższej ciepłocie postępować należy ostrożnie, gdyż mimo użycia rozmaitych w tym celu wzierników ochronnych, zalecanych przez samego autora (19) Baumgärtnera (3), w dalszym ciągu przez Walzera (20) łatwo sprowadzić można poparzenia, na które pacyentka na razie, w czasie przestrzykiwań nie oddziałuje. Spostrzeżenia bowiem Calmana (6) „Nad badaniem czucia ciepłoty w częściach rodnych kobiecych“ wykazują, iż czucie ciepłoty w pochwie i na części pochwowej równa się 0.

Powyżej wspomniane metody, jużto jako takie same, już też we wzajemnej kombinacyi, znalazły dawno swe zastosowanie tak w klinice, jakoteż i w oddziele szpitalnym Prof. Jordana, w leczeniu chorych przychodnich, a zwłaszcza stałych.

Co do części technicznej, to w metodzie t. z. „Columnisatio“ postępowanie Auvarda jest następujące: po odkażeniu pochwy wlewa się we wzierniku dwulistkowym około kieliszka gliceryny, dodając łyżeczkę jodoformu lub innego środka przeciwgnilnego, poczem tamponuje się szczelnie pochwę skrawkami gazy wyjałowionej, lub też tamponami z waty, wielkości śliwki; następnie, cofając wziernik, przytrzymuje się tamponadę pincetą. Tak wytamponowana chora może oddawać się swoim zajęciom, a po 3 dniach następuje zmiana. Sposób ten w klinice o tyle uproszczony, że naprzód używamy jedynie wzierników rurkowatych, w zastosowaniu wygodniejszych i dla chorych mniej przykrych; w nie wlewa się około 20—30 gramów poprzednio przygotowanej w stosunku 5:200 mięszanki jodoformowej (lub gdy chora nie znosi jodoformu, mięszanki kseroformowej albo ichthyolowej).

Rozprowadziwszy przez okręcanie i równoczesne wysuwanie wziernika lek po ścianach pochwy, wziernik wysunięty do $^2/_3$ na zewnątrz, obniżamy, przyczem wylewa się nadmiar użytego leku; moment o tyle ważny, gdyż w razie zastósowania za wielkiej ilości przecieka mięszanka wśród ruchów przez tampony na części rodne zewnętrzne i sprawia kobiecie bardzo nieprzyjemne uczucie, a czasami i wyprysk. Do tamponady używamy zwyklej długiej korncangi i tamponików z waty wielkości śliwki, przewiązanych nitką, co ułatwia późniejsze ich usunięcie. Zależnie od lokalizacyi zmian tamponujemy szczelnie odpowiednie sklepienie, a cofając wziernik, wypełniamy wreszcie całą pochwę.

W przypadkach lżejszych, więcej przewlekłych, stosujemy leczenie ambulatoryjnie: w razie zaś zmian cięższych pozostawiamy chore na klinice lub oddziele, zwłaszcza gdy wskazaną jest obserwacya, wśród której dalsze leczenie może uledz modyfikacyi, czy to n. p. przez zastosowanie równocześnie ucisku od zewnątrz, lub wreszcie, gdy zachodzi potrzeba użycia obciążenia zapomocą śrutu, którego to sposobu do leczenia ambulatoryjnego zastosować nie można.

Technika tej ostatniej metody według Funkego jest następująca: na namydlony wziernik rurkowy miernej średnicy nawdziewa się sporządzony z silnej gumy kondom, który, celem większej trwałości, należy poprzednio wymoczyć w 1‰ roztworze sublimatu; przyczem pozostawia się część końcową kondoma nieco wolną. Namydliwszy ponownie sam kondom, wprowadza się go wraz z wziernikiem do pochwy i wypełnia się śrutem Nr. 3 w ilości od 500—800 grm., wysuwając równocześnie wziernik.

Procedury tej dokonywa się przy ułożeniu chorej z lekko podniesionymi krzyżami, poczem powinna przez jakiś czas pozostawać w łóżku, gdzie się jej (po usunięciu jelit) w odpowiedniem miejscu na powłoki brzuszne zastosowuje worek z śrutem od 1—2 klg. wagi.

Ujemną stroną tej metody jest niemożność stosowania jej u chorych przychodnich, a nadto okoliczność, że dosyć często nawet przy pewnej wprawie w usuwaniu kondoma, co ma miejsce po dwóch do szesnastu godzinach, ten już po dwurazowem użyciu ulega przedarciu. Usuwanie i wydobywanie następowe śrutu przy pomocy wzierników wcale dla chorej przyjemnem nie jest [1]).

Użycie do obciążenia od strony pochwy kolpeuryntra z rtęcią, aczkolwiek w części swej technicznej bardzo proste, o tyle rzadziej u nas znajdowało swe zastosowanie, iż dosyć często, zwłaszcza wrażliwsze pacyentki uskarżały się na niemiłe uczucie, wywołane wysterczającą ze szpary sromowej rurką balonika, jak również nierzadko zdarzało się, że balonik z wielką łatwością wypadał z powodu ruchliwości rtęci, w czasie, gdy pacyentka w łóżku mocz oddawała.

Wyższości tej metody w porównaniu z powyżej opisaną trudno było się dopatrzeć, chyba gdyby zachodziła potrzeba, co znowu niezmiernie rzadko się zdarza, zastosowania obciążenia u dziewicy, jak to w jednym przypadku tyłopochylenia macicy częściowo przyrośniętej użyliśmy z dodatnim wynikiem.

Pod względem wskazań nadmienić muszę, że korzystaliśmy z tych sposobów wyłącznie w przypadkach przewlekłego i podostrego zapalenia, obserwując dokładnie chore pod względem zachowania się ciepłoty i zdolności znoszenia tamponady; metody te bowiem, aczkolwiek łagodne, mogą niekiedy przyczynić się do pogorszenia stanu chorej, jeśli stosuje się je w nieodpowiednim czasie i bez należytej kontroli.

[1]) Początkowo używaliśmy kondomów z fabryki, polecanej przez Funkego: Streissguth-Strassburg tuzin 2.50 mk., obecnie wytrzymalszych dostarcza apteka Hellera w Krakowie.

Ogółem zaznaczyć musimy, iż pacyentki pod względem funkcyi pęcherza i kiszki stolcowej nie zwykle rzadko skarżyły się na jakieś przypady po zastosowaniu tomponady.

(C. d. n.)

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Dokończenie).

Przypadek IV. Anna P., l. 55 z Bohatkowic, powiatu podhajeckiego, zgłosiła się do kliniki z powodu znacznych bólów głowy i oka (N. 130 k. 1899). Wywiady wykazują, że przed dwoma miesiącami operowano ją na zaćmę.

Stan obecny: Przy dotyku gałki lekki ból rzęskowy. Gałka wielkości prawidłowej. Nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe — mierne. Rogówka nie przedstawia zmian. Przednia komora wypełniona krwią, poza którą dalszych szczegółów nie widać. V l. o. = O. Rozpoznanie *Uveitis dolorosa post extractionem cataractae, Amaurosis oc. sin.* Skoro bóle głowy i oka nie ustępowały, wykonano 7 lipca 1899 wyłuszczenie gałki lewej.

Badanie anatomiczne. Formalina 10% 24 g. Alkohol. Celuloidyna. Skrawki barwione hematoksyliną. Na przekroju pionowym przez środek gałki widzimy: rogówka nie przedstawia zmian. Przednia komórka głęboka, wypełniona czerwonemi ciałkami krwi, gęsto koło siebie ułożonemi, wśród nich gdzieniegdzie nitki włóknika. Na tylnej powierzchni rogówki ciałka te krwi barwią się jednostajnie ciemnożółtawo, obrysów ciałek w nich nie widać, tworzą pasy wejrzenia szklistego, barwiąc się podobnie do mas koloidowych. Od strony tęczówki skrzep przerośnięty wypustkami tkanki ziarninowej, miejscami nawet dość zbitej, a wśród niej spostrzegamy komórki barwikowe z wypustkami i dużemi jądrami, oraz komórki różnej wielkości, okrągłe, bez wypustek, z protoplazmą, pełną drobnoziarnistego barwika brunatnego. Tęczówka wypuklona brzegiem źrenicznym ku tyłowi, zgrubiała; brzegi jej zrośnięte tkanką ziarninową, dość dobrze zorganizowaną. Warstwa komórek barwikowych — tylnej ściany tęczówki poodrywana w licznych miejscach, poodrywane części warstwy barwikowej leżą na tkance ziarninowej, znajdującej się za tęczówką; komórki tej tylnej warstwy barwikowej jaśniejsze, nieregularne. W miejscu, gdzie tęczówka zgrubiała w głębi nadziana ciałkami czerwonemi krwi. Obok prawidłowych komórek barwikowych tęczówki wiele komórek zawiera grudki barwika brunatnego, które także leżą luźnie między komórkami. Tuż za tęczówką leży torebka soczewki z przybłonkiem, mocno pofałdowana i wraz z siatkówką oderwaną i pofałdowaną, tworzy masę zbitą, tkanką ziarninową przerosłą. Na przedniej jej powierzchni znajdują się oderwane warstwy barwika tylnej powierzchni tęczówki i ciała rzęskowego. Przybłonek wyrostków rzęskowych zawiera mniej barwika. Na siatkówce rozróżnić można obie warstwy ziarninowe, obok tego widzimy szczególniej na obwodzie ziarna brunatnego barwika, usadowione w komórkach i nieliczne komórki przybłonka siatkówkowego. Między naczyniówką a twardówką gruby pokład bezpostaciowej masy takiej, jak na tylnej powierzchni rogówki. Pokład ten jest najgrubszy po za ciałkiem rzęskowem, idąc ku tyłowi zwęża się.

Badanie mikrochemiczne: W rogówce nie występuje odczyn. Wśród ciałek krwi, wypełniających przednią komórkę, również nie występuje. Na przedniej powierzchni tęczówki komórki barwikowe z wypustkami nie barwią się; natomiast komórki, zawierające wyżej wspomniany barwik brunatny, barwią się wybitnie niebiesko. W tęczówce również wybitne zabarwienie niebieskie tych samych komórek. Ziarnka barwika luźnego pozostają brunatne. Najwybitniej odczyn niebieski występuje w ciałku rzęskowem, mianowicie u jego nasady, jakoteż w komórkach barwikowych leżących na siatkówce oderwanej i pofałdowanej, które pochodzą z warstwy przybłonka siatkówkowego; tutaj występuje także rozlane błękitne zabarwienie. Naczyniówka i twardówka nie dają odczynu. Przybłonek barwikowy tęczówki i ciałka rzęskowego barwią się słabo niebiesko. Na preparatach, które poprzednio leżały w 5% kw. solnym nawet przez 48 godzin, następnie włożonych do żelazosinku potasu i kwasu solnego, widzimy odczyn niebieski, występujący wszędzie tak samo, jak na preparatach, które nie leżały w kwasie solnym.

W przypadku tym, „siderosis“ hematogenetyczna jest tylko uboczną sprawą, nie mającą żadnego znaczenia pod względem klinicznym; utratę wzroku spowodowała tutaj *uveitis* pooperacyjna.

Zestawiając te 4 przypadki widzimy, że w pierwszym, gdzie mieliśmy najwybitniejsze objawy „siderosis“, spostrzeganej klinicznie, oko w ciągu przeszło dwóch lat zachowało dobrą bystrość wzroku; kawałek żelaza był tutaj aseptyczny, zranienie oka nieznaczne i brak działania mechanicznego. Działanie chemiczne zaś żelaza nie spowodowało tu objawów zapalnych wśród całego przebiegu, mimo że działanie chemiczne było znaczne. W przypadku drugim zmiany zapalne od samego początku występowały; chory na drugi dzień po zranieniu przyszedł z objawami *iridocyclitis*, objawy zapalne następnie zmniejszyły się, aby się znów zaostrzyć. Zmiany zapalne stosunkowo znaczne, zaś oddziaływanie na żelazo występuje w niskim stopniu tak, że samego działania chemicznego żelaza nie można tutaj przyjąć za wyłączną przyczyną zapalenia; zresztą *iridocyclitis*, która nazajutrz po zranieniu wystąpiła, nie mogła pochodzić od chemicznego działania żelaza; możnaby ją tłómaczyć urazem lub zakażeniem; to ostatnie wykluczam na podstawie przebiegu klinicznego i badania anatomicznego; pozostaje więc uraz, który dał pierwotnie powód do zapalenia, a działanie chemiczne żelaza następnie zapalenie to podtrzymywało.

W przypadku 3-cim przyjmuję jako przyczynę utraty wzroku zranienie oka (znaczny krwotok do ciałka szklanego, powodujący oderwanie siatkówki, następowa *iridocyclitis).* W przypadku 4-tym przyczyną utraty wzroku była *uveitis* pooperacyjna.

Co do odczynu mikrochemicznego na żelazo widzimy, że we wszystkich trzech przypadkach najwybitniej występował on tam, gdzie komórki bujały, a więc w tkance ziarninowej, koło ciała obcego, w stożku oderwanej siatkówki przerosłej tkanką ziarninową, na bujających komórkach przybłonka barwikowego siatkówki. W przypadku zaś pierwszym

bardzo szybko występowały złogi brunatne na pęczniejących masach zaćmy. Wieniec złogów brunatnych na torebce soczewkowej (przyp. I.), jak wiadomo, powstaje wskutek osadzania się żelaza w formie nierozpuszczalnej również w komórkach wybujałego przybłonka (Hippel[1]) soczewek zaćmionych, lub zaćmiewających się. Na soczewkach niezaćmionych nigdy „siderosis“ nie stwierdzono. W przypadku II, III i IV-ym nie wystąpiło oddziaływanie na przybłonku torebki soczewkowej, ale też nie stwierdziliśmy na szeregu preparatów bujania tych komórek; tak samo prawidłowo zachowywał się przybłonek wyrostków rzęskowych w przypadku II i III, to też zabarwienie niebieskie na nim nie wystąpiło. To samo i na przybłonku barwikowym siatkówki w przyp. II i IV. — W przypadku IV przybłonek ciała rzęskowego i tęczówki okazywał słabe zabarwienie niebieskie w tych miejscach, gdzie komórki jego były bledsze, t. j. zawierały mniej barwika. Według Hippla[2]) „Die Siderosis tritt vorwiegend an bestimmten Zellengruppen auf; ganz besonders an dem Epithel der Ciliarfortsätze, der Pars ciliaris retinae, der Netzhaut und dem Linsenkapselepithel“; tym grupom komórek przypisuje Hippel „eine specifische Affinitat für das Eisen“. Powyższe twierdzenie Hippla nie tłómaczy mi w zupełności, dlaczego w jednych przypadkach przychodzi do osadzania się żelaza, n. p. na przybłonku torebki soczewkowej (I przyp.) lub siatkówki (III przyp.) a w drugich nie (II przyp.); krótszym czasem działania chemicznego żelaza w jednych przypadkach, a dłuższym w drugich, tego całkowicie wyjaśnić nie można; jeżeli zaś przyjmujemy, że komórki bujające łatwiej osadzają w sobie żelazo w formie nierozpuszczalnej, natenczas przypadki powyższe możemy sobie wytłómaczyć. Hertel[3]) również w swoim przypadku nie otrzymał odczynu na żelazo we wszystkich komórkach grupy Hippla: „Auf eins möchte ich kurz hinweisen, dass eine so ausgesprochene Affinität des Pigmentepithels zu dem Eisen, wie sie Leber (l. c.) und v. Hippel (l. c.) erwähnen, in dem mir vorliegenden Falle nicht vorhanden war. Sowohl das Pigmentepithel der Iris, als auch des Ciliarkörpers war normal, und nahm keinerlei Eisenreaction an. Das Pigmentepithel der Retina war ebenfalls grösstentheils normal und zeigte keine Blaufärbung im Ferrocyankaliumsalzsäuregemisch. Nur an einigen Stellen fanden wir, in Uebereinstimmung mit obigen Autoren, Wucherung der Pigmentzellen in runde bräunliche Zellen, welche eine sehr deutliche Blaufärbung gaben“. Te więc komórki przybłonka siatkówkowego, które bujały, były jaśniej pigmentowane, okrągłe, barwiły się niebiesko; zaś inne, prawidłowe, nie dawały odczynu (str. 291).

Hippel w przypadku Eberharda opisuje odmiennie[4]), a mianowicie tam, gdzie przybłonek barwikowy siatkówki był zupełnie pozbawiony barwika, nie wykazywał odczynu niebieskiego, zaś w komórkach, które zawierały barwik, występował odczyn. „Das Pigmentepithel.... wo es vorhanden und pigmenthaltig ist, giebt es sehr starke Eisenreaction, wo das Pigment vollständig fehlt, lässt sich eine Blaufärbung der Zellen nicht nachweisen“ Inne jednak przypadki Hippela wykazują wszędzie, że właśnie tam, gdzie komórki przybłonkowe były najwięcej zmienione, najwybitniej występował odczyn niebieski I tak w przypadku Fritza (str. 140 l. c.) pisze Hippel: „Die Zellen des Pigmentepithels der Ciliarfortsätze sind zum Theil diffus hellblau gefärbt; dies tritt besonders da hervor, wo sie auffallend pigmentarm sind.“ W przypadku tym również wystąpiło rozlane niebieskie zabarwienie komórek przybłonkowych torebki soczewkowej, a z opisu widzimy, że przybłonek ten miejscami okazywał płaskie wybujałości. To samo w przypadku Blömera przybłonek wyrostków rzęskowych barwił się niebiesko, szczególnie tam, gdzie był wybitnie ubogi w barwik (l. c.).

Rozlane zabarwienie niebieskie siatkówki, wystąpiło tylko w moim przypadku III; siatkówka w tym przypadku była silnie tkanką ziarninową przerośnięta, podobnie u Hippla w przypadku Albrechta, Blömera i Laiera. Twierdzenie więc, że komórki bujające więcej osadzają w sobie żelaza nierozpuszczalnego, nie stoi w sprzeczności z badaniami anatomicznemi Hippla i Hertla, a więcej tłómaczy mi wystąpienie odczynu na żelazo w moich wyżej opisanych przypadkach, niż przyjęcie samej tylko szczególniejszej zdolności do osadzenia żelaza dla pewnych gromad komórek fizyologicznych. Czy twierdzenie to ma znaczenie ogólne, dalsze badania okażą. Pewne gromady komórek, podanych przez Hippla, rzeczywiście mają tę szczególniejszą własność, że w nich osadza się żelazo, szczególniej jednak wtedy, jeżeli komórki te są w stanie zwyrodnienia lub bujania. Te dwa pojęcia, zwyrodnienia i bujania, mieszają się tu na pozór; wiemy jednak, że komórki przybłonka barwikowego wpierw muszą uledz zwyrodnieniu, nim zaczną bujać; prawidłowe komórki barwikowe tworzą pokład pojedynczy i nie są zdolne ani do odrodzenia, ani do bujania.

W przypadku I, oprócz przerostu przybłonka torebki soczewkowej, na soczewce zaćmiewającej się nie było nigdzie sprawy zapalnej, ani sprawy degeneracyjnej z następowem bujaniem komórek; — osadzanie się żelaza w formie nierozpuszczalnej, oprócz w soczewce i jej przybłonku, nigdzie nie nastąpiło. Że w tym przypadku nie przyszło do zapalenia gałki, ani (do tego czasu) do zwyrodnienia siatkówki, możnaby wytłómaczyć tem, że tutaj wszystko żelazo, rozpuszczone w pęczniejącej równocześnie soczewce, osadzało się. To samo stwierdził Leber[1]) doświadczalnie u królika, któremu wbił igłę przez środek rogówki i soczewki tak, że sterczała do ciała szklanego. Objawy zapalne nie wystąpiły, ani nie przyszło do oderwania siatkówki, co Leber tłómaczy tem, że przez obfitą ilość pęczniejących istot białkowatych dookoła ciała obcego, w ciałku szklanem mas soczewkowych, małe ilości żelaza, skoro tylko się rozpuściły, natychmiast ulegały związaniu i nie mogły działać na tkankę ciała szklanego i siatkówki. Być więc może, że w moim przypadku I, pęcznienie soczewki z bujaniem przybłonka torebki w ten sposób ocaliło oko; w przeciwnym razie działanie chemiczne żelaza rozpuszczonego wywołałoby zapalenie już to miejscowe dookoła ciała obcego, prowadzące do otorbienia się tego ciała obcego, już to zapalenie ogólne, a takie sprawy zapalne, jak z jednej strony jakiś czas chronią

[1]) Archiv Graefego, t. 40. str. 279.

[2]) Graefe's Arch. Bd. 40, S. 278.

[3]) Hertel E. Anatomische Untersuchung eines Falles von Siderosis bulbi. Arch. Graefego, t. 44.

[4]) Hippel: Ueber Netzhaut degeneration durch Eisensplitter u s. w. Arch. Graefe'go T. 42, str. 156.

[1]) Leber. Entzündung str. 242.

do pewnego stopnia siatkówkę od zwyrodnienia przez osadzanie żelaza w formie nierozpuszczalnej w wypocinie i w tkance ziarninowej, następowo powstałej, tak z drugiej strony wywołują jeszcze prędzej oderwanie się siatkówki na drodze mechanicznej. Lepszą jest w każdym razie pierwsza ewentualność, gdyż do oderwania siatkówki w krótkim czasie przychodzi przy wypocinie w ciałku szklanem, zaś do zwyrodnienia może długie lata nie przyjść, a w naszym przypadku po 2-ch latach do niego nie przyszło. Osadzanie się żelaza w formie nierozpuszczalnej w komórkach jest poniekąd samopomocą ustroju przeciwko działaniu chemicznemu żelaza, w stanie rozpuszczalnym przenikającego tkaniny.

Prof. Dr. Machekowi składam podziękowanie za odstąpienie mi opisanych przypadków do publikacyi.

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy).

V. Na twarzy często spotykamy różne choroby skórne, jak wypryski, zapalenia i osutki. Twarz szczególnie jest usposobiona do wyprysku, który często występuje tutaj, pomimo że zadrażnienie skóry, jak np. wcieranie szaruchy itd. odbywa się na innem, dalszem miejscu. Łuszczycę twarzy poznajemy po łuszczącym się wyprysku na czole, albo w łagodnych i leczonych przypadkach po czerwonych, nieco wypukłych plamach, które pochodzą z przekrwienia brodawkowego. Zresztą małżowiny uszne bywają także siedzibą cechujących białych łusek łuszczycy. Nawet świerzb, który zwykle twarz szczędzi, może na niej wywołać wyprysk. Osoby (np. praczki), które mają wyprysk z zawodu na rękach, wkrótce dostają go na twarzy. Wyprysk twarzy u starszych dzieci zaniedbanych, a szczególnie u dziewcząt, naprowadza podejrzenie zawszenia głowy; często wyprysk twarzy jest wyrazem zołzów, albo też towarzyszy niedokrwistości. Na szczególną wzmiankę zasługuje wyprysk twarzy u niemowląt, który często występuje już w parę tygodni po narodzeniu i pod nazwą ognika *(crusta lactea, strophulus infantum)* powszechnie jest znany. W przypadkach wyraźnych tego rodzaju prawie cała twarz pokrywa się rozległym strupem zielonkowato lub brunatno zabarwionym, z którego, jakby z pod maski, wyzierają oczy dziecięcia. Przytem gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne są zwykle obrzmiałe.

Zarost twarzy jest siedzibą figówki *(sycosis)*, której nabywa się przez zakażenie przy goleniu, albo często rozpoczyna się ona z prostego wyprysku lub liszajca, albo wreszcie z opryszczek gorączkowych (herpes febrilis). Także *dermatitis arrosiva* w połączeniu z uporczywymi nieżytami nosa może doprowadzić do bujań ziarniny, podobnych jak w figówce. Natomiast rozróżnić należy ten liszaj grzybkowy od zapalenia torebki włosowej *(folliculitis barbae)*, które polega na tworzeniu się małych mieszków i krost, odpowiadających torebkom włosów. Z różnych rumieni na twarzy występuje rumień słoneczny wywołany przez wpływ promieni słonecznych, a jak to Widmark wykazał, szczególnie przez działanie promieni pozafiołkowych. Ale także gorąco od pieca, a nawet od żelazka do prasowania, może wywołać rumień i wyprysk na twarzy u robotników (kowali, piekarzy) i u osób, zajętych prasowaniem. W północnych Włoszech znajdują się po szpitalach chorzy na rumień lombardzki *(pellis agra-pellagra)* ze smagławą i łuszczącą się skórą twarzy i grzbietu rąk *(erythema nigricans)*; jestto pierwszy objaw choroby, prowadzącej potem do obłąkania. Także w Rumunii, a rzadko też i na Bukowinie, wogóle wszędzie panuje ta ciężka choroba, gdzie biedna ludność spożywa zgniłą kukurudzę. *(maïdismus)*. Także rumień wypocinowy wielopostaciowy może niekiedy wystąpić i na twarzy.

Na policzkach usadawiają się różne postacie opryszczek, n. p. opryszczki gorączkowe, które w niektórych chorobach, a szczególnie w zapaleniu płuc włóknikowem, mają tak wybitne znaczenie rozpoznawcze, że czasem już z samych opryszczek można rozpoznać zapalenie płuc. Ale i półpasiec występuje, choć rzadziej, na twarzy w przebiegu zajęcia nerwu trójdzielnego, twarzowego i górnych nerwów szyjnych. Jako półpasiec czoła, choroba ta może się często stać krwotoczną. Występuje ona także na nosie, skroniach, w otoczeniu oka jako półpasiec oka, a wtedy może ogarnąć rogówkę, tęczówkę i nawet całe oko. Półpasiec występuje zawsze tylko jednostronnie; kilkakrotnie jednak zauważono go także na twarzy obustronnie, jak to poraz pierwszy opisał Hebra. Pęcherzyca również i na twarzy może wystąpić.

Trądzik zwyczajny usadawia się najczęściej na twarzy u ludzi młodych, w wieku pokwitania płciowego i pozostawia powierzchowne blizny, jeżeli istniał latami. Także trądzik czerwony występuje wyłącznie na twarzy, szczególnie po obu stronach nosa i tworzy tu kształt motyla, podobnie jak wilk rumieniowy *(lupus erythematodes)*. Występuje on nietylko z powodu nadużywania napojów wyskokowych i ciągłego pobytu na wolnem powietrzu, lecz także i w przebiegu zaburzeń w narządzie płciowym, szczególnie u kobiet, towarzyszy chorobom żołądka, kiszek i wątroby; spostrzega się także i dziedzicznie (Lesser). Zawsze się utrzymujący czerwony nos i uszy pochodzą zwykle z odmrożenia i następowego stałego poraźnego rozszerzenia naczyń krwionośnych.

Cały szereg leków może wywołać na twarzy, jak również i na całem ciele, różne wysypki, a zwłaszcza pokrzywkę, szczególnie u ludzi, którzy posiadają idyosynkrazyę przeciw tym przetworom. Osutka jodowa i bromowa usadawiają się często najpierw na czole i skroniach; balsam kopaiwiany i peruwiański, terpentyna, morfina, chinina, makowiec, chloroform, naparstnica, wodan chloralu, antypiryna, rtęć, dziegieć i wiele innych mogą wywołać i na twarzy, jak i na reszcie ciała, t. z. osutki lekarstwiane.

Róża na twarzy jest stosunkowo chorobą częstą i wychodzi najczęściej ze przeczosów i nadżerek przyskórka na nosie. W początkowym okresie trzeba czasem uważnie odróżnić różę twarzy, szczególnie jeżeli się zaczyna na nosie, od ostrego zapalenia skóry *(dermatitis)*, które także często się przyłącza do nieżytów i nadżerek błony śluzowej nosa. W róży należy uwzględnić początek choroby, który występuje wśród dość wysokiej gorączki, wymiotów, braku łaknienia, następnie ból napinający i wypukły brzeg. Na jeden objaw jeszcze należy zwrócić szczególną uwagę, mianowicie na osobliwie żółto obłożony język, na którym pojedyncze brodawki wystają również jako żółte punkty. Nie rzadko się zdarza, że lekarz, wezwany do chorego na różę na twarzy, znajduje bolączkę na dziąsłach *(parulis)* ze znacznem zaczerwieniem i opuchnięciem twarzy.

Ważną gromadę chorób, które bardzo często już z twarzy można rozpoznać, tworzą osutki ostre. Charakterystyczne krosty ospowe występują na twarzy i na głowie; w ospówce można stwierdzić na twarzy różne okresy osutki pęcherzykowej, a także na błonach śluzowych. Ospa krowiankowa może wystąpić na twarzy, bądź to jako krosta przerzutowa *(vaccinolae)*, bądź też jako *vaccina* ogólna. Zaczerwienione policzki są charakterystyczne dla płonicy w przeciwstawieniu do bladej brody, czoła i wargi górnej, a brak objawów nieżytowych odróżnia ją od odry, w której już w okresie zwiastunowym brzegi powiek są zwykle lekko zaczerwienione i nieco obrzękłe, oczy zmętniałe i łzawiące, a przytem silny nieżyt nosa i czerwone policzki. Później występuje osutka odrowa, szczególnie na skroniach, w okolicy przeduszenej i na brodzie.

Co się tyczy kiły, to zdarzają się stwardnienia pierwotne (sklerozy) i kilaki na wargach i powiekach. *Sclerosis initialis* na twarzy może mieć swe źródło w miłości lub w nienawiści, a więc albo przez pocałunki lub spółkowanie przeciw naturze, albo też przez ukąszenia, wykonane w za-

pale lubieżności lub gniewu. Kiła wywołuje także znaną koronę Wenery, t. j. wysypkę guzkową na czole, a czasem także na dalszej części twarzy. Jeszcze długo po przebytej kile bezbarwność skóry (leukodermata) może świadczyć o przebyciu tej choroby. W kile wrodzonej osesków nieżyt nosa należy do najstalszych objawów. Wkrótce po nim występują czerwone lub brunatnawe okrągłe lub nieregularne plamy, szczególnie w okolicy brwi, brody i fałdów nosowo-policzkowych.

Twarz jest często siedzibą wilka zwyczajnego i rumieniowego. Wilk zwyczajny poczyna się często od nosa, a bliznowate skrzywienie twarzy z wywiniętemi powiekami jest tak charakterystyczne, że chorzy z rozległym wilkiem twarzy prawie wszyscy są do siebie podobni. Wilk rumieniowy tworzy często znaną postać motyla po obu stronach nosa; ogarnia jednak czasem czoło, szyję i rozległe miejsca głowy owłosionej.

Mięczak zaraźliwy *(moluscum contagiosum)* występuje głównie na twarzy i tworzy tu lśniące ciałka wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy, które łatwo dają się wycisnąć. Łatwo też dają się one odróżnić od brodawek, które szczególnie w wieku młodocianym i starszym są bardzo częste. Prosaki *(milia)* są małymi kaszakami które głównie u osób młodych i kobiet występują na powiekach i na czole. Kaszaki większe usadawiają się często na tych samych miejscach i dosięgają wielkości jaja kurzego. Torbiele skórzaste są wrodzone, choć często dopiero w późnym wieku się powiększają. Usadawiają się w okolicy kątów powiekowych, zewnętrznego i wewnętrznego. Nowotwór nad gładyszką noworodka nasuwa myśl przepukliny mózgowej. Kępki żółte na powiekach (xanthomata czyli xanthelasmata), są to płaskie nowotwory brudno-żółtawej barwy, które mało tylko wystają nad skórę powieki. Najczęściej znajdujemy je na powiekach w pobliżu kąta powiek wewnętrznego i często rozmieszczone są symetrycznie po obu stronach, podobne do żółtych plam nad oczami jamników. Kępki żółte występują u ludzi starszych, szczególnie u kobiet, rosną bardzo powoli i prócz oszpecenia nie mają innego znaczenia.

Trąd również często już z twarzy można rozpoznać, gdyż tu siedzibę swą mają guzy trądu guzowatego. Czyraki twarzy, szczególnie na nosie, górnej wardze, policzku i brodzie, są zjawiskiem dość częstem. Wąglik, czyli czarna krosta złośliwa usadawia się najczęściej na twarzy, szczególnie na policzkach, czole i powiekach; cechuje się ciemną plamą na szczycie nacieku. Na miejscach przejścia skóry w błonę śluzową występują często nabłoniaki, głównie na wargach, nosie i na powiekach. Czasem taki nabłoniak jest pokryty brudnymi strupami tak, że na pierwszy rzut oka wygląda jak wyprysk. Ale trzeba tylko się dotknąć. a twardy naciek w otoczeniu nie pozostawi żadnej wątpliwości w rozpoznaniu. Rak skóry a mianowicie jego postać o mniej złośliwym przebiegu *(ulcus rodens)* usadawia się najczęściej na nosie i tworzy tu powierzchowny czerwony i lśniący wrzód, który równie, jak jego wązki brzeg, jest twardy. Twardziel nosa *(rhinoscleroma)* występuje w górnej części przewodu oddechowego i tworzy często na nosie i górnej wardze chrząstkowato-twarde, płaskie nacieki, które powoli się posuwają i nigdy nie wrzodzieją. Promienica (aktinomykosis) ma zwykle swoje miejsce na szczęce dolnej i szyi i wylania się jako sprawa przewlekła o przewlekłem bujaniu ziarniny i ropieniu. (C. d. n.)

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Ośrodki korowe układów rzutowych, czyli pola rzutowe, są siedzibą obrazów pamięciowych. Obrazy te tworzą się pod wpływem odpowiednich bodźców zewnętrznych, które, choć są przemijające, wywołują tak we włóknach nerwowych, jak, i to w wyższym jeszcze stopniu, w ośrodkach trwałe zmiany. Tę zdolność układu nerwowego doznawania trwałych zmian pod wpływem przemijających bodźców zowiemy pamięcią. Pamięć nerwów polega n. p. na tem, że częste faradyzowanie nerwu zwiększa jego pobudliwość na ów bodziec; na tej samej zasadzie polega wszelkie ćwiczenie, wszelkie uczenie się, przez które zauważamy, że to, co nam zrazu przychodziło z trudnością, z czasem staje się łatwem. Trwałe zmiany, wywołane w polach rzutowych przez przemijające bodźce czyli tak zwane obrazy pamięciowe, stanowią treść naszej świadomości. Skoro zaś obrazy te powstają pod wpływem bodźców zewnętrznych, działających na nasze narządy zmysłowe, przeto treść naszej świadomości zależną jest od istnienia narządów zmysłowych i ich stanu (zdanie dawnych autorów „id non est in intellectu, quod in sensu non fuerit“) oraz od odpowiednich im układów rzutowych. Wrodzony brak funkcyi narządów zmysłowych pociąga za sobą niewytworzenie się odpowiednich im układów rzutowych, a następnie odpowiednich im obrazów pamięciowych. Ponieważ zaś świadomość nasza jest czynnością ośrodkowych pól rzutowych, które tkwią w korze mózgowej, oraz, ponieważ świadomość jest funkcyą kory, przeto niewytworzenie się układów a więc i pól rzutowych pod wpływem wrodzonych niedorozwojów narządów zmysłowych, upośledza świadomość.

Aby należycie pojąć, co trzeba rozumieć przez obraz pamięciowy, rozważmy bliżej, jako przykład, optyczny obraz pamięciowy. Wrażenia wzrokowe, jakich doznaje siatkówka oka, zmieniają się ustawicznie t. j. każde nowe wrażenie zaciera w siatkówce wrażenia poprzednie. Tak samo muszą się zacierać wzajemnie wrażenia wzrokowe, po sobie następujące w ośrodkach, czyli polach psychoptycznych sensorycznych. Gdzież się tedy tworzy obraz pamięciowy poszczególnych wrażeń wzrokowych? Meynert przyjmował, jak wiadomo, istnienie osobnych ośrodków dla zmysłowego spostrzegania wzrokowego, a osobnych dla obrazów pamięciowych wzrokowych. Wernicke zgadza się w tym względzie ze Sachsem (Vortraege über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau, 1893) i Goldscheiderem (Berlin. klin Wochs. Nr. 4, 1982), że tylko przypuszczenie nabytej zdolności czynnościowego łączenia równocześnie zadrażnionych pierwiastków spostrzegawczych zapomocą istniejących dróg kojarzenia, może nam wyjaśnić tę szczególną pamięć każdorazowego kształtu obrazów siatkówkowych i wzajemnego ułożenia zadrażnionych punktów siatkówki. Jeżeli ta sama podnieta się powtarza i obraz jej, powstały w siatkówce, zostaje znowu poznanym, to mechanizm tego poznania można tłómaczyć wedle Ziehena (Zasady psychologii fizyologicznej. Przekład z przedmową A. Mahrburga. Warszawa, 1900) w ten sposób, że pierwiastki spostrzegawcze tworzą ten obraz pamięciowy, albowiem dotycząca kombinacya zadrażnionych komórek nastrojona jest niejako na tę modłę podrażnienia tak, jak np. pewne rezonatory odbrzmiewają tylko przy dźwięku pewnego tonu. Zdaniem Wernickego nawet i to wielce pomysłowe porównanie Ziehena nie tłómaczy tego zjawiska, a wyjaśnia dopiero istnienie układu kojarzennego, t. j. włókien nerwowych, łączących pierwiastki spostrzegawcze. Kojarzenie zaś wrażeń zmysłowych nastaje zawsze wtedy, gdy one nastąpiły równocześnie. Otóż, ponieważ równoczesne zadrażnienia pierwiastków spostrzegawczych ze sobą się kojarzą, a przy ponowieniu się tego samego wrażenia, ten sam układ podrażnienia się ponawia, więc przyjąć można, że wrażenia te w kojarzeniu się utrwalają. Wobec tego obraz pamięciowy byłby nabytem skojarzeniem pierwiastków spostrzegawczych ośrodkowego pola rzutowego. Tak więc zbytecznem jest przyjmowanie istnienia osobnych ośrodków pamięci. Obraz pamięciowy wzrokowy jest zarazem zawsze skojarzony z obrazem pamięciowym dla ruchów gałki ocznej. Przez powtarzanie się tych samych wrażeń wzrokowych tworzy się tedy

obok kojarzenia się pierwiastków spostrzegawczych między sobą, także i skojarzenie między odpowiedniemi, również zlokalizowanemi wyobrażeniami ruchów gałki ocznej. Tak połączony optyczny obraz pamięciowy z odpowiednim obrazem pamięciowym ruchów gałki ocznej, zwiemy wyobrażeniem wzrokowem.

Pierwiastki spostrzegawcze ośrodkowych pól rzutowych, czyli komórki zwojowe, które się bezpośrednio łączą z włóknami rzutowemi, wiążą się nadto między sobą zapomocą włókien kojarzących, wskutek czego mogą powstać obrazy pamięciowe wzrokowe, węchowe, słuchowe, smakowe, dotykowe itd Zapomocą posiadania tych obrazów pamięciowych jesteśmy w stanie rozpoznać nanowo wrażenie, poprzód już odniesione, czyli w ten sposób nastaje pierwotna indentyfikacya. Ponieważ zaś materyał wrażeń zmysłowych składa się z przedmiotów konkretnych, zatem treść naszej świadomości równa się sumie pamięciowych obrazów przedmiotów konkretnych. W tej sumie muszą zachodzić pewne stałe grupy, odpowiadające właściwościom pewnego przedmiotu konkretnego. Jeden zaś i ten sam przedmiot wywołuje kilka w ten sam sposób powtarzających się wrażeń zmysłowych, a równoczesność tych różnych wrażeń zmysłowych sprawia, że ich obrazy pamięciowe ulegają ze sobą skojarzeniu. Tak więc każdemu przedmiotowi konkretnemu odpowiada nabyte skojarzenie obrazów pamięciowych różnych zmysłów, które będzie tem trwalsze, im częściej ten sam przedmiot będzie je pobudzał. To nabyte skojarzenie tych obrazów pamięciowych tworzy nam pojęcie przedmiotu konkretnego. W każdem pojęciu musimy odróżnić jego objętość i jego trwałość.

Pierwotna identyfikacya umożliwia nam rozpoznanie ponowne wrażenia, poprzód już raz odniesionego; różnica zaś między nią a następową identyfikacyą polega na tem, że dzięki tej ostatniej już jedna część składowa pojęcia obudza w nas całą sumę pozostałych części składowych, czyli całe pojęcie. Podstawę anatomiczną dla uzyskania takich do siebie przynależnych grup pierwiastków komórkowych stanowi istnienie włókien kojarzących między różnemi polami rzutowemi. Drogi nerwowe, łączące ośrodki jednego pola rzutowego, nazywamy drogami kojarzącemi wewnątrzkorowemi; drogi zaś łączące ośrodki różnych pól rzutowych — drogami kojarzącemi pozakorowemi (intra vel transcorticale Bahnen). Zbiór pojęć konkretnych stanowi świadomość świata zewnętrznego, gdyż pojęcia te. powstawszy pod wpływem bodźców zewnętrznych, dają nam jego wierny obraz. Treść zatem naszej świadomości składa się nietylko z obrazów pamięciowych, lecz także z pewnych ich, stale ze sobą skojarzonych, zbiorów, czyli pojęć konkretnych Liczba tych pojęć zależy od liczby przedmiotów konkretnych. O liczbie posiadanych pojęć daje nam miarę liczba słów, używanych dla ich wyrażenia. Liczba przedmiotów konkretnych, a tem samem i pojęć konkretnych, nie jest wielką, zwłaszcza w stosunku do liczby komórek zwojowych kory, których, wedle obliczenia Meynerta, jest około miliarda; dla tego też, ponieważ przedmiotów konkretnych nie jest tak wiele, muszą jedne i te same często zmysłom naszym wpadać i tworzyć skutkiem skojarzenia ścisłe pojęcia.

Oprócz kojarzenia wrażeń równoczesnych, istnieje także kojarzenie wrażeń po sobie następujących, na którem np. polega uczenie się czegoś na pamięć. Z uwagi na to, że równoczesność ścisła wrażeń zmysłowych jest właściwie niemożliwa z powodu jednolitości naszej świadomości, przeto kojarzenie wrażeń zmysłowych jest właściwie tylko kojarzeniem wrażeń, szybko po sobie następujących. Wrażenie, odebrane ze świata zewnętrznego, którego zjawiska nie są z sobą połączone, łączy dopiero mózg nasz w pewien związek przyczynowy. Dla wytłómaczenia mechanizmu kojarzenia przyjmuje W. osobne komórki zwojowe, w tej czynności pośredniczące, tj. komórki wrzecionowate, stanowiące pewną warstwę kory mózgowej. Przyjmuje on że każda z tych komórek wysyła w przeciwne strony wypustki, których ostateczne rozgałęzienia łączą się z mającemi uledz skojarzeniu komórkami zwojowemi pól rzutowych. Ponieważ atoli tylko obrazy pamięciowe, a nie spostrzeżenia zmysłowe jako takie, ulegają skojarzeniu, przeto sądzi W. że komórki pewnych warstw kory są połączone z wypustkami komórek kojarzących, a nadto są połączone drogami nerwowemi z komórkami spostrzegawczemi, czyli rzutowemi. W ten tylko sposób można sobie wytłómaczyć możność łączenia obrazów pamięciowych w dowolne, a nieskończone kombinacye.

Oprócz świadomości świata zewnętrznego, która tak długo istnieje, jak długo człowiek jest w stanie przytomnym, istnieje także świadomość cielesności, która przedstawia się nam ogólnie jako czynność wszystkich nerwów czuciowych, tj. układu rzutowego. Przecięcie splotu barkowego znosi świadomość posiadania ręki; przecięcie szypułek mózgowych (pedunculi cerebri) znosi świadomość posiadania ciała, z wyjątkiem utrzymanej jeszcze dzięki nie przeciętym nerwom węchowym i wzrokowym świadomości narządu powonienia i wzroku. Świadomość cielesności jest również nabytą, a to przez to, że ustawicznie ze wszystkich części ciała dochodzą do ośrodkowych pól rzutowych sygnały, które w nich wytwarzają trwałe zmiany w postaci obrazów pamięciowych. Takiemi ośrodkowemi polami rzutowemi są np. stwierdzone doświadczalnie przez Munka partye kory mózgowej dla rąk, nóg, głowy, ucha, tułowia i karku. Zdaniem W. partye te zawiadują nietylko całem czuciem odpowiednich okolic ciała, lecz także i ich ruchomością. Ponieważ zaś w odnośnych tych okolicach mieści się także i narząd dotykowy skóry, przeto ośrodkowe ich pola rzutowe zawiadują także i uczuciem dotyku, względnie powierzchni zmysłów. W ten sposób możliwem się staje, że narządy zmysłowe, służące odrębnym funkcyom, odczuwamy jako część składową naszego ciała zapomocą ich układów rzutowych. Tylko błona śluzowa nosa, służąca powonieniu, oraz ustna służąca smakowi, mają dla czucia ich, jako części ciała, osobne układy rzutowe, w skład których wchodzą, jako drogi nerwowe pewne gałęzie nerwu trójdzielnego.

Tę część czucia, która stanowi materyał dla stworzenia świadomości świata zewnętrznego, możemy nazwać zmysłową treścią wrażenia. Jednak każde wrażenie poza swą treścią zmysłową posiada jeszcze właściwość wywoływania pewnego nastroju, którą zwiemy tonem uczucia. Ten ton czucia zawiadamia nas o tem, którą część ciała naszego bodziec podrażnił. Zwykle bodźce uchodzą naszej świadomości, gdyż uwaga nasza skierowaną bywa tylko na zmysłową treść wrażenia. Jeśli jednak podnieta zewnętrzna będzie niezwykle silną, to zapominamy o treści zmysłowej wrażenia, a zwracamy uwagę na czucie narządu, podnietą dotkniętego. Jeśli np. w tłumie ktoś się nagle dotknie naszej ręki, to w tej chwili rozpoznajemy po sposobie dotknięcia osobę lub przedmiot, który nas się dotknął. Jeżeli atoli ktoś nas uchwyci tak silnie za rękę, że w miejscu tem uczujemy ból, to nie zwrócimy naszej uwagi na to zkąd ta podnieta pochodzi, lecz usuniemy prędko naszą rękę. by ją od ponowienia się podniety uchronić, czyli zwracamy wówczas naszą uwagę na urażoną część naszego ciała. Ruchy takie, jak usunięcie ręki w danym przykładzie. zwiemy wedle Meynerta ruchami obronnymi, o tyle identycznymi z ruchami zaczepnymi, o ile źródło ich obu tkwi w wrodzonych odruchach celowych. Z tego widzimy, że czucie narządów ma za cel ochronę naszego ciała przed szkodliwościami zewnętrznemi.

Do czucia narządów zaliczyć musimy czucie przestrzeni w siatkówce i w skórze. Że takie czucie istnieje, dowodzą nam zaburzenia chorobowe, np. w korze płatów potylicznych, które sprowadzają przerwy w polu widzenia. Ztąd wynika. że sąsiadujące punkty siatkówki lub kończyn naszych mają swe pola rzutowe w sąsiadujących ze sobą komórkach kory płatów potylicznych lub ciemieniowych. I w narządzie słuchowym mamy drogi nerwowe, umożliwiające nam ich czucie, jako narządów. I tak bowiem nietylko natężenie, lecz i jakość wrażenia słuchowego może te same sprowadzić następtwa. I tak, nietylko silne wrażenia słuchowe, które wywołują

w nas ruchy obronne (np. strzał — zatkanie uszu), lecz pewne wrażenia stale wywołują ruchy przestrachu i grozy, inne zaś wywołują ruchy zachwytu itd. Nadto istnieje w tym zmyśle także i czucie przestrzeni, zapomocą którego wnosimy o odległości, z jakiej głos słyszymy. Do czucia narządów zaliczamy. także czucie mięśniowe (pojmowane mylnie dawniej za odrębny zmysł), czucie stawów i wielkich trzew, jak wątroby, jelit itd. Zwłaszcza na tych trzewach możemy dokładnie poznać, jak dalece czucie narządów jest samoistne. W stanie zdrowia mało mamy świadomości o tych narządach, choć znamy uczucie głodu lub sytości, potrzeby oddania moczu lub kału, natomiast w stanie chorobowym przekonujemy się o wielkiej ich czułości. To bowiem, co zawsze zwano tonem czucia wrażeń, tj. właściwością, daną wrażeniom sprowadzania uczucia chęci lub niechęci, przeważa właśnie w czuciu narządu naszych trzew (hypochondria). Jakkolwiek lokalizacya czucia trzew jest bardzo niedokładna (np przy bólu żołądka, kolce nerkowej, żółciowej itd.), to jednak świadomość naszej cielesności pozostaje w ścisłej zależności od stanu wielkich trzew. Ztąd też musimy przyjąć, że świadomość cielesności posiada osobne pola rzutowe dla wielkich trzew, za czem przemawiają hypochondryczne objawy u obłąkanych. W myśl tych uwag możemy świadomość naszej cielesności pojmować jako sumę obrazów pamięciowych wszystkich wrażeń, odebranych przez czucie narządów. Obrazy pamięciowe czucia narządów objaśniają nas o miejscu działania podniety zewnętrznej; zaś obrazy pamięciowe wrażeń, odebranych, drogą zmysłów jak np. wzroku, słuchu itd., objaśniają nas o jakości tej podniety. Na tej podstawie możemy też jasno zrozumieć różnicę, jaka zachodzi między spostrzeżeniem zmysłowem a jego obrazem pamięciowym; pierwszemu towarzyszy zawsze odczucie narządu spostrzegawczego i dlatego bywa odnoszonem do przestrzeni, drugiemu zaś, tj. obrazowi pamięciowemu nie towarzyszy odczucie narządu i ztąd nie odnosimy go do przestrzeni.

Wszystkie pola rzutowe, obejmujące świadomość cielesności, są ściśle ze sobą drogami kojarzennemi związane. Ponieważ sygnały, jakie nasze ciało do świadomości wysyła, są w równych warunkach te same, zatem obrazy pamięciowe tych sygnałów są tak ściśle ze sobą skojarzone, jak tego odnośnie do obrazów pamięciowych ciągle zmiennych podniet świata zewnętrznego przyjąć nie można. Przed zjawiskami świata zewnętrznego możemy się do pewnego stopnia ochronić; wrażeniom, jakie własne ciało w nas sprawia, ujść nie możemy, gdyż towarzyszą one nam ustawicznie. Dzięki temu ścisłemu kojarzeniu czucia poszczególnych narządów możliwem się staje powstanie jednego wielkiego pojęcia naszej cielesności. Ponieważ zaś spostrzeżenie zmysłowe bez czucia odnośnego narządu jest niemożliwe, przeto każde spostrzeżenie zmysłowe musi w nas budzić także świadomość cielesności *in toto*. Zatem przy każdem spostrzeżeniu, jakie czynimy, odzywa się w nas świadomość cielesności. Czucie narządów powstaje pod wpływem bodźców świata zewnętrznego i bodźców wewnętrznych takich, jak np. szum w uszach, widzenie światła w zupełnej ciemności, kwaśny smak przy nieżycie żołądka itd. Otóż z tego widzimy, że o ile spostrzeżenie zmysłowe zawisłe jest ściśle od koniecznego narządu, to czucie narządów powstaje także niezależnie od spostrzeżenia zmysłowego, wskutek bodźców wewnętrznych Tak więc świadomość cielesności możemy sobie przedstawić jako zawartą w komórkach kory, stanowiących pierwszą stacyę, przez którą każda podnieta zmysłowa przejść musi, zanim się dostanie do tej części kory, która zawiera świadomość świata zewnętrznego To przypuszczenie doznaje utwierdzenia w warstwowej budowie kory mózgowej; warstwa kory, najbliższa substancyi białej, może obejmować świadomość cielesności.

Względna niezmienność świadomości cielesności poucza nas, że świadomość ta, w stosunku do wrażeń świata zewnętrznego, ulegających ciągłym zmiaaom, przedstawia się do pewnego stopnia jako stała ilość, jako jednostka. Doświadczenie zaś poucza naszą świadomość, że cielesność jest niepodzielna, zaś świat zewnętrzny może być rozłożony na swe części składowe. W ten sposób tworzy się u nas „pierwotne ja“ Meynerta, przez które rozumiemy świadomość naszej cielesności.

(C. d. n.)

V. Wyciągi.

Ferd. Blumenthal i K. Neuberg (Berlin). **O tworzeniu się acetonu z białka.** *(Deutsche med. Wochs.,* Nr. 1, 1901). Autorom udało się przez powolne utlenianie białka uzyskać aceton obok aldehydu. Utlenianie odbywa się wodą utlenioną przy współdziałaniu soli żelazawych. W tym celu ogrzewali przez kilka dni w cieplarce 250 grm. żelatyny z tą samą ilością wody utlenionej, z dodatkiem 10 ctm.³ nasyconego roczczynu siarkanu żelazowego. Po 3—5 dniach, gdy już nie można było wykryć w roczczynie wody utlenionej, przesączono ciecz i poddano destylacyi. W przekropie można było stwierdzić istnienie aldehydu, jak niemniej jakiegoś ketonu. Bliższe badania wykazały, iż rzeczonym ketonem był aceton. Co do natury aldehydu, który się wytworzył z żelatyny obok acetonu, autorowie dotychczas podać jej nie umieją. *Lemberger.*

Lubowski. **Prątki róży świń w stolcach dziecka, dotkniętego żółtaczką.** *(Deutsche med. Wochs.,* 1901, Nr. 8). Do niedawna jeszcze panowało przekonanie, że prątek róży świń jest dla ludzi zupełnie nieszkodliwy, gdyż doświadczenie okazało, że mięso świń, dotkniętych różą, nie wywoływało żadnych złych skutków u spożywających je ludzi; nie zauważono też zakażenia u ludzi, stykających się z padliną takich zwierząt. Pomimo to wydano w Niemczech zakaz spożywania takiego mięsa, jeżeli nie jest gotowane lub wędzone. Dopiero w roku ubiegłym ogłoszono kilka przypadków zakażenia się ludzi różą świń, mianowicie przez skaleczenia przy biciu zwierząt chorych. Wszystkie te przypadki, objawiające się różycowem zapaleniem skóry w sąsiedztwie skaleczeń i obrzękiem sąsiednich stawów, zakończyły się pomyślnie. Inny rodzaj zakażenia u ludzi nie był znany. Otóż L. wykazał w stolcach 5-cioletniego dziecka, które zachorowało bez gorączki na nieżyt jelit z żółtaczką, nadzwyczaj liczne prątki róży świń. Żółtaczka minęła w krótkim czasie; w dwa tygodnie po pierwszem badaniu nie można już było w stolcach odnaleźć wspomnianych prątków. Oczywiście z jednego przypadku nie można jeszcze stanowczo wnosić o tem, że prątki róży świń bywają przyczyną pewnych chorób ludzkich; zdaje się jednak rzeczą bardzo prawdopodobną, że w opisanym przypadku były one rzeczywiście przyczyną choroby, a to można przypuszczać dlatego, iż w stolcach znajdowały się one prawie w czystej hodowli, iż zniknęły ze stolców za powrotem zdrowia i że u zwierząt zakażenie następuje z reguły właśnie drogą przewodu pokarmowego. W każdym zaś razie dowodzi opisany przypadek, że prątki róży świń mogą się w przewodzie pokarmowym ludzkim nadzwyczajnie mnożyć; zestawiwszy to ze spostrzeganemi już zakażeniami przyrannemi u ludzi, nie można nadal prątka tego uważać za nieszkodliwego dla ludzi. Sposobności do zakażenia nim przewodu pokarmowego nie brak, gdyż róża świń jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, a prątek jej, według badań Petriego, przy gotowaniu, wędzeniu i t. d. zakażonego mięsa nie zbyt łatwo ginie. Należałoby więc i w tym kierunku wykonywać nadzór sanitarny, zwłaszcza nad wędlinami. *C.*

Gebhard (Budapeszt). **O nowej próbie na cukier zapomocą kołaczyków nitropropiolowych.** *(Münch. med. Wochs.,* Nr. 1, 1901). Jeszcze w roku 1880 doniósł A. Baeyer o oddziaływaniu kwasu ortonitrofenylopropiolowego na cukier gronowy. Kolońska fabryka Teuscha wyrabia w tym celu kołaczyki, otrzymane przez ugniecenie mięszaniny kwasu ortonitrofenylopropiolowego i węglanu sodowego, podając zarazem do wywołania odczynu przepis następujący: kołaczyk rozpuszcza się w 10 ctm.³ wody, dodaje 10 kropel badanego roczczynu (moczu) i ogrzewa lekko przez 3—4 min. Ciecz przyjmuje w razie obecności cukru barwę indygowo-niebieską wskutek utworzenia się indyga, które może nawet po dłuższym czasie wydzielić się na dnie rurki odczynnikowej. Autor zmodyfikował tę metodę o tyle, iż radzi dolać do rurki naprzód 10—15 kropel cieczy badanej, następnie 10 ctm.³ wody, a w końcu dopiero kołaczyk i ogrzać to 3—4 min., przyczem powstaje bardzo wybitnie wspomniany odczyn. Jeżeli ilość cukru jest bardzo mała, a skutkiem tego zabarwienie nie powstaje wybitnie, należy zakłócić tę ciecz z chloroformem, który rozpuści utworzone indygo i zabarwi się na niebiesko. Autor wykazał również, iż odczyn ten powstaje jedynie w moczu, zawierającym cukier i że temu powstaniu nie przeszkadzają pewne składniki moczu, czy to prawidłowe, czy też nieprawidłowe, a znajdujące się w znaczniejszych ilościach (n. p. kwas mo-

czowy, barwiki żółciowe). Jedynie, jeżeli ilość białka jest znaczną, należy go wydzielić solą kuchenną lub chloroformem. Również nie wytwarza odczynu na cukier mocz po spożyciu pewnych leków (kw. będźwinowy, karbolowy, gwajakol, kwas salicylowy, rzewień, senes i t. d.), chyba, że zawiera obok tego cukier. Rozczyn, zawierający 0·03% cukru, tworzy odczyn jeszcze bardzo wybitny. Autor uważa wspomniany odczyn za bardzo czuły, pewny, a w szczególności pod każdym względem polecenia godny dla praktykujących lekarzy. *Lemberger.*

Funke. **Przyczynek do całkowitego wyłuszczenia raków i mięsaków w jamie brzusznej, z uwzględnieniem trwałości wyników.** (*Münch. klin. Wochschr.* Nr. 6 1901). Odwołując się na ogłoszone historye 21 operacyj w roku 1897, przytacza autor historye chorób 19 operowanych w czasach ostatnich. Podnosząc technikę operacyjną, przypisuje największe zalety operacyjne co do dokładności usunięcia całkowitego, jakoteż i co do trwałości leczniczej, operacyi brzuszno-pochwowej. Lecz mimo najlepszego wyboru sposobu operacyjnego rokowanie zależeć będzie od wieku osoby operowanej. Rokowanie według F. u osób młodych, zwłaszcza u mężatek, nawet przy stosunkowo małych zmianach rakowych, jest gorsze, niż u osób starych, u których żywotność tkanek jest mniejsza, a więc i powolniejsze rozprzestrzenianie się sprawy chorobowej. Nawet raki rozpadające się przez to, że ustrój wytworzył naciek ochronny, powoli się uogólniają. *P.*

Blumberg. **Spostrzeżenia nad leczeniem gorączki połogowej surowicą Marmorka.** (*Berl. klin. Wochschr.* Nr. 5—6 1901). Autor do doświadczeń swoich, przeprowadzonych w klinice Zweiffla, wybierał przypadki ciężkie. w których ciepłota dochodziła, lub nawet przechodziła 40° i w których podwyższenie ciepłoty utrzymywało się czas dłuższy, bez dążności do opadania. Na 12 przypadków, w których stosował surowicę, u 9 robił badania bakteryologiczne wydzieliny jamy macicznej: 4 razy znalazł zakażenie mięszane, dwa razy odchody były wolne od drobnoustrojów, dwa razy czyste paciorkowce, a raz pewien gatunek diplokoka. W przypadku ostatnim wstrzykiwanie surowicy nie odniosło żadnego skutku; w zakażeniu mieszanem skutek dobry był tylko dwa razy; zawsze i to bardzo szybko skutek dobry był przy zakażeniu czystemi paciorkowcami. Po wstrzyknięciu 20 grm. surowicy ciepłota nawet z 40 stopni opadała dnia następnego do prawidłowej. Na podstawie tych kilku dokładnie spostrzeganych przypadków przychodzi B. do przekonania, że surowica Marmorka działa leczniczo tylko w zakażeniu czystemi paciorkowcami; może jednak czasem odnieść dobry skutek i przy zakażeniu mięszanem. W kilku przypadkach po wstrzykiwaniach spostrzegał B. rumień i to albo w miejscu, najbliższem wstrzyknięcia, albo też i zajmujący większą część ciała, w połączeniu z silnem pieczeniem i bolesnością przy dotyku: po 24 godzinach bez leczenia rumień taki zupełnie ustępował. Przyczynę tego powikłania upatruje B. w samej technice wstrzykiwania. Jeżeli surowica jest wstrzyknięta w warstwę podskórną, to tylko wtenczas powstanie rumień i to miejscowy, jeżeli troszkę surowicy przez ucisk wydostanie się na zewnątrz; jeżeli zaś przy wstrzykiwaniu surowica dostanie się w warstwy głębsze skóry, to sprowadzi rumień ogólny. Na pierwszą dawkę używa autor 20 grm., później po 10 grm.; zwiększonej ilości białka nie zauważył. *P.*

Schlesinger (Wrocław). **O żywieniu niemowląt mlekiem nierozcieńczonem.** (*Berl klin. Wochschr.* Nr. 7. 1901). Za najlepszy sposób sztucznego karmienia niemowląt uważano do niedawna podawanie mleka w różnym stopniu, stosownie do wieku dziecka, rozcieńczonego. Podstawą tego sposobu było zapatrywanie, opierające się, zdaniem autora, na uprzedzeniu, iż mleko krowie nierozcieńczone jest niełatwo strawne. Praktyka pokazała jednak, że żywienie mlekiem krowiem rozcieńczonem wydaje wyniki niekorzystne, rzucono się więc do obmyślenia innych pożywek, któreby wypełniały trzy kardynalne warunki dobrego pokarmu dla niemowlęcia, mianowicie: 1) zawierały wszystkie składniki, konieczne dla ustroju, 2) zawierały je w postaci łatwo przyswajalnej, 3) w całości miały dostateczną wartość odżywczą. Stąd pojawiły się i pojawiają ciągle rozmaite pokarmy dla niemowląt, z których wiele, jak mięszanka Heubnera, mleko tłuste Gärtnera, mięszanka Steffena (mleko z bulionem), zupa słodowa Kellera, posiada te warunki, choć nieraz na pozór bardzo się różni od mleka kobiecego. Wszystkie te środki dlatego w praktyce dają wynik lepszy od mleka krowiego rozcieńczonego, ponieważ ono nie dopełnia jednego z głównych postulatów, mianowicie, jak to wykazał autor, nie posiada dostatecznej wartości odżywczej. Wartość kaloryjna mleka nierozcieńczonego krowiego wynosi tyle, co mleka kobiecego. zatem rozcieńczone mleko ma wartość odżywczą znacznie mniejszą. Stąd wytwarza się przy podawaniu mleka krowiego błędne koło: albo dziecko dostaje ilość pokarmu fizyologicznie co do objętości właściwą, ale co do pożywności za skąpą; albo też dostaje pokarm co do pożywności dostateczny, ale nadmiernej objętości. W tym drugim przypadku nietylko oddziaływać to musi wprost na żołądek (rozszerzenie z następstwami) i kiszki, ale przez to, że ustrój pozbyć się musi nadmiaru wprowadzonej z pokarmem wody, musi też wykonywać nadmierną pracę, zużywającą jego siły i sprowadzającą, zdaniem autora, nieraz niezrozumiałe na pozór wyniszczenie ustroju (*atrophia infantum*) bez wyraźnej podstawy anatomicznej.

Autor jak najgoręcej zachęca do zerwania z uprzedzeniami i podawania niemowlętom bez obawy nierozcieńczonego mleka krowiego, objaśniając kilkoma historyami chorób dobre jego, prawie łecznicze działanie. U dwojga dzieci wyniszczonych, jednego wskutek żywienia mlekiem rozcieńczonem, drugiego przez zbyt skąpy pokarm matki, ustały wszelkie zaburzenia zdrowia z chwilą podania mleka nierozcieńczonego, waga szła szybko w górę (u jednego z dzieci w pierwszym tygodniu już o 630! gramów), znikły zatwardzenia i t. d. Rzecz tem ważniejsza, że ubogiej ludności niedostępne są drogie sztuczne pożywki, obecnie stosowane, dostępne zaś zawsze mleko; najwięcej zaś ginie z wyniszczenia dzieci ubogich rodziców. *Z.*

Prof. Wassermann i A. Schütze. **Nowy sposób sądowo-lekarski odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej.** (*Berl. klin. Wochschr.* 1901 Nr. 7). Wiadomo, że odróżnienie krwi ludzkiej od zwierzęcej w plamach starych, gdzie krwinki czerwone znacznie się zmieniły lub znikły i nie dostarczają podstawy rozpoznawczej, bywa bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Stąd konieczność nowego sposobu badania, obchodzącego się bez krwinek czerwonych. Bordetowi powiodło się wykazać, że we krwi zwierząt jednego gatunku pod wpływem wstrzykiwań surowicy zwierząt drugiego gatunku tworzą się substancye, które wywołują zlepianie się (aglutyniny) oraz rozpuszczenie się (hemolizyny) krwinek tego drugiego gatunku. Substancye te są swoiste, t. j. działają tylko na krwinki jednego gatunku zwierząt, mianowicie tego, z którego pochodziła pierwsza surowica. Tsistowitsch, Bordet i inni wykazali następnie, że wstrzykiwanie surowicy jednego gatunku zwierząt innemu gatunkowi wywołuje wytwarzanie się substancyi, strącających białko w surowicy owego pierwszego gatunku, t. zw. precypityny. I te substancye również są swoiste. Do zastosowania praktycznego tych odkryć pozostawał już krok tylko jeden, t. j. stwierdzenie, czy zjawisko to występuje także w krwi zasuszonej i zmienionej tak, że w niej ciałek czerwonych wykazać nie można. Autorowie zbadali w tym kierunku krew ludzką i 23 gatunków zwierząt i przekonali się, że surowica królików, którym wstrzykiwano surowicę ludzką, zawiera precypityny, działające swoiście, t. j. strącające białko tylko w surowicy, względnie w popłóczynach plam krwi ludzkiej (w małym stopniu także w małpiej, co jednak w praktyce sądowej znaczenia niema). W praktyce zalecają autorowie następujące postępowanie: królikowi wstrzykuje się przez 5—6 dni podskórnie po 8 do 10 ctm. surowicy ludzkiej (uzyskanej z krwi z baniek ciętych), po dalszych 6 dniach zbiera się surowicę (przechowując ją w lodowni, gdzie utrzymuje swe własności do dwóch tygodni). Badaną plamę krwawą wymywa się w 0·6% NaCl, popłóczyny przesącza się, do jednej połowy ich dodaje się $^1/_2$ cm. sześć. surowicy królika swoistej, do drugiej takąż ilość surowicy królika normalnego, (któremu nie wstrzykiwano surowicy ludzkiej); wreszcie w trzeciej próbówce mięsza się $^1/_2$ cm. swoistej surowicy królika z surowicą dowolnego zwierzęcia i wszystkie trzy próbówki umieszcza w cieplocie 37° C. Jeżeli plama pochodziła z krwi ludzkiej, wytwarza się w odpowiedniej próbówce (zawierającej popłóczyny plamy z surowicą swoistą) po $^1/_2$—1 godzinie strąt; ciecz w obu innych próbówkach wcale się nie mąci. *C.*

Jeż i Kluk-Kluczycki (Wiedeń). **W sprawie leczenia duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym.** (*Wiener klin. Wochs.*, Nr. 4, 1901). Trudno podać w krótkiem streszczeniu cały skomplikowany sposób pozyskania tego nowego, wiele obiecującego, przetworu leczniczego. Wyciąg Jeża przedstawia się jako płyn ciemno-żółtawy, oddziałujący alkalicznie, lekko opalizujący. Według ciężkości przypadku durowego wyciąg ten bywa podawany w ilości 1 łyżki stołowej co 1 do 2 godzin, aż do pojawienia się pierwszego zelżenia (remissyi) choroby, od której to chwili chory otrzymuje co 3 godziny 1 łyżkę stołową; skoro ciepłota ranna nie przekracza już 38°, podaje się tylko 3 łyżki dziennie. Zazwyczaj po 3 dniach takiego postępowania ciepłota ranna nie podnosi się ponad 30°, — ilość więc użytego wyciągu przeciwdurowego wynosi 400—500 grm. Z uwagi, że wszystkie tego rodzaju przetwory stosowano dotychczas podskórnie, a ten wyciąg bywa podawany przez usta, to z tego względu przewyższa on inne podobne leki, gdyż tą drogą unika się wielu, nieprzyjemnych czasem powikłań. Na podstawie dotychczasowych badań, dokonanych na całym szeregu chorych durowych, doszli autorowie do następujących wyników: *a)* wyciąg przeciwdu-

rowy Jeża jest przetworem leczniczym, działającym swoiście i korzystnie tylko w durze brzusznym. *b)* Jest środkiem zupełnie nieszkodliwym, albowiem może być podawany w wysokich nawet dawkach, nie wywołując szkodliwych następstw. *c)* Przetwór ten jest środkiem pomocniczym, a nawet rozstrzygającym przy rozpoznaniu różniczkowem. *d)* Bez przerwy podawany w durze brzusznym obniża ciepłotę ciała i wzmacnia tętno, skraca czas trwania choroby, zmniejsza lub też zupełnie zobojętnia działanie jadu durowego. *e)* Podawany przez usta nie wywołuje takich następstw, jakie czasem pojawiają się po stósowaniu podskórnem. *Dr. Henryk Pisek.*

Chr. Feuger. **Zabiegi operacyjne zachowawcze wobec zatrzymania się moczu z powodu zwężeń i zastawek w przebiegu moczowodu.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 62. Z. III). Szczegółami, zaznaczonymi w samym tytule, wyklucza autor cały szereg operacyj, dokonywanych z powodu kamicy nerkowej, a względnie tylko te zabiegi, którymi starano się zadziałać na samą przyczynę cierpienia bezpośrednio. Zabiegi, jakie dotychczas w tym celu stosowano, były różne, zależnie od umiejscowienia przeszkody. I) Przeszkoda (czy to w formie zwężeń, czy też zastawek) umiejscowioną być może w kielichach, względnie w jednej z początkowych gałązek moczowodu, następstwem może być częściwa *cystonephrosis.* Wskazanem jest wówczas całkowite przecięcie nerki, poprzerywanie ścian pomiędzy pojedynczemi jamkami i zapewnienie swobodnego odpływu do miedniczki. Gdyby się udało odnaleźć jakieś zwężenie lub zastawkę w początku moczowodu, trzebaby dodać jednę z poważnych operacyj. Dotychczas wykonano jedną tylko taką operacyę (Feuger). II) Zwężenie lub zastawkę znaleźć można w miejscu wyjścia moczowodu z miedniczki. Wskazana operacya wytwórcza: *a)* wewnątrz-miedniczkowa lub *b)* zewnątrz-miedniczkowa, albo *c)* wszczepienie moczowodu w odpowiedniejsze miejsce miedniczki, lub też *d)* zmniejszenie rozszerzonej miedniczki. Operacya *a)* i *b)* polega na podłużnem nacięciu miejsca zastawki, czy też zwężenia i następnem zeszyciu poprzecznem. Można ją wykonać, tnąc od wewnątrz, po poprzedniem rozcięciu (sekcyjnem) nerki *(operatio transpelvica);* jest to jedna z najstarszych operacyi, wykonano ją dotychczas 9 razy: lub też operować można, przecinając przeszkodę od zewnątrz *(oper. extrapelvica).* Tę ostatnią modyfikacyę wykonano 11 razy. — Względnie często, gdyż 6 razy, wycinano część zwężoną moczowodu i wszczepiano go w nowe miejsce miedniczki, *urethero-pyelo-neostomia* Küstera. Operacya *d), pyeloplicatio* Israela lub *espitonnage* Albarzana, jest tam wskazaną, gdzie utrudnienie odpływu moczu z miedniczki istnieje skutkiem wytworzenia się zastawki, spowodowanej skośnem wpadaniem moczowodu do miedniczki. Fałdując rozszerzone, ściany miedniczki, lub wycinając ich część, poprawić można wzajemny stosunek tych dwóch części składowych dróg moczowych. III) Moczowód w swej drodze ku pęcherzowi może uledz zaciśnięciu od zewnątrz, lub w ścianach jego istnieć może blizna, powodująca zwężenie. W pierwszym przypadku wykonał Rafin „uretherolitorthosis", t. j. porozrywanie i poprzecinanie zrostów zaciskających, przesuwających i załamujących moczowód, w drugim razie wskazaną jest operacya wytwórcza (podłużne nacięcie i poprzeczne zeszycie), poraz pierwszy wykonana przez Feugera.

Ogółem wykonano dotychczas podobnych operacyj 30. Z operowanych 3 zmarło, żaden jednak skutkiem bezpośrednich następstw operacyi. Dalej wiadomem jest, że tylko w 5 przypadkach nie osiągnięto oczekiwanego wyniku i u 4 pacyentów następowo musiano wyciąć nerkę. W 22 przypadkach osiągnięto wynik dobry.

Herman.

Jos. Prechtl: **Czy cukier mleczny jest korzystnym dodatkiem do mleka dziecięcego.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 53, I 2 1901). Badania Lehmana i Wróblewskiego wykazały stanowczo, że sernik mleka kobiecego a mleka krowiego nie jest substancyą identyczną; toteż stosunek cukru mlecznego do tych obu rodzajów sernika nie musi być jednaki. Będąc połączony w mleku z fosforanami wapna sernik w mleku znajduje się w rozpuszczeniu, a wszelkie kwasy, które odciągają sernikowi fosforany wapniowe, wywołują jego krzepnięcie. „Baccilus lactis" Hüppego, znajdujący się prawie we wszystkich stajniach, a więc i w mleku, wywołuje bardzo łatwo kiśnienie mleczne dodanego do mleka cukru mlecznego, przyczem wytwarza się kwas mleczny, który łączy się łatwo z fosforanami wapna, skutkiem czego sernik opada i, w miarę dłuższego działania kwasu, tworzy się coraz zbitsza masa galaretowata, nader trudno rozpuszczalna, której sok żołądkowy strawić nie może. Sernika mleka kobiecego rozcieńczony kwas mleczny nie strąca.

Antor, uważając cukier mleczny, jako dobry podkład do rozwoju bakteryj i pleśni, jakoteż jako środek utrudniający strawność mleka skutkiem zwiększonego wydzielania się wapna, twierdzi, iż dodawanie cukru mlecznego do mleka dzieciom jest dla nich szkodliwe. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Prof. Hansemann. **O zakażeniu się przy sekcyach.** *(Deutsche Aerzteztg.* 1900, Nr. 22 i 23). Niebezpieczeństwo zakażenia się przy sekcyi jest tem mniejsze, im sekcya później po śmierci, im dalej posunięte gnicie zwłok. Wiadomo bowiem, że z chwilą śmierci poczynają mnożyć się w zwłokach bakterye gnilne, głusząc i przerastając drobnoustroje chorobotwórcze, nieraz już po upływie 12—24 godzin. Najłatwiej zakażają się drobne, świeże ranki, zwłaszcza na dłoni. Pod tym względem niebezpieczeństwo przy sekcyi świeżych zwłok równa się prawie temu, jakie zagraża przy operacyi zakażonego chorego. Skaleczenia, odniesione na dobę i więcej przed sekcyą, daleko trudniej stają się wrotami zakażenia, bo powierzchnię ich pokrywają już młode komórki, opierające się bakteryom. Jeżeli zakażenie ranki nastąpiło, a pierwsze objawy zapalne pojawiają się po 6—10 godzinach, to należy się spodziewać ciężkiego przebiegu. Zakażenie skaleczeń przy sekcyi przebiega albo w postaci „phlegmone", łączącej się czasem z zapaleniem naczyń limfatycznych, albo też daje powód do czyraków. Najłatwiej następuje zakażenie ropne przy sekcyi zwłok z zapaleniem ropnem szpiku kostnego, następnie z zakażeniami porodowemi i zapaleniem otrzewnej wskutek przedziurawienia jelit. Od zwłok można też zakazić się nosacizną, wąglikiem, durem osutkowym i dżumą, a jak się zdaje także płonicą. Natomiast nieznane są przypadki zarażenia się odrą, błonicą, a niepewne — ospą, jakoteż kiłą ze zwłok dłużej leżących. Nadto mogą zwłoki być źródłem zakażenia durem brzusznym, którego prątki mnożą się także i w zwłokach: natomiast nie jest niebezpieczną cholera. Gruźlica daje powód do miejscowych niegroźnych zakażeń (gruzełek trupi), które zresztą są rzadkie, ale uporczywe i leczą się tylko przez wycięcie. *C.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 6 lutego 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o liście Dr. Święcickiego, w którym on dziękuje za przesłanie listu kondolencyjnego do familii, pozostałej po śp. Dr. Köhlerze.

Następnie odczytuje przewodniczący pismo Akademii Umiejętności w Krakowie (z dnia 22 stycznia 1901 do L. 379) do Towarzystwa lekarskiego, w sprawie wyboru delegata do komisyi, oceniającej pracę p. t. »Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń,« nadesłaną do Akademii z powodu rozpisanego konkursu im. bł. p. Warschauera i oznajmia, że komitet na delegata uprosił kol. prof. Jakubowskiego. Uchwalono.

III. Następnie kol. Gliński imieniem komisyi dla uczczenia ś. p. kolegi Kostaneckiego odczytuje wnioski komisyi w tej sprawie. Wnioski te wraz z listą dotychczasowych wkładek wydrukuje »Przegląd lekarski.« Uchwalono jednomyślnie.

IV. Przewodniczący podaje do wiadomości uchwałę komitetu, by nowozawiązanemu Towarzystwu Samopomocy lekarzy przesłać »Szczęść Boże.« Uchwalono jednomyślnie.

Z powodu nastąpić mającego otwarcia wodociągów krakowskich w najbliższym czasie, komitet uchwalił zaprosić p. inżyniera Ingardena do wygłoszenia odczytu w Towarzystwie lekarskim o wodociągu krakowskim, na co ten już się zgodził. Odczyt odbędzie się 20 lutego, a w następnym dniu proponowaną jest wycieczka na Bielany, w celu zwiedzenia urządzenia wodociągowego, zakończona po powrocie ku uczczeniu radcy p. Ingardena wspólnem śniadaniem. Urządzeniem wycieczki przyobiecali zająć się kol. doc. Raczyński i kol. prof. Nowak. Uchwalono jednomyślnie.

Na członków Towarzystwa lekarskiego przyjęto kolegów: Adama Ackermanna, Arnolda Banneta i Antoniego Schudmaka z Krakowa.

V. Kol. Gliński demonstruje preparaty anatomo-patologiczne, a mianowicie:

1) Okaz złośliwego nowotworu pozaotrzewnowego, usuniętego operacyjnie przez Doc. Rutkowskiego. Nowotwór wzrastał bardzo szybko i utworzył guz uszypułowany kształtu owalnego, o powierzchni gładkiej, ważący 3 kilogr. 210 gram., częściowo pozrastany z trzewami jamy brzusznej. Już makroskopowo guz ten okazuje niejednostajne wejrzenie; prawie cały ten nowotwór jest dość miękki, sprężysty, obok tego jednakże znajdują się partye twardsze, zbitsze, wyraźnie włókniste; unaczynienie guza również już makroskopowo wydaje się niejednostajne.

Badanie drobnowidowe skrawków, wziętych z różnych miejsc tego guza, wykazało, iż jest on niejednostajnie, wogóle jednak obficie unaczyniony, składa się z tkanki śluzakowej, tkanki łącznej włóknistej, głównie zaś przedstawia utkanie mięsaka o komórkach wielokształtnych. Obok tego guza znaleziono przy operacyi drugi, leżący również pozaotrzewnowo guz mniejszy (wagi 200 gramów) o powierzchni nierównej, guzowatej, zrośnięty z nerką i okazujący pod drobnowidem, podobnie jak guz pierwszy, obraz Myxofibrosarcoma. Jako punkt wyjścia nowotworu w danym przypadku uważa prelegent powięź przykręgosłupową, względnie tkankę łączną pozatrzewnową. W dalszym ciągu zwraca prelegent uwagę na rzadkość mięsaków pozaotrzewnowych, oraz na ich złośliwość, cechującą się nadzwyczaj szybkim wzrostem, skłonnością do tworzenia przerzutów w najrozmaitszych narządach, wreszcie rychło występującem charłactwem nowotworowem: śmierć następuje zwykle w 3—6 miesięcy po wystąpieniu pierwszych objawów nowotworu.

2) Okaz naczyniomięsaka (angiosarcoma, perithelioma), nerki, usuniętej operacyjnie, również przez Doc. Rutkowskiego. Nowotwór ten utworzył na nerce 2 guzy — jeden wielkości cytryny, drugi orzecha tureckiego, od miąższa nerki dość ostro odgraniczone; guzy te są dość miękkie, na rozkroju niejednostajnie zabarwione i przypominające do pewnego stopnia swem wejrzeniem budowę zrazikową. Badanie drobnowidowe (prelegent przedstawia odpowiednie obrazy pod mikroskopem) wykazało, iż nowotwór ten składa się z całego szeregu wązkich naczyń krwionośnych, już to próżnych, już też wypełnionych krwią; naczynia te są otoczone płaszczami komórkowymi; komórki są duże, podobne zupełnie do nabłonkowych, już to cylindryczne, już też więcej wieloboczne i grupują się palisadowato dookoła światła naczyń; wyścielający warstwę wewnętrzną naczyń śródbłonek zmian nie okazuje; między tym śródbłonkiem, a wyżej opisanemi komórkami znajduje się warstwa tkanki łącznej; w ten sposób powstały twory, zbliżające się swym kształtem do kosmków jelitowych: twory te są miejscami silnie obok siebie skupione, miejscami zaś oddzielone wolnemi przestrzeniami, w których tu i owdzie spotyka się wynaczyniona krew. Dalej w obrębie nowotworu widoczne są rozległe zmiany szkliste, zajmujące głównie ściany naczyń i tkankę łączną; miejscami również i krew w naczyniach uległa zmianie szklistej. W końcu zwraca prelegent uwagę na okoliczność, iż pojawianie się tych zresztą bardzo rzadkich w nerkach nowotworów stawiano w związku przyczynowym z urazami, po których występowała jako pierwszy objaw sprawy chorobowej krew w moczu, co i w danym przypadku miało miejsce; zdaniem prelegenta uraz w tych przypadkach mógł co najwyżej pobudzić już istniejący nowotwór do szybszego wzrostu, występujące zaś po raz pierwszy po urazie krwawienie przemawiałoby właśnie za istnieniem już nowotworu: nowowytworzone naczynia są bardzo kruche i ztąd łatwo pękają, tembardziej po urazie.

3) Okaz bąblowca w mięśniu sercowym. Pasorzyt usadowił się tutaj w obrębie serca lewego, a mianowicie na pograniczu komory i przedsionka w okolicy ujścia żylnego, tworząc guz kształtu okrągłego, wielkości jaja kurzego, zajmujący częściowo ściany komory i przedsionka i wypuklający je do światła; pasorzyt tutaj musiał się usadowić już bardzo dawno, gdyż obumarł, uległ następnie zwapnieniu, wreszcie zaś nastąpiło rozmiękczenie, tak że obecnie już tylko ściany są jeszcze częściowo zwapniałe, cała jama zaś wypełniona jednolitą gęstą masą podobną do zlasowanego wapna. Mimo istnienia oddawna pasorzyta i mimo jednoczesnej niedomykalności zastawki dwudzielnej osobnik, ze zwłok którego pochodzi przedstawiony okaz, dożył 88 lat. Za życia o nieprawidłowym stanie mięśnia sercowego świadczyła wybitna, stale utrzymująca się niemiarowość tętna. (*Streszczenie własne*).

VI. Kol. Rutkowski przedstawia stronę kliniczną 2 przypadków, demonstrowanych przez kol. Glińskiego.

1) Mężczyzna 30-letni spadł z konia przed 4 laty na bok lewy. Po upadku pojawiła się krew w moczu. Krew po 6 dniach zniknęła, odtąd jednak pojawiała się w różnych odstępach czasu, w coraz jednak większej ilości. Badanie, oprócz tkliwości w okolicy nerki lewej, ciałek czerwonych krwi i skrzepów krwawych w postaci odlewów moczowodu, w moczu nic zresztą nie wykazywało. Badanie cystoskopem stwierdziło pochodzenie krwi z nerki lewej. Nerkę wycięto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

2) Kobieta lat 36, przed 8 tygodniami spostrzegła guz wielkości pięści w okolicy talerza biodrowego prawego. Przed 5 tygodniami wystąpiły dreszcze, gorączka dochodząca do 39°, wzdęcie brzucha. Stan ten utrzymywał się do operacyi. Badanie wykazało: prawa połowa brzucha znacznie wysklepiona przez guz elastyczny, gładki, sięgający od łuku żebrowego prawego na dłoń powyżej spojenia łonowego, przekraczający na 2 palce linię środkową ku stronie lewej i wypuklający okolicę lędźwiową prawą. Guz jest bardzo mało ruchomy i nie stoi w związku z częściami rodnemi. Operacya zapomocą cięcia brzusznego w linii środkowej przedstawiała z powodu silnych zrostów z jelitami i kiszką dość znaczne trudności. Przy wyłuszczaniu podstawy guza, zajmującej przestrzeń między kręgosłupem a nerką prawą musiano nerkę prawą z powodu silnego zrostu resekować. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, prawidłowy.

3) Kol. Rutkowski przedstawia kamień nerkowy, wyjęty przez cięcie nerki u kobiety 62-letniej. Kamień przedstawia dokładny odlew miedniczek nerkowych i początku moczowodu.

VII. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia:

1) Okaz tętniaka opuszki i części wstępującej tętnicy głównej, pochodzący z 47 let. mężczyzny, zmarłego na oddziele I B. szp. św. Łazarza (PS. 12/1901). Tętniak, mierzący w średnicy około 15—17 ctm. wychodził z lewej strony przedniej ściany tętnicy, z którą połączony jest otworem średnicy około 10 ctm.: zaczynającym się u dołu tuż po nad zastawkami tętnicy głównej, a kończącym na 4 ctm. poniżej odejścia pnia bezimiennego. Tętniak ten rozwijał się głównie ku przodowi i stronie lewej, zajmując przednio-wewnętrzną część jamy opłucnej lewej, część górną śródpiersia przedniego i worka osierdziowego, przyczem spychał płuco lewe ku tyłowi i zewnątrz, początek tętnicy płucnej i całe serce znacznie ku dołowi, na tchawicę, oskrzela, przełyk nie wywierając bezpośrednio większego wpływu. Ku przodowi dociera tętniak do 4—5 lewego żebra, wywołując w nich ubytek (uzurę) o średnicy 6 ctm., odległy brzegiem wewnętrznym od lewego brzegu mostka o 4 ctm. i wypuklając się pod mięśnie lewej połowy klatki piersiowej. Ściana tętniaka w tem miejscu jest dość gruba, wysłana niezbyt znacznym pokładem skrzepów warstwowych, (zresztą w tętniaku znajdowały się wiotkie skrzepy pośmiertne). Tętniak zrosły jest z żebrami w otoczeniu wspomnianego ubytku, z przednią krawędzią płuca lewego, z górną częścią worka osierdziowego, z prawą tylną częścią worka osierdziowego, z prawą tylną częścią ściany tętnicy płucnej, a częściowo z tylną ścianą komórki i przedsionka prawego.

Najciekawszym szczegółem okazu są zmiany, wywołane przez tętniak w obu ujściach tętniczych. Są one przez tętniak tak rozciągnięte, że lewe w linii zastawek mierzy w obwodzie 9 ctm., prawe zaś przeszło 10 ctm. Zastawki półksiężycowe są znacznie rozciągnięte w kierunku wolnego swego brzegu i oczywiście niedomykalne; w prawem ujściu tętniczem zmiana jest nawet tak wielką, że krańcowe punkta przyczepienia zastawki prawej są odsunięte od krańcowych punktów zastawek sąsiednich o przeszło $^1/_2$ ctm. Obie połowy serca są bardzo znacznie rozszerzone i przerosłe, wyjątek potwierdzający regułę, że tętniaki same przez się nie wywołują przerostu serca. W danym bowiem przypadku przerost jest następstwem niedomykalności obu ujść, wywołanej niejako przypadkiem tylko przez działanie tętniaka, dzięki szczególnemu jego usadowieniu.

W tętnicy głównej mierna miażdżyca; w tętnicy płucnej (w części zrosłej z tętniakiem) wybitna miażdżyca. Zresztą w narządach ustroju prócz przekrwień biernych, (jako następstw stanu serca) zmian nie było.

Ze szczegółów klinicznych wiadomo kol. C. tylko, że denat przebywał kiłę i że rozpoznanie wahało się z początku między tętniakiem opuszki i części wstępującej; później ustalono to ostatnie, które sekcya w zupełności potwierdza.

2) Okaz wielokrotnych wrzodów żołądka (pochodzący z 25 let. hutnika, zmarłego na oddziele I B. PS. 56/1901), z których jeden przez nadżarcie tętnicy śledzionowej i tętnicy wieńcowej górnej lewej żołądka wywołał olbrzymi, zabójczy krwotok. Wrzód, z którego nastąpił krwotok, usadowił się na ścianie tylnej, blisko krzywizny małej, nieco bliżej wpustu, niż odźwiernika. Wrzód ten ma kształt podłużny, osią dłuższą (5 ctm.) stoi prostopadle do osi żołądka, w osi krótszej mierzy $2^1/_2$ ctm. Brzegi wrzodu zabliźnione, podminowane na $1^1/_2$ do $2^1/_2$ ctm., gdyż wrzód sięga poza ścianę żołądka pomiędzy zrosty, łączące go z dolną powierzchnią lewego płatu wątroby. W dnie wrzodu dwie ziejące tętnice: mniejsza jest t. wieńcową, większa okazuje się blizko swego początku nadżartą t. śledzionową. W żołądku, przedstawiającym zmiany nieżytowe przewlekłe, znajdują się jeszcze 2 wrzody zabliźnione; jeden powierzchowny, wielkości grochu, na ścianie tylnej pod wrzodem dużym; drugi nieco głębszy, sięgający już w warstwę

mięsną, wielkości i kształtu fasoli, leży w samym odźwierniku. Dodać należy, że w części wpustowej przełyku znajdowało się kilka podłużnych nadżerek krwawych.

Dla porównania wreszcie 3) okaz żołądka, pochodzący z 77 let starca (PS. 64/1901) w którym znajdują się tuż pod wpustem 2 wrzody okrągłe; jeden, przypominający wielkością i kształtem największy wrzód z poprzedniego okazu, ale o dnie zupełnie zabliźnionem; drugi mniejszy i płytszy, również zabliźniony, o 4 ctm dalej w kierunku odźwiernika. Przyczyną śmierci w tym przypadku był uwiąd starczy. *(Streszczenie własne).*

VIII. Kol. Doc. Baurowicz okazuje 1) trzy modele kompresów »Thermophor« w rozmiarach 6×35 ctm., jako kompres na całą szyję, dalej w rozmiarach 8×20 i 11×8, mające służyć na jedną stronę szyi, względnie okolicę podszczękową lub krtań, wreszcie ostatni jako kompres na ucho, a także ewentualnie i na szyję, jeżeli rozmiary jego będą wystarczające. Kompresy te sporządzone przez firmę Russbacher et Comp. w Wiedniu, są z gumy napełnione solą barową, która przez zagotowanie przez czas dokładnie na każdym kompresie oznaczony przechodzi w stan ciekły, by następnie z powrotem krystalizując wytwarzać ciepło, które, jak w okazanych rozmiarach kompresów, utrzymuje się przez dwie i trzy godziny. Prelegent, nie wdając się w ocenę wskazań do stosowania w leczeniu ciepła lub przeciwnie zimna, temat bardzo interesujący, przechodzi krytycznie wartość okładów rozgrzewających, do których i okłady pomysłu aptekarza Liefévra należą, przychyla się do stosowania ciepła suchego, któremu i okłady z makuch siemienia lnianego nie całkiem czynią zadość, przyrządy zaś Leitera pod wieloma względami są niedogodne. Wszystkie ujemne strony dotychczasowych sposobów stosowania okładów ciepłych, uchylają okłady termoforowe, które prelegent, wypróbowawszy w praktyce prywatnej, gorąco do ogólnego zastosowania kolegom zaleca. Cena termoforów nie jest zbyt wysoką, a w użyciu dla chorego są one tak wygodne i praktyczne, że niewątpliwie chorzy chętnie okładów tych wkrótce wyłącznie używać będą.

W dyskusyi kol. prof. Baurowicz, kol. Brudzewski i kol. J. Landau uznają wielkie zalety termoforów, które, jak to ostatni zwraca uwagę, i w szpitalach dla uproszczenia czynności służby szpitalnej powinno znaleść zastosowanie.

Kol. Doc. Baurowicz 2) okazał następnie plwociny z przypadku *Bronch. fibr. chron.*, dotyczącego młodego mężczyzny; cierpienie to trwa od kilku lat, sprawia choremu oprócz, jak się chory sam wyraża, „krótkiego oddechu“ od czasu do czasu mierne pobudzenie do kaszlu, przyczem co pewien czas wykrztusza chory z łatwością odlewy z oskrzeli. Jak z okazanego odlewu widać, przedstawia on się jako rzadki okaz wielokrotnych rozgałęzień aż do najcieńszych niteczek.

Plwociny te oddał prelegent obecnemu na posiedzeniu kol. Doc. Korczyńskiemu dla muzeum kliniki lekarskiej radcy dworu prof. Korczyńskiego.

Wreszcie kol. Doc. Baurowicz 3) wspomina w kilku słowach o nowym antyseptyku »Bacillolu,« którego dla tych samych własności, co posiada lyzol, próbował również w roztworze $^1/_2$% do odkażania i zapobiegania pokrywaniu się parą lusterek, służących do badania krtani i jamy nosowo-gardłowej; środek ten uznaje pod względem chemicznym za czyściejszy i bezwarunkowo trwalszy aniżeli lyzol; roztwór $^1/_2$% jednak, z powodu nieprzyjemnego posmaku, na który często chorzy zwracali uwagę, okazał się za mocny, natomiast w rozczynie $^1/_4$% może być »Bacillol,« do tego samego celu użyty, co i lyzol. *(Streszczenie własne).*

IX. Kol. Żydłowicz wygłosił odczyt na temat: »Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał najpierw głos kol. Borzęcki. Zdaniem jego należy już młodzież starszą szkół średnich pouczyć i zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo, na jakie się naraża, odwiedzając domy publiczne. Zdarzało mu się bowiem nieraz spotkać uczniów z cierpieniami wenerycznemi, a głównie ma na myśli kiłę, którzy nie mieli pojęcia o istnieniu chorób wenerycznych; on sam dopiero na pierwszym roku medycyny dowiedział się, że takie choroby wogóle istnieją. Takie wykłady mogłyby szerzeniu się chorób wenerycznych do pewnego stopnia zapobiedz; przypadki uwiądu rdzenia, którą to chorobę uważa kol. Borzęcki, jako stojącą w niewątpliwym związku przyczynowym z zakażeniem kiłowem, nie przydarzałyby się tak często w młodym stosunkowo wieku. Również oświadcza się za urządzeniem odczytu o samogwałcie i szkodliwych jego skutkach.

Podobnie kol. Reiss jest za urządzeniem odczytów o chorobach wenerycznych dla młodzieży szkół średnich; w ostatnim kwartale z. r. leczyło się u niego aż 4-ch młodzieńców ze szkół średnich na kiłę i ci nie mieli pojęcia, że choroby weneryczne istnieją. W odczytach takich powinno się zaznaczyć, że istnieją przypadki zakażenia jadem kiłowym drogą pozapłciową, aby młodzież o tem wiedziała i mogła się do wskazówek zapobiegawczych zastosować. Opisuje przy tej sposobności dwa przypadki z własnej praktyki zakażenia drogą pozapłciową.

Kol. Jan Landau oświadcza, że wywody kolegów specyalistów, jakkolwiek bardzo zajmujące, nie zadowolniły go, gdyż nie mamy konkretnych podstaw co do częstości pojawiania się chorób wenerycznych u młodzieży szkolnej, jak to słusznie podniósł kol. Żydłowicz w swym odczycie. Prosi tedy kolegę przewodniczącego, ażeby był łaskaw wezwać tych kolegów, którzy się podjęli badania dzieci szkół ludowych pod względem zdrowotnym, ażeby badania te rozszerzyli także na młodzież szkół średnich. Co się tyczy wykładów dla młodzieży szkół średnich, to należałoby przedewszystkiem ogłosić wykłady takie na uniwersytecie (publiczne), przystępne dla młodzieży akademickiej, gdyż tu niebezpieczeństwo groźniejsze. Wykłady dla młodzieży uniwersyteckiej o chorobach wenerycznych odbywają się od dłuższego czasu na uniwersytecie berlińskim i mogą wpłynąć na zmniejszenie się liczby zakażeń. Wykłady dla dzieci o samogwałcie tak długo będą bezcelowe, jak długo opiekunowie i nauczyciele nie będą pouczeni o sposobach i niebezpieczeństwach samogwałtu. Świadczy o tem przytoczony świeżo przez Hirscha w Berlinie fakt, że badając w obecności nauczyciela dzieci zgromadzone w szkole, zwrócił uwagę nauczyciela na dziecko, wykonujące w jego obecności samogwałt. Nauczyciel nie wiedział, że to samogwałt i jak niebezpiecznym jest dla wieku dziecięcego. Należałoby zatem przedewszystkiem wykłady takie ogłosić dla nauczycieli. *(Streszczenie własne).*

Kol. Schwarz sądzi, że wykłady takie rozminęłyby się zupełnie z celem i nie przyniosłyby młodzieży najmniejszego pożytku, w czem zgadza się w zupełności z prelegentem. Jako lekarz policyjny zdaje sobie dokładnie sprawę z prostytucyi, która była, jest i będzie zawsze, a tylko dążyć należy wszelkiemi siłami do uregulowania sprawy prostytucyi i to nietylko publicznej. Należy rozciągnąć mianowicie ścisłą kontrolę nad prostytucyą tajną, która o wiele niebezpieczniejszą jest dla młodzieży, aniżeli ta pierwsza.

Kol. Hermann Hirsch omawia sprawę wykładów o samogwałcie; zdaniem jego samogwałt nie wpływa znów tak bardzo niekorzystnie na ustrój, zwłaszcza, gdy nie wykonuje się go często. Jest przeciwny wykładom w tej materyi, gdyż nietylko że nie przyniosą najmniejszego pożytku, ale przeciwnie zaszkodzić nawet mogą ustrojowi. Wystąpi mianowicie u młodzieży depresya, z powodu rzekomych zatrważających następstw, które w rzeczywistości nie są tak groźne; sam ma w leczeniu pacyenta, który przyznał się mu, że od 20 lat oddaje się samogwałtowi, a nie wiele odbiło się to na jego ustroju. Co do propozycyi kol. prof. Reissa, by w wykładach pouczono młodzież, że kiłą zakazić się można nietylko przez spółkowanie, ale i drogą pozapłciową, to jak długo przepisy o higienie publicznej nie będą unormowane i w życie wprowadzone, odczyty takie od zakażenia pozapłciowego nie uchronią.

Kol. Nartowski sprzeciwia się również wykładom o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla młodzieży szkolnej, jak bowiem prace naukowe w tym kierunku wykazują, to młodzieniec, oddający się samogwałtowi, jest psychicznie chorym, jako takiemu zaś, najmniejsza pobudka umysłowa, choćby w formie wykładu o samogwałcie, jest dostateczną do wywołania podniety psychicznej, przy której rozbudzeniu siła woli słabnie do najwyższego stopnia. Samogwałt należy uważać za właściwą nerwicę mózgową; ludzi zaś oddających się onanii za podległych ogólnej niemocy nerwowej, którym nie pomogą wykłady, ale pomoc lekarza. Samogwałt występuje przeważnie u ludzi, obciążonych dziedzicznie chorobami układu nerwowego i prędzej czy później prowadzi do ogłupienia, ciężkich nerwic i zboczeń umysłowych. Niezależnie od spraw mózgowych występuje jedynie w następstwie 1) stulejki, 2) zapalenia żołędzi, 3) pasorzytów pochwy lub odbytnicy, 4) chorób skórnych w obrębie części rodnych.

Co się tyczy twierdzenia kolegi Hirscha, że samogwałt nie wywołuje tak bardzo szkodliwych następstw, to kol. Nartowski zaznacza, że to jest możliwe, ale jedynie u osób nieobciążonych dziedzicznie,

gdzie niema tła psychopatycznego, gdzie samogwałt odnosi się do czasu rozwoju płciowego We wszystkich innych przypadkach, z wyjątkiem, gdzie jest objawem jedynie chorobowym, zatem nerwicą zwrotną, jest bezwarunkowo cierpieniem psychicznem i jeżeli tylko trwa dłużej, grozi stanowczo nerwicą lub nawet chorobą umysłową, otwierając prędzej czy później wrota do domu obłąkanych *(Streszczenie własne).*

Kol. Baurowicz zgadza się zupełnie z zapatrywaniami prelegenta, twierdząc, że podobne odczyty wywrą wprost zgubny skutek, gdyż ci, co o samogwałcie nie mieli pojęcia, dopiero z wykładu o nim się dowiedzą i zaczną się go dopuszczać. Sprawę tę powinno się zostawić lekarzom szkolnym, którzy od przypadku do przypadku podejmą się skutecznej interwencyi, a i wpływ duchowieństwa może tu być nie mało pomocnym. Ta interwencya wspomnianych czynników, podjęta w cztery oczy, będzie miała i tę dodatnią stronę, że nie będzie narażać uczuć etycznych młodych chłopaków. Oświadcza się natomiast za zdaniem kolegi Landaua, aby urządzać publiczne kursa dla młodzieży uniwersyteckiej. Nie przeczy, że młodzież gimnazyalna bardzoby chętnie na takie wykłady uczęszczała; czy jednak władze szkolne i rodzice na coś podobnego się zgodzą, to jeszcze wielkie pytanie.

Kol. Bier oświadcza, że dyskusya na ten temat jest przedwczesną, gdyż sprawę tę omówi się w towarzystwie higienicznem, gdzie się zejdą lekarze, pedagodzy i rodzice. Sam przychyla się do urządzenia wykładów, ale nie dla młodzieży szkolnej, bo by to było trochę zawcześnie, — tylko dla młodzieży uniwersyteckiej.

Kol. Gwiazdomorski czyni wniosek, aby z łona Tow. lek. wysadzono komisyę, któraby, po dokładnem zbadaniu tej sprawy, zdanie swe Towarzystwu lekarskiemu podała.

Kol. Ciechanowski przyłączając się do tego wniosku zwraca się z zapytaniem do kol. Biera, kiedy wreszcie Towarzystwo higieniczne przyjdzie do skutku.

Po zamknięciu dyskusyi na wniosek kol. Reissa, przystąpiono do wyboru komisyi, w skład której weszli koledzy: Reiss, jako przewodniczący, Bier, Borzęcki, Krzyształowicz, Jan Landau, Schwarz i Żydłowicz.

Po wyborze komisyi kol. Baurowicz uczynił wniosek nagły, by komisya ta wstrzymała się z pracą, przekazując ją Towarzystwu higienicznemu, które właśnie na ten temat będzie miało wdzięczne zadanie do spełnienia.

Przewodniczący Komisyi, kol. Reiss, popiera ten wniosek, ale prezes Towarzystwa zwrócił uwagę, że wobec wyboru Komisyi, wniosek kol. Baurowicza jest spóźniony, przeto go uchyla, a Komisyi wybranej należy zostawić decyzyę w tym kierunku.

W końcowem przemówieniu dziękuje prelegent za żywe zainteresowanie się Kolegów sprawą przez niego omawianą i nadmienia, że dyskusya, nawet gdyby się jeszcze przeciągnęła do kilku godzin, niedoprowadziłaby do konkretnych wyników, wobec tego, że zdania co do wartości takich odczytów dla młodzieży gimnazyalnej są podzielone. Za zdaniem prelegenta oświadczyła się poważna większość Kolegów, bo z zabierających głos tylko kol. Borzęcki i kol. prof. Reiss są bezwzględnymi zwolennikami takich wykładów; przyszłość i to może nie zbyt daleka okaże, czy wykłady takie przyjdą do skutku, czy nie; a oprócz lekarzy decydujący głos w tej sprawie mieć będą władze szkolne w porozumieniu z rodzicami i opiekunami młodzieży. Sam prelegent z przyczyn, które wyłuszczył w odczycie, jest stanowczo przeciwny takim wykładom.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Trzecie posiedzenie Wydziału odbyło się 22-go lutego pod przewodnictwem I-go wiceprezesa prof. Trzebickyego. Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo komitetu I-go Zjazdu lekarzy okręgowych w sprawie tychże lekarzy. — Uchwalono w celach agitacyjnych na rzecz Towarzystwa ogłosić jedną odezwę w „Przeglądzie lekarskim", drugą zaś rozesłać kolegom, którzy dotychczas do Towarzystwa nie przystąpili. Następnie Dr. Walczyński referował przydzielone sobie wnioski: a) Dra Zasackiego w sprawie wykazów szczepienia; b) Chirurga Hellmanna w sprawie partactwa lekarskiego. Uchwalono pierwszy wniosek obszernie motywowany i poparty przez Wydział przekazać Izbie z prośbą o wprowadzenie go o w wykonanie; co do drugiego zażądać od wnioskodawcy bliższych wyjaśniających szczegółów. — Dr. Kohn referował wnioski. a) Kol. Hellmanna, w sprawie obowiązkowego należenia do Towarzystwa; b) Kol. Mikołajskiego, w sprawie Kas strejkowych. W obu wypadkach po dłuższej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie na wywody referenta Dra Kohna. W końcu na wniosek Dra Walczyńskiego wybrano Komisyę z 3 członków, która ma zebrać jak najdokładniejsze daty co do istniejących już Towarzystw lekarskich w Europie i Ameryce, a mających podobne cele, co nasze Towarzystwo. *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Vidal (Hyeres): *O roli, jaką odgrywają opryszczki grypy w zapaleniu płuc i in. chorobach zakaźnych.* Na podstawie spostrzeżeń, zebranych z ostatniej wielkiej epidemii grypy (influenzy), twierdzi prelegent, że opryszczki *(herpes)* są wrotami dla chorobotwórczych drobnoustrojów, wywołujących zakaźne choroby gorączkowe. Z pęcherzyków liszajowych dostają się mikroby w obieg krwi a ztąd do narządów wewnętrznych; — zapatrywanie to da się szczególniej stwierdzić przy pogrypowem zapaleniu płuc.

Gilbert i Garnier (Paryż): *Stan wątroby w niedokrewnościach.* Odpowiednio do różnorodnych postaci niedokrewności znajdujemy różnorodne zmiany w wątrobie. Prelegenci badali histologicznie zmiany, zaszłe w wątrobie królików i psów, u których wywołano sztucznie niedokrewność; zwykle znajdowano rozlane zmiany w komórkach wątrobnych, t. zw. »*tuméfaction transparente*«, — obrzmienia, dochodzące czasem do obumarcia. Niekiedy stwierdzono także i początkowe okresy zmian w komórkach; pierwoszcza była zasiana jasno połyskującemi kuleczkami; stan taki stwierdzono również w wątrobie młodej dziewczyny, zmarłej wskutek plamicy krwotocznej. Wreszcie podają prelegenci, że te zmiany w komórkach wątrobnych, jeśli nie prowadzą do ich obumarcia, nie muszą czynności komórkowych upośledzić.

Karamitsas (Ateny): *O gorączce błotnej, połączonej z hemoglobinuryą.* Należy przyjąć dwie postacie zimnicy bagiennej: z żółtaczką lub bez niej; ostatnia jest częstszą. Wysokie dawki chininy są wprawdzie w stanie wywołać krwawy mocz, w rzeczywistości jednak istnieje odrębna postać zimnicy bagiennej, która powyższym objawem się zaznacza. Prelegent nie może się przychylić do zdania Kocha, że nie należy odnosić hemoglobinuryi do zimnicy bagiennej, albowiem są bagniste okolice, w których nie pojawia się hemoglobinurya, a powtóre, że krew może obfitować w pasorzyty zimnicze, a mimo to brak jest hemoglobinuryi; z drugiej zaś strony może istnieć hemoglobinurya przy nielicznej ilości plasmodyów we krwi. Te dowody nie wytrzymują krytyki, — przy tej chorobie zawsze można znaleźć we krwi pasorzyty.

Pick (Praga): *O gorączce wątrobnej przepuszczającej.* Tem mianem nazwał Charcot objawy, pojawiające się nierzadko w kamicy żółciowej lub przy ucisku przewodu żółciowego przez guzy, albo pęcherze bąblowca, a składające się z dreszczów i podniesionej cieploty o tak regularnym typie, że można je wziąć za zimnicę przepuszczającą; żółtaczka lub bolesność mogą i nie być. Rozchodzi się prawdopodobnie o zakażenie dróg żółciowych, przyczem jednak dziwnem się wydaje, że pomimo kilkomiesięcznego czasem trwania silnych napadów zimniczych, nigdy stwierdzić nie można ognisk ropnych w drogach żółciowych, lecz zawsze śluz. Inna okoliczność, zwracająca przy tem cierpieniu na siebie uwagę, jest wydzielanie mocznika. Regnard podał w roku 1872, że ilość mocznika jest zmniejszona w dniach napadów zimniczych. Na tem spostrzeżeniu Regnarda (nie potwierdzonem dotychczas, mimo licznych badań) oparł Charcot zapatrywanie, według którego wątroba ma wytwarzać mocznik. Pick okazuje tablice, z których rzeczywiście widać, że ilość mocznika znacznie opada (do 5 grm.) w dniach napadów dreszczów, atoli odnosi się to także do azotu i amoniaku. Ponieważ jednak zatrzymanie i wycieńczenie dadzą się wykluczyć jako przyczyny, ten objaw wywołujące, przeto należy w każdym razie przyjąć zmniejszone wytwarzanie się mocznika, bądź przez obniżenie całej przemiany azotu.

bądź przez zaburzoną czynność wątroby; w ostatnim przypadku należałoby się spodziewać zwiększenia ilości amoniaku (na zasadzie obecnie przyjętego zapatrywania Schmiedeberg-Schrödera, że sole amoniakalne są przedwstępnemi ciałami mocznika). Z uwagi, że ta okoliczność nie zachodzi, prawdopodobniejszem jest, że produkty przemiany ciał białkowatych zostają do wątroby wprowadzone nie w po taci soli amoniakalnych, łatwo w mocz się dostających, lecz w postaci ciał, przez nerki nieprzechodzących. Za tem zapatrywaniem przemawiają także doświadczenia Picka, które stwierdziły, że po stosowaniu soli amoniakalnych szybko zwiększyła się ilość mocznika.

Vincent (Val-de Grace). *Badania bakteryologiczne i anatomiczne w durze krtaniowym.* Po omówieniu dotychczasowych zapatrywań nad anatomią patologiczną wrzodów krtaniowych, pojawiających się w przebiegu duru brzusznego, opisuje prelegent swe badania histologiczne i bakteryologiczne, wykonane na dotyczącym przypadku chorobowym, zakończonym zejściem niepomyślnem. Mikroskopowo okazał się naciek drobnokomórkowy (Rokitansky) we wszystkich warstwach błony śluzowej i ochrzęstnej, — z drobnoustrojów zaś znaleziono paciorkowce, szczególniej liczne we wrzodach błony śluzowej. Także w drugim pomyślnie przebiegającym przypadku chorobowym szczepienie wykazało paciorkowce. Zmiany więc w krtani nie są wprost wynikiem działania prątków durowych, lecz przypadkowemi powikłaniami, które należy odnieść do zakażenia innymi drobnoustrojami.

Villard (Marsylia). *Leczenie zapaleń płuc grypowych.* Autor zebrał 300 spostrzeżeń w ciągu trzech lat. Na szczycie choroby, w chwili gdy pojawiają się objawy zatrucia jadami, stosuje prelegent następujące kombinowane zabiegi: 1) upust 200—300 grm. krwi nawet u osób starszych, u osobników zaś silnych można go powtórzyć 2 lub 3 razy. 2) Bezpośrednio po tem podskórne wstrzykiwania sztucznej wyjałowionej surowicy (według Hayema), dziennie 2 lub 3 razy w ilości 100—150 grm.; — osięga się doszczętne przepłókanie krwi i tkanek, usunąwszy poprzednio jad przez upust krwi. 3) Zimne zawijania klatki piersiowej co 3 godziny. Przy tem postępowaniu wynosiła śmiertelność 10%.

Boinet (Paryż). *Zaburzenia nerwowe przyrody zimniczej.*

De Dominicis (Neapol). *Doświadczalne zakażenia śledziony.* W celu zbadania chorób zakaźnych, biorących swój początek ze śledziony, przeszczepił prelegent śledzionę z jamy brzusznej psów, przy całkowitem utrzymaniu związku naczyń krwionośnych i wstrzyknął do niej hodowle z lasecznika okrężnicowego, prątka durowego i t. d.; — 8—10 ctm³ działały zabójczo po 5—8 godz., wyższe dawki, wstrzyknięte do krwi, wywoływały ten sam skutek, niższe działały uodparniająco na krótki czas.

Dyskusya: Widal nie spostrzegał żadnych skutków u świnek morskich po zastrzyknięciu do śledziony jadowitych hodowli.

Béclère (Paryż). *Patogeneza zapalenia opłucnej tętniącego.* Prelegent wyjaśnia, w jaki sposób należy tłómaczyć powstanie t. zw. tętniącego zapalenia opłucnej, przy którem uderzenia serca przenoszą się przez płyn wysiękowy na ściany klatki piersiowej. Podobne zjawisko występuje tylko przy lewostronnem zapaleniu opłucnej pochodzenia gruźliczego, prowadzącem zawsze do ropienia, połączonem często z następowem przedziurawieniem płuca i odmą piersiową. Cierpienie samo przez się rozwija się powoli; — płyn silnie uciska lewe płuco i znacznie przesuwa serce, nie zagrażając atoli życiu. Powstanie tętnienia należy w ten sposób rozumieć: wskutek powiększenia się ilości płynu ropnego opór prawej, włóknisto zgrubiałej ściany śródpiersia staje się większy od oporu lewych przestworów międzyżebrowych, ku którym też serce bywa popychane przy każdym skurczu. Na udowodnienie tej teoryi przytacza prelegent doświadczenia, poczynione na zwłokach, obrazy radyoskopijne i jeden przypadek chorobowy z lejkowatą klatką piersiową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich,

odbędzie się w Pradze podczas Zielonych Świąt, od 25 do 29 maja włącznie, 1901 r.

W myśl ustawy (§. 10) Zjazdów lek. i przyrodn. czeskich, „uczestnicy innych nardodowości mogą brać udział bądź jako goście. bądź też jako członkowie rzeczywiści, którym przysługuje prawo do wygłaszania w swoim języku ojczystym odczytów, brania udziału w rozprawach, czynienia wniosków“ itd.

Lekarze i przyrodnicy, chcący wziąść udział w tym Zjeździe, obowiązani są wypełnić blankiet deklaracyi, którą następnie należy odesłać sekretarzowi generalnemu, Drowi A. Veselý (Praga I. Nábřeži, 14). Blankiety takie rozeszle komitet organizacyjny. Wkładka oznaczona na 10 koron (franków), którą wysłać należy pod adresem skarbnika Zjazdu, Pana K. P. Kheila (Praga II, Myślikova ul., 3).

Zgłoszenia zostaną zamknięte przez Komitet organizacyjny na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu. Każdy członek rzeczywisty lub gość ma obowiązek przesłania pod wyżej wskazanymi adresami deklaracyi przynależności, oraz wkładki, poczem w zamian otrzyma legitymacyę zjazdową. Członkowie, zamierzający wygłosić odczyt lub uczynić wniosek, obowiązani są na 4 tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu przesłać prezydyum odpowiedniej Sekcyi treść swego wykładu lub wniosku, w takiej formie, ażeby mogła być ogłoszona w dzienniku zjazdowym; zaś na posiedzeniach sekcyjnych obowiązani są prelegenci prze wykładem doręczyć sekretarzowi Sekcyi przygotowany do druku wyciąg ze swego przemówienia, które bez uchwały zgromadzenia nie może przekraczać 10 minut.

Program szczegółowy w swoim czasie rozesłany zostanie.

Przewodniczącym Komitetu organizacyjnego wybrany został prof. J. Hlava; zastępcami: prof. Cenek Strouhal i prof Edw. Weyr; sekretarzem generalnym dr. Ant. Veselý; skarbnikiem doc. K. P Kheil; redaktorem prof. J. Thomayer.

Wszystkich Sekcyj będzie dziewięć: I. *S. Biologiczna*: prezesi: prof. Horbaczewski, prof. Klapalek, sekretarz K. Czerny. II *S. Matematyczno-fizyczna*: prezesi: prof. Cenĕk Strouhal, prof. Domalip, sekretarz V. Felix. III. *S. Lekarska*: prezesi: prof. Maixner, prof. Reinsberg, sekretarz doc. Heveroch. IV. *S. Chirurgiczna:* prezesi: prof. Maydl, prof. Deyl, sekretarz Bukovský. V. *S. Higieniczno demograficzna*: prezesi: prof. Kabrhel, dr. Záhoř, sekretarz dr. Janota. VI. *S. Chemiczna:* prezesi: prof. Reiman, prof. Kruis, sekretarz Votoček VII. *S. Mineralogiczno-geograficzna:* prezesi: prof. Urba, prof. Voldřich, sekretarz dr. Slavik. VIII. *S. Farmakologiczna i Farmaceutyczna:* prezesi: prof. Jiruš, prof. Bĕlohoubek, sekretarz Rüdiger. IX. *S. Rolnicza i Weterynaryjna:* prezesi: prof. Stoklasa,, doc Velich, sekretarz Prettner.

Prezesami honorowymi z grona czeskich mężów nauki wybrani zostali: prof. L. Celakowský, prof. B. Eiselt, prof. A. Frič, prezes Akademii J. Hlavka, prof. J. Hraský, prof. K. Chodounský, prof. F. Koláček. prof. K. Kořistka, radca F Křižik, prof. J. Schöbl, prof. F. Studnička, prof. V. Safařik, prof. J. Solin, prof. W. Tomek, prof. K. Zahradnik i prof. K. Zenger.

Zjazdy naukowe czesko-polskie mają za sobą 30-letnią tradycyę; obustronnie stały się potrzebą umysłową obu bratnich narodów. Wątpić więc nie należy, że udział lekarzy i przyrodników polskich w pracach naukowych III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich będzie liczny liczebnie, poważny doniosłością odczytów naukowych.

Kilka uwag o „wykazach szczepienia ospy“ Dra Zasackiego.

W Nrze 3 *Przeglądu lekarskiego* z b. r. zamieścił Dr Zasacki pod powyższym tytułem projekt zreformowania wykazów szczepienia ospy. Każde ułatwienie lekarzowi wytężającej nieraz pracy, musi być dlań sympatyczne: ale czy projektowana reforma „wykazów“ cel ten osięgnąć jest w stanie, warto się przypatrzeć. Otóż

najpierw motywa projektu nie są należycie uzasadnione. Wedle autora tego projektu podział pracy przy szczepieniu obciąża nadmiernie jedną stronę, t. j. lekarzy, którzy za sporządzanie wykazów, obejmujących po kilka tysięcy imion i nazwisk, nie otrzymują osobnego wynagrodzenia. Przeciętnie jeden lekarz ma do zaszczepienia i rewakcynowania razem 800 do 1000 dzieci, a więc do wpisania do rachunku tyleż, a nie kilka tysięcy nazwisk. Na przeprowadzenie szczepienia i przedłożenie wykazów oznaczony jest czas od początku maja do końca października; w ciągu pół roku więc, jeżeli kto nie zostawia wszystkiego na ostatnią godzinę, można bardzo wygodnie i bez szczególnego utrudzenia załatwić się z jedną i drugą czynnością. W końcu otrzymuje lekarz za tę pracę wynagrodzenie, które między temi, jakie mu najczęściej przypadają, nie jest jeszcze wprost ostatnie, podczas gdy urzędy parafialne i metrykalne, które w krótkim zwykle terminie sporządzają wykazy do szczepienia, podejmują pracę nieraz, gdy okręg parafii lub metrykalny jest większy, nie mniejszą od lekarza, a tak samo nauczyciele, którzy, zestawiając wykazy dzieci szkolnych, muszą przeprowadzać rewizyę rąk, a robię to muszą bez żadnego wynagrodzenia. Jeżeli więc idzie o nadmierne obciążenie, to nie jest ono z pewnością po stronie lekarza szczepiącego, który dlatego chyba nie otrzymuje osobnego wynagrodzenia za pisanie wykazów, że dotąd nie został jeszcze do rachunków lekarskich wprowadzony ten sposób, jaki przestrzegany jest w rachunkach krawieckich, w których osobno liczy się za fason, osobno za robotę, a osobno wreszcie za dodatki.

Autor w projekcie swym żąda sprawiedliwego rozłożenia pracy i zapewne dlatego proponuje, aby zwierzchności gminne na drukach, naturalnie przez siebie zakupionych, na kilka dni przed szczepieniem przepisały wykazy i to robiły tak samo bez wynagrodzenia, jak bez osobnego wynagrodzenia muszą wzywać wykazanych do szczepienia i interweniować przy tej czynności. Na czem więc polegać będzie sprawiedliwość, gdy daremna praca zwierzchności gminnych jeszcze się powiększy, dopatrzeć trudno.

Co do samych proponowanych wykazów, to najprzód format ich 40×25 ctm. byłby wprost niepraktyczny, gdyż na przesłanie ich urzędom gminnym trzebaby mieć specyalne koperty, a i lekarz na noszenie się z takimi wykazami, by się nie niszczyły, musiałby sprawić osobną tekę. Dalej, kto miał tylko do czynienia ze zbieraniem wykazów, wie bardzo dobrze, że ludzie nawet bardzo inteligentni, ba nawet lekarze, mimo że są one pojedyncze, nieosobliwie je wypełniają, nie dlatego, żeby ich wypełnić nie potrafili, lecz widocznie z tego powodu, że nie będąc za to „osobno wynagradzani“, nie zadają sobie tego małego trudu, aby w drukach dobrze się rozpatrzeć i nagłówki przeczytać. Cóż będzie, jeżeli urzędom parafialnym i metrykalnym, nauczycielom, a nareszcie tak mało inteligentnym zwierzchnościom gminnym przyszłoby wypełniać stosunkowo zawiłe wykazy wedle projektu autora, w których są rubryki stałe i tymczasowe, mające być wypełniane przez te i owe urzędy i nareszcie przez lekarza. Jakby te wykazy wyglądały, zanimby do rąk lekarza doszły, nie trudno sobie wyobrazić. Nie liczy się także autor z faktem, że jeżeli są gminy, w których zdołanoby w paru dniach przed szczepieniem, obok zarządzenia co potrzeba, także i wykazy przepisać, to jest niestety w kraju bardzo jeszcze wiele takich gmin, a nawet całych okolic, w których samo przeczytanie wykazów, nie mówiąc już wcale o ich przepisywaniu, sprawia niemało trudności. Doszłoby do tego, że lekarz, nie dostawszy najczęściej odpisów wykazów, miałby je sobie sam przepisać, a toby mu z pewnością więcej trudu przyczyniło, niż wypełnienie w wolnych chwilach wykazów Nr. I i II, jako allegatów do rachunku kosztów szczepienia. Zapewnia także autor o koniecznej potrzebie, bez czego dotąd się obeszło, zestawiania przez lekarza dla każdej gminy osobnych sumaryuszów na okładce wykazów różnych wyznań i szkolnych, co także pracy lekarzowi nie umniejszy. Autor nie wyjaśnia, w jaki sposób wreszcie wykazy wedle nowej formy c. k. lekarz powiatowy będzie mógł łatwiej i szybciej sprawdzić, niż przy dotychczasowym systemie, skoro tak samo i teraz dostaje do rąk wykazy metrykalne, a wiarogodność tego, co w nich lekarz zanotował, sprawdzić może tylko przez naoczne skontrolowanie u szczepionych, czego nawet najpiękniej uzupełniane wykazy ułatwić nie są w stanie.

Nieuregulowane stosunki co do rewakcynacyi zdarzają się chyba wyjątkowo, tak samo dawno już nie żąda się od urzędów paraf. i metrykalnych wykazywania dzieci bez względu na to, czy umarły, czy żyją. Osobna, jak żąda autor, „ustawa“ w tym względzie byłaby chyba zbyteczną.

Czy więc warto reformować wykazy w sposób proponowany przez autora, aby osiągnąć bardzo problematyczne ułatwienie dla lekarzy szczepiących, a utrudnić pracę innym urzędom i tak już nadmiernie i bez osobnego wynagrodzenia przeciążonym? Jeżeliby już koniecznie chodziło o jakieś ułatwienie, to wystarczyłoby zupełnie, aby nie żądano od lekarzy zestawienia wykazu I i II-go, lecz tylko, by ciż na osobnej okładce obecnych wykazów zestawiali sumaryum dla każdej gminy oddzielnie. Ułatwienie takie zależałoby tylko od decyzyi Wydziału krajowego i zgody c. k. Namiestnictwa, ale czy wtedy, gdy lekarzom ubyłoby nieco pracy, nie przyszłoby do zreformowania należytości za szczepienie i zmniejszenia wynagrodzenia „od fasonu“, — to inne pytanie. *Dr. W.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 7 marca 1901.

Od Bibliotekarza Tow. lekarskiego krakowskiego otrzymujemy następujące pismo:

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego z każdym rokiem rozwija się coraz bardziej, brak jednakże środków pieniężnych nie pozwala nam dotychczas postawić jej na tej wysokości, na jakiej w interesie członków Towarzystwa staćby powinna; dotyczy to zwłaszcza działu czasopism, których inne tutejsze instytucye biblioteczne przeważnie nie posiadają, co bardzo znacznie utrudnia, niejednokrotnie zaś wprost uniemożliwia pracę kolegów, poszukujących odpowiedniego piśmiennictwa. Ten wzgląd zmusza mnie do odwołania się do znanej mi z lat dawniejszych życzliwości kolegów o skompletowanie w miarę możności niżej wymienionych czasopism, które częstokroć zdekompletowane i bez użytku tylko niepotrzebnie zajmują miejsce w prywatnych bibliotekach kolegów, podczas gdy w bibliotece Towarzystwa posłużyćby mogły do uzupełnienia istniejących braków i ztąd przyniosłyby rzeczywistą korzyść ogółowi członków Towarzystwa.

Z czasopism polskich nie posiadamy następujących roczników i tomów:

1) Gazeta Lekarska: Serya I, Roczniki: 1866/7 (T. I), 1869 (T. VI) 1871 (X i XI), 1873 (XIV i XV), 1874 (XVI), 1878 (XXV), 1879 (XXVI) brak całkowity; prócz tego brak nam pojedynczych poszytów w rocznikach: 1875 (XIX), 1876 (XX), 1877 (XXII), 1878 (XXIV), 1879 (XXVII), 1880 (XXVIII i XXIX). Serya II: Brak pojedynczych poszytów w rocznikach: 1883 (Nr. 2), 1884 (Nr. 43), 1887 (Nr. 21 i 49), 1895 (Nr. 52)

2) Klinika (Dobieszewskiego); biblioteka posiada tylko roczniki 1868 (II) i 1871 (V).

3) Kronika Lekarska: brak nam roczników 1880 (I) i 1881 (II).

4) Medycyna: brak nam roczników 1879 (VII), 1882 (X), 1883 (XI), 1884 (XII), brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1876 (Nr. 24), 1880 (Nr. 50, 51, 52), 1886 (Nr. 42), 1887 (Nr. 3), 1891 (Nr. 49, 35).

5) Nowiny Lekarskie: brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1889 (Nr. 3), 1891 (Nr. 5 i 11), 1893 (Nr. 3, 5, 10, 12), 1895 (Nr. 8, 9), 1897 (Nr. 4, 7, 11).

6) Pamiętnik Tow. Lekar. Warsz.: brak w roczniku 1868 zeszytu lipcowego, w 1872 listopadowego, III zeszytu z r. 1873 oraz roczników z przed roku 1851.

7) Rocznik Tow. ginekol. krakow.: brak nam roczników 1895 (VI), 1898 (IX), 1899 (X).

8) Zdrowie (dawne 4⁰) posiadamy tylko rocznik 1878.

Czasopisma niemieckie:

1) Aerztl. Central Anzeiger: brak roczników: 1889—1891 (I—III). Brak pojedynczych poszytów w rocznikach 1894 (Nr. 21) 1896 (Nr. 26), 1900 (Nr. 1—12).

2) Aerztl. Intelligenzblatt (później »Münchener med. Wochenschrift «) brak roczników 1854—1875 (T. I—XIX) i 1878—1887 (T. 25—34). Brak pojedyńczych poszytów w rocznikach: 1875 (Nr. 13 i 42), 1896 Nr. 44)

3) Allgemeine Wiener medic. Zeitung: brak roczników 1856 (I), 1857 (II), 1864—1896 (T. IX—XLI). W rocznikach 1880—1896 posiadamy pojedyncze poszyty.

4) Berliner klin. Wochenschr.: brak roczników 1864—1867 (T. I—IV), 1872 (IX), 1875 (XII), 1876 (XIII), 1878—1881 (T. XV—XVIII), 1886—1888 (T. XXIII—XXV), brak pojedynczych poszytów w rocznikach: 1882 (Nr. 30), 1885 (Nr. 11, 45, Spis i Tyt.), 1898 (Nr. 1).

5) Deutsche medic. Wochenschr.: brak roczników 1875—1890 (T. I—XVI), z wyjątkiem rocznika 1884, w przeważnej ilości brakujących roczników posiadamy pojedyncze poszyty.

6) Klinische Zeit u. Streit-fragen: brak roczników 1895—1900 (T. IX—XIV), w roczniku 1893 brak 8 zeszytu.

7) Klinisch-therap. Wochenschr. (dawniej „Therap. Wochenschrift:“) brak roczników 1894—1896 (T. I—III).

8) Medicin.-chirurg. Rundschau: brak roczników 1860 (I) 1861 (II), oraz 1892—1900 (T. XXXIII—XLI).

9) Münchener med. Wochenschr.: (vide „Aerztl. Intelligenzblatt“).

10) Schmidt's Jahrbücher: brak tomów 1—76, 85—152, 169, oraz 173 do końca.

11) Wiener Klinik: brak roczników 1897 (T. XXIII) i 1898 (T. XXIV).

12) Wiener klin. Wochenschr.: brak wielu poszytów w rocznikach 1888 (I), 1891 (IV), 1895 (VIII), 1896 (IX)

13) Wiener medic. Blätter: brak roczników 1878 (T. I) 1880 (III), 1897–1900 (T. XX–XXIII).

14) Wiener medic Presse: brak roczników 1860 (T. I) 1864, (T. V).

15) Wiener medic Wochenschrift: brak licznych poszytów w rocznikach 1860 (X), 1863 (XIII), 1864 (XIV), 1866 (XVI), 1882 (XXXIII), 1883 (XXXIV), 1891 (brak Nr 7), 1895 (Nr 51 i 52), 1897 (Spis i Tyt.), 1899 (Spisu i dodatków). Rocznika 1900 nie posiadamy zupełnie.

Uzupełnienie wyżej wymienionych czasopism jest na razie najniezbędniejsze, ztąd też każdy dar, choćby to miały być nawet pojedyncze poszyty, przyjęty będzie z szczerą wdzięcznością, gdyż może posłużyć do uzupełnienia istniejących w bibliotece, lub nadesłanych przez innych kolegów braków. Z równą wdzięcznością przyjęte będą także dzieła i czasopisma powyżej dla braku miejsca nie uwidocznione. Łaskawe dary proszę nadsyłać pod moim adresem: (Kraków, *Collegium Medicum*). *Dr. Leon Konrad Gliński*, Bibliot. Tow. Lek. krak.

* *Otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

Komisya, mająca na celu uczczenie pamięci ś. p. Napoleona Kostaneckiego, ukonstytuowawszy się ponownie pod przewodnictwem kol. prof. Bujwida, uchwaliła na posiedzeniu dn. 28 stycznia, rb. 1) zebrać drogą składek fundusz imienia śp. Kostaneckiego, przeznaczony dla dzieci zmarłego. 2) Ponieważ zwłoki śp. Napoleona przeniesiono do grobu familijnego, przeto uchwalono w miejsce kamienia wmurować w grób tablicę z napisem, który komisya później przedstawi Tow. lekarskiemu 3) Zamiast odezwy zwróconej do kolegów o składki na powyższy cel, uchwaliła komisya podać do wiadomości powyższe uchwały. 4) Składki przyjmuje kol. prof. Bujwid (ul. Kolejowa 3).

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto w poczet członków Towarzystwa Dr. A. Geittlicha. Następnie 1) kol. Dr. Gliński demonstrował preparaty z zakresu anatomii patologicznej, mianowicie: a) ciało obce (kość) w przełyku z następowem ropnem zapaleniem śródpiersia tylnego i opłucnej prawej; b) polipa mięsakowatego przełyku w okolicy wpustu; c) raka przełyku, przechodzącego na dolny płat płuca prawego; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawił i omówił przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej.

* Prezes Towarz. lekar. krakowskiego zawiadamia, że otrzymał list, w którym Radca Dworu, prof. Korczyński, zaprasza Towarzystwo do zwiedzenia nowej kliniki lekarskiej we środę dn 13 marca, o godz. 5 po południu.

Lwów, 2 marca. Towarzystwo lekar. lwowskie odbyło d. 1 marca posiedzenie zwyczajne. Na wniosek Zarządu wybrano »komisyę przemysłowo-lekarską«, złożoną z 13 członków. Wybrani zostali koledzy: Bądzyński, A. Gluziński, Krzyżanowski, Eljasz-Radzikowski, Łukasiewicz, Machek, Mars, Merczyński, Niemiłowicz, Rydygier, M. Świątkiewicz, Wiczkowski, Ziembicki. Demonstrowali: prof. Mars: staruszkę 80-letnią, po operacyi torbieła jajnikowego i przepukliny pępkowej; prof. Ziembicki mówił o znieczulaniu sposobem Biera do celów operacyjnych. Dr Marischler przedstawił chorego, dotkniętego »neurofibromatosis generalisata.«

* Prócz wymienionych w Nrze ostatnim »Przegl. Lek.«, członkiem »Spolku českých lékařů« wybrany został prof. Bolesław Wicherkiewicz.

* Prymaryuszem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w krakowskim szpitalu św Łazarza mianowany został Dr. Eugeniusz Borzęcki.

* Sekcya Sanocka Towarz. lekarzy galicyjskich wybrała na rok bieżący przewodniczącym Ludwika Cwiklicera, zastępcą jego Zygmunta Nowaka, sekretarzem Aleksandra Stangenhausa.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. Samuel Neymand; w Uniw. lwowskim: Napoleon Gąsiorowski i Zygmunt Czechowicz.

* Koszta budowy sanatoryum na 80 chorych w Davos, dla średnio-zamożnych suchotników wyniosły 530.679 franków na sam budynek, bez wewnętrznego urządzenia.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Ign. Roman Sopiński, fizyk obwodowy w Bihaću, otrzymał krzyż kawalerski Franciszka Józefa. Dr. Al. Westphal mian. został nadzw. prof. i kierownikiem kliniki psychiatrycznej w Gryfii. Dr. Fehling mian. został prof. zwycz. ginekologii w Strassburgu.

Nekrologia. Zmarli: Prof. O. Heusinger w Marburgu lat 71. Prof. Herrick, higienista w Cleveland. Dr. Władysław Skalski starszy lekarz powiatowy, zmarł w Samborze, w 63 r. życia. Dr. Wład. Charytański lat 34, zmarł 1 b. m. w Kałuszynie. Dr. Dominik Rachunkiewicz l. 67, zmarł w Wilnie. Dr. Albin Padalewski zmarł we Lwowie.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 9: Steinhaus: Przypadek śródbłoniaka szczęki dolnej. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.).

— *Kronika Lekarska* Nr. 4: Miklaszewski: O zmiennej nierówności źrenic. Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie (c. d.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 9: Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry. Pałecki: Thoracotomia duplex. Czajkowski: O wyborze metody operacyjnej i wskazaniach do leczenia doszczętnego przepuklin pachwinowych wolnych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9: Braber: Otrava zmiji. Salmon: Meningitis tuberculosa. Hoffer: Připad sebevražedné otravy atropinem.

— *La Presse médicale* Nr. 18: Malvoz: Domy zdrowia dla gruźliczych w prowincyi Liège. Dominici: O odczynie myeloidowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9: Pollak: Przyczynek do kazuistyki leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym. Hödlmoser: Leczenie gruźlicy wstrzykiwaniem do żył kw. cynamonowego. Subbotić: Przyczynki chirurgiczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9: Bäumler: Przypadek bujającego znamienia barwikowego z objawami właściwej puchliny wodnej. Häberlin: Kazuistyczne przyczynki do chirurgii żołądka. Maurer: Pasorzyty zimnicy. Jolles: Kliniczny ferometr. Frankenstein: Przypadek kwilenia śródmacicznego. Goldschmidt: Dziedziczenie gruźlicy. Schanz: Pasek przepuklinowy z pelotą w kształcie elastycznego woreczka. Schulze: Niezwykłe ciało obce w cewce moczowej. Pässler: Leczenie zapalenia płuc włóknikowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9 Friedmann: Badania doświadczalne nad dziedzicznością gruźlicy. Funck: Czynnik przyczynowy ospy prawdziwej i krowiankowej. Prochaska: Badania nad ropieniem u durowych. Schumburg: Użycie urotropiny dla odkażania moczu w bakteryouryi durowej. Stern: »Antiserum«, jako środek do udowodnienia pochodzenia z krwi człowieka. Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli (c. d.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9: Lindner: Chirurgia raka żołądka. De la Camp: Rzadsza postać syringomyelii. Friedländer: Przyczynek do wiedzy o zatruciu bieluniem. Piórkowski: Przyczynek do sposobu barwienia prątków błonicznych. Bial: Powstawanie cukru w ciele zwierzęcem.

Redakcya otrzymała:

— Doc. Popielski 1) Rol pieczeni w prewraszczenijach krowi. 2) K fizyologii czrewnaho spletienia. Talko-Hryncewicz: Polskaja antropołogiczeskaja literatura. Wróblewski: O wpływie fosforanów na działanie fermentacyjne soku wyciśniętego z drożdży i o kwasach fosforowych sprzężonych, oraz kilka uwag o znaczeniu, jakie posiada kwas fosforowy w przyrodzie ożywionej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 16 Marca 1901. Nr. 11

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Znaczenie laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny.

Napisał

Dr. Jan Sędziak.

(Odczyt przeznaczony na IX-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r., a wygłoszony w warszaw. Tow. lek. na posiedzeniu w dniu 22 stycznia 1901 r.)

Laryngologia i rynologia, których początek datuje się od wiekopomnego odkrycia laryngoskopu przez Türcka i Czermaka w 6-ym dziesiątku XIX-go stulecia, oraz otologia, starsza ich siostrzyca, w krótkim stosunkowo czasie rozwinęły się, jako samodzielne, doskonale opracowane gałęzie medycyny. Z czasem jednak stały się one zbyt specyalnemi, a więc niedostępnemi dla szerszego koła lekarzy.

Wkrótce już spostrzeżono ten ujemny kierunek i starano się mu przeciwdziałać. Już bowiem w r. 1885, a więc przed laty 15, Loeri uczynił w tym kierunku pierwszą próbę, rozbierając szczegółowo w znanej swej monografii stosunek laryngologii do ogólnej medycyny.

Odtąd w tym kierunku daje się zauważyć coraz większy ruch. Tak np. w r. 1893 Hang ogłasza swoją cenną monografię o stosunku chorób usznych do ogólnych zaburzeń ustroju; następnie uczynili to samo dla chorób gardzieli, krtani i nosa w r. 1896 de Havilland Hall, a u nas Sokołowski, w roku zaś 1899 Friedrich, wreszcie w ostatnich zupełnie czasach, gdyż w r. 1900, Jonas.

Przekonano się mianowicie, że cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszów, są w wielu razach tak ściśle związane z ogólnemi zaburzeniami ustroju, że nieznajomość ich może być dla lekarza ogólnego źródłem wielu błędów rozpoznawczych, a co zatem idzie — i leczniczych.

Również w ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na ścisły związek, zachodzący między cierpieniami usznemi i ocznemi z jednej, a sprawami chorobowemi w jamach nosowych, względnie w jamie nosogardzielowej — z drugiej strony. Zasługę niespożytą w tym kierunku położyli Meyer z Kopenhagi, któremu zawdzięczamy opisanie t. zw. „wyrośli adenoidalnych,“ stanowiących przyczynę większej części zaburzeń usznych, oraz Ziem z Gdańska, autor pierwszych prac o stosunku chorób ocznych do zmian w nosie, względnie jego zatokach.

To przeciwdziałanie zasklepianiu się oddzielnych specyalności, oraz dążność do zapoznawania lekarzy ogólnych z poszczególnemi specyalnościami, stanowi cechę znamienną ostatnich czasów.

Sądziłem przeto, że postawienie na porządku dziennym powyższego tematu, będącego dziś tak na dobie, może zainteresować szersze koło lekarzy i dać powód do ożywionej dyskusyi. Niestety temat to tak obszerny, że tylko w grubych zarysach mogę go tu uwzględnić, pozostawiając szersze rozwinięcie do oddzielnej, wyczerpującej monografii, którą przygotowuję do druku.

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszów, mogą występować, albo jako

1) umiejscowienie zarazka chorobowego w ogólnem zakażeniu ustroju, np. w przebiegu ostrych i przewlekłych spraw zakaźnych, albo jako

2) wyrażenie zmian ogólnych, odbywających się w całym ustroju, a więc w ogólnych zaburzeniach odżywczych.

3) Również w wielu razach sprawy te powstają wskutek rozszerzenia się sprawy chorobowej z sąsiedztwa bądź *per continuitatem*, bądź *per contiguitatem*, jak to ma miejsce w wielu cierpieniach gardlanych, usznych, oraz ocznych pochodzenia nosowego, wzgl. nosowo-gardzielowego.

4) Wreszcie niektóre zaburzenia ogólne ustroju powstają na drodze odruchowej wskutek zmian miejscowych w górnym odcinku dróg oddechowych, pokarmowych, oraz w uszach. Są to t. zw. nerwice zwrotne pochodzenia nosowego, gardlanego oraz usznego.

Związek przyczynowy, zachodzący między cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, a ogólnemi zaburzeniami ustroju, jest łatwy do zrozumienia wobec faktu, że: 1) nos, oraz jama ustna, wzgl. gardzielowa, najbardziej narażone są na ujemne wpływy zewnętrzne przyrody mechanicznej, cieplnej i chemicznej, będąc głównemi wrotami dla zarazków, przenikających od zewnątrz mianowicie z powietrzem i pokarmami: 2) że jamy nosowe, oraz nosowo-gardłowa i ustna z ich różnorodnymi przydatkami (podniebiennym, gardzielowym i językowym), z ich „fizyologicznemi ranami,“ jak bardzo właściwie nazywa Gerhardt prawidłowe braki w nabłonku migdałków, niezmiernie sprzyjają przenikaniu drobnoustrojów do organizmu, gdzie znowu, przy sprzyjających warunkach, jako to: stanach zapalnych błony śluzowej, zmniejszonej energii leukocytów, tych, że się tak wyrażę „stróżów bezpieczeństwa“ i t. p., mogą wystąpić zaburzenia ogólne, wywołane następowo toksynami tychże drobnoustrojów; 3) że jamy nosowe, oraz nosowo-gardzielowa i ustna już w stanach prawidłowych zawierają olbrzymie ilości drobnoustrojów zarówno nieszkodliwych, jako też, co jest ważniejsze, chorobotwórczych, jak tego mianowicie dowodzą badania Straussa i Dieulafoya odnośnie do laseczników gruźliczych, Lichtwitza — laseczników błonicznych, Lexera i Nettera — paciorkowców, Besançona i Griffona — pneumokoków itp.

Po tym przydługim może wstępie przechodzą do właściwego tematu tj. do wykazania znaczenia laryngologii, rynologii i otologii dla ogólnej medycyny.

Zacznę od najważniejszego działu, t. j. od medycyny wewnętrznej. Dla internisty znajomość, przynajmniej powierzchowna, chorób gardzieli, krtani, nosa i uszów jest niezmiernie ważna. Wspomnę tu przedewszystkiem cały dział spraw zakaźnych ostrych. Ponieważ temat ten był szczegółowo przezemnie poruszany na jednem z posiedzeń warsz. Tow. lek w r. 1899, oraz w wyczerpujący sposób ogłoszony w *Nowinach lekarskich* w roku zeszłym (1900), przeto wspomnę tu tylko pokrótce niektóre z chorób zakaźnych ostrych, względnie ostrych wysypek, w których szczególnie uwydatnia się niezbędność znajomości laryngo-ryno-otologii dla internisty, wzgl. pedyatry.

Do chorób tych przedewszystkiem należą odra i płonica, w których zajęcie gardzieli należy do stałych, zajęcie zaś uszów do niezmiernie częstych (3 i 5% Blau); również błonica, w której pominąwszy już zajęcie gardzieli, nosa i krtani, nieznajomość zaburzeń usznych może być źródłem wielu nieszczęść (głuchota); wreszcie w grypie *(influenza)*, zwłaszcza jej postaci nieżytowo-płucnej, zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszach, należą do bardzo częstych i ważnych.

Toż samo mniej więcej tyczy się i innych spraw zakaźnych ostrych, jak ospa, dur brzuszny, ostry gościec stawowy, róża, nagminne zapalenie gruczołu przyusznego itp., w których przebiegu mogą również wystąpić zmiany w nosie, gardzieli, krtani i uszach, a których nieznajomość mogłaby być źródłem wielu błędów terapeutycznych. Również ważną jest dla internisty znajomość laryngo-ryno-otologii w chorobach zakaźnych przewlekłych, że wspomnę tu tylko gruźlicę płuc; niekiedy na podstawie pewnych objawów ze strony gardzieli i krtani (bladość błon śluzowych, zajęcie jednostronne krtani sprawą zapalną) można wcześnie rozpoznać gruźlicę bez ważniejszych zmian fizykalnych w płucach. Wogóle zaś, jakkolwiek pierwotna gruźlica nosa, gardzieli i krtani należy do niezmiernie rzadkich, niewątpliwie istnieje.

I w ogólnych zaburzeniach materyi, oraz stanach chorobowych krwi, ważną jest znajomość laryngo-ryno-otologii dla ogólnego lekarza, że wspomnę tu tylko bladość błon śluzowych nosa, gardzieli i krtani, zaburzenia czucia w gardzieli, oraz szum w uszach, znamionujące stany niedokrewne, jak błednica, oraz białaczka, krwawienia zaś, zwłaszcza z nosa i dziąseł w skazie krwotocznej (krwawiączce, plamicy krwotocznej, wreszcie w gnilcu).

W zaburzeniach przemiany materyi, jako to: w dnie (podagrze) oraz w cukromoczu, niekiedy zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych mogą poprzedzać te zaburzenia, pozwalając na wczesne ich rozpoznanie. Tyczy się to zmian swoistych w gardzieli, poprzedzających napad dny (Danziger), lub występujących, jako jeden z najwcześniejszych objawów w cukromoczu (Gaul, Joal).

Odnośnie do innych chorób przewlekłych niezakaźnych przedewszystkiem zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych ściśle są związane z takiemiż zaburzeniami. Dość wspomnieć o nieżycie ostrym nosa, który zwykle opada ku dołowi, wywołując *per continuitatem* resp. *contiguitatem*, takąż sprawę w krtani, oskrzelach, opłucnej (według Jonasa), a niekiedy i w płucach.

Wogóle zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych, zwłaszcza nosie oraz jamie nosowo-gardzielowej, mają niezmiernie ważne znaczenie dla oddechania. Jak wiadomo, fizyologiczne znaczenie tych jam polega na oczyszczaniu wdechanego powietrza od szkodliwych domieszek obcych, jako też na jego ogrzewaniu, oraz nasycaniu wilgocią. Gdy tych warunków niema, np. w razie niedrożności, spowodowanej polipami w nosie, lub wyroślami gruczołowatemi (adenoidalnemi) w jamie noso-gardzielowej, oddechanie odbywa się przez usta, co powoduje nieżyty dolnych dróg oddechowych.

Z chorób narządu krążenia, mających ścisły związek z laryngologią, rynologią, a po części i otologią, należy przedewszystkiem wymienić tętniaki aorty, dla których rozpoznania, jak to w innem miejscu (*Gazeta lekarska* 1892) obszernie wzmiankowałem, zmiany w krtani (porażenia strun głosowych) mają niekiedy pierwszorzędne znaczenie. Tak np. w spostrzeganym przezemnie przypadku, dotyczącym 40-sto kilkoletniego chorego, zrobiłem przypuszczenie, jedynie na podstawie badania laryngoskopowego (porażenie lewej struny głosowej) tętniaka aorty, co i zapomocą promieni Roentgena potwierdzonem zostało.

Przechodzę obecnie do znaczenia laryngo-ryno-otologii dla chorób dróg pokarmowych, dla których jama ustna, gardzielowa, oraz przełyk stanowią początek. Choroby zębów (próchnienie, choroby jam nosowych, ropienie), choroby gardzieli (nieżyty suche), oraz przełyku mają znaczny wpływ na powstawanie zaburzeń w żołądku i kiszkach, na co głównie zwrócił uwagę Freitel. Z chorób narządów moczowych zapalenie przewlekłe nerek spowodowuje niekiedy obrzęki zastoinowe w krtani, jako pierwszy objaw tego cierpienia (Fauvel, Schroetter). Występowanie krwotoków nosowych w zapaleniu nerek jest powszechnie znane. Jestto objaw do pewnego stopnia pomyślny, gdyż wyrównywa zbyt wysokie ciśnienie krwi, co np. w jamie czaszkowej mogłoby być niebezpiecznem.

Wreszcie laryngo-ryno-otologia mają ścisły związek z otruciami, co doskonale opracowali Rohrer i Winkler. Szczególnie występuje to wyraźnie w zatruciach rtęcią oraz jodem, który oprócz powszechnie znanego zajęcia błony śluzowej nosa wywołuje niekiedy obrzęki w krtani (Rosenberg), o czem nie wszyscy lekarze ogólni wiedzą.

Ważnym jest również wpływ ujemny wyskoku, oraz tytoniu na górny odcinek dróg oddechowych, wzgl. pokarmowych, a po części i uszów (nieżyty przewlekłe).

Tu należy też cały szereg zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych, będących w związku z rodzajem zajęcia chorych (choroby zawodowe), o czem Seifert napisał bardzo ładną monografię. Z zaburzeniami temi, spotykanemi u pracujących w różnych fabrykach (cementu i t. p.), lekarz ogólny powinien być również obeznany.

Niezmiernie ważną jest znajomość laryngo-ryno-otologii dla neuropatologa. Zwłaszcza w cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego rozpoznanie porażeń krtaniowych ma duże znaczenie (vide: *Gazeta lek.* 1899); dość przytoczyć tu wiąd rdzenia, gdzie objawy krtaniowe niekiedy poprzedzają lub należą do najwcześniejszych (vide: *Kronika lek.* 1899).

W ostatnich czasach spostrzegałem przypadek, dotyczący 30-letniego chorego, u którego obok braku odruchów kolanowych, oraz „crises gastriques", dominującym objawem, jednym z najwcześniejszych, było porażenie obu rozwieraczy głośni *(paralysis postici bilateralis)*, warunkujące niezwykle częste i przykre „crises laryngées". I zaburzenia nerwowe czynnościowe, zwłaszcza histerya, niejednokrotnie objawiają się przedewszystkiem zaburzeniami ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, zwłaszcza krtani, w postaci porażeń zwieraczy głośni.

Przechodzę obecnie do niezmiernie ważnego dla internisty działu t. zw. nerwic odruchowych pochodzenia nosowego, gardlanego i usznego. Od czasu znanej monografii Hacka, a więc mniej więcej od lat 15 wiemy, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy pewnemi zaburzeniami ogólnemi a zmianami w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz w uszach (Eitelberg). Jakkolwiek od tego czasu wiele się zmieniło w naszych pojęciach odnośnie do teoryi Hacka i jakkolwiek wiele z t. zw. nerwic odruchowych tłómaczymy sobie obecnie w sposób prostszy, nie uciekając się do jego teoryi; jakkolwiek wreszcie przekonaliśmy się, że nie zawsze, jak to mianowicie utrzymywał Hack, oraz entuzyastyczni zwolennicy jego teoryi (Fliess, a świeżo Jonas), usunięcie zmian chorobowych w nosie, gardzieli, lub uszach usuwało doszczętnie takie zaburzenia, jak dychawica (astma) i t. p., to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że związek taki istnieje, o nim więc powinien pamiętać lekarz ogólny. Tyczy się to przedewszystkiem dychawicy oskrzelowej, w której w wielu razach można otrzymać mniejszą, lub większą poprawę, a nawet wyleczenie trwałe, jak mnie o tem przekonało własne doświadczenie, co również stwierdzają fakta, zaczerpnięte przeze mnie z piśmiennictwa. Na blisko 500 przyp. dychawicy, leczonej miejscowo przez usunięcie zmian w górnym odcinku dróg oddechowych, oraz w uszach, prawie w 400 stwierdzoną została mniej lub więcej wyraźna poprawa, wzgl. wyleczenie (w kilku moich przyp. trwa ono już lat kilka); w resztujących 100 leczenie to pozostało bez skutku. Liczby te są tak przekonywające, że powinny skłonić lekarzy chorób wewnętrznych do zastosowania tej metody w tych przypadkach, gdzie leczenie ogólne okazało się bezskuteczne, a w nosie, gardzieli, lub uszach znajdują się stwierdzone zmiany. Toż samo *mutatis mutandis* tyczy się kaszlu nerwowego, oraz migreny, wzgl. nerwobólu, których około 200 przyp. zapisano w literaturze, jako wyleczonych przy zastosowaniu tego rodzaju leczenia przyczynowego. Z innych nerwic odruchowych na zaznaczenie zasługują: padaczka, której parę dziesiątków przypadków naliczono w piśmiennictwie, jako wyleczonych po przypalaniu muszel nosowych, wycięciu wyrośli gruczołowatych adenoidalnych, wreszcie po usunięciu z uszów woskowin; tu należą też moczenia nocne *(enuresis nocturna)*, których 2 przyp. spostrzegałem i wyleczyłem po usunięciu wyrośli gruczołowatych.

I w kierunku społecznym i sądowo-lekarskim ujawnia się ważność laryngo-ryno-otologii. Tak np. niezbędnem jest poznanie wpływu ujemnego t. zw. wyrośli gruczołowatych na zdolności umysłowe uczącej się młodzieży *(aprosexia nasalis*-Guya), na co szczególnie zwrócić należy uwagę lekarzy szkolnych. Z drugiej zaś strony wiele cierpień górnego odcinka dróg oddechowych i pokarmowych, oraz uszu, wywiera wpływ ujemny na stan umysłowy chorych, warunkując pewne ich złe instynkty, wzgl. czyny, dające niekiedy powód do spraw sądowych.

Z powyższego widać niezbędność poznania laryngo-ryno-otologii dla medycyny wewnętrznej.

I dla medycyny zewnętrznej znajomość ta jest również potrzebną. Tak np. chirurg w wielu razach musi się opierać na podstawach, zaczerpniętych z tych specyalności. Dość przytoczyć otoki *(empyemata)* zatok bocznych nosa, zwłaszcza Highmora, oraz czołowych, nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki), cierpienia (przerost) gruczołu tarczykowego (t. zw. wól), próchnienie wyrostka sutkowego i t. p. sprawy chorobowe, w których chirurgia z laryngo-ryno-otologią są w ścisłym związku i wymagają współrzędnego uwzględnienia tych specyalności.

I dla specyalisty chorób wenerycznych i skórnych ważną jest znajomość chorób nosa, gardzieli, krtani i uszów. Dość wspomnieć kiłę, która niezmiernie często w postaciach wczesnych (stwardnienie pierwotne, kłykciny) umiejscawia się w jamie ustnej i gardzielowej, w późniejszych zaś (kilaki) w nosie i krtani, sprowadzając przedziurawienie przegrody nosowej, w ogóle zniekształtnienie nosa, oraz zniszczenia i zaburzenia czynnościowe (zwężenia) krtani. Co się tyczy uszów, to, jak wiadomo, zajęcie ich obok zajęcia zębów i oczów stanowi w kile jeden ze słynnych „trias" Hutchisona.

Z chorób skórnych przedewszystkiem należy wymienić wyprysk, oraz pęcherzycę, w których zajęcie górnego odcinka dróg oddechowych, a zwłaszcza pokarmowych, należy do częstych.

Przechodzę obecnie do cierpień kobiecych, w których zajęcie nosa, gardzieli, krtani, oraz uszów może mieć duże znaczenie i jako takie przez ginekologów powinno być znane.

Już fizyologicznie podczas regularności, ciąży, karmienia, oraz w okresie przejściowym spotykamy cały szereg zaburzeń w uszach i górnym odcinku dróg oddechowych, że wspomnę tu tylko: czerwoność i obrzęk nosa, szum w uszach, krwawienie z nosa, oraz z rozszerzonych naczyń na nasadzie języka, jakie często występują podczas miesiączkowania, lub w jego zastępstwie. Ważne są zwłaszcza te ostatnie krwawienia, mające pozór krwotoków płucnych i jako takie niepokojące chorych.

Tu należy też cały szereg zboczeń czucia (parestezyj), zwłaszcza w postaci uczucia ciała obcego w gardzieli, co szczególnie często spotykamy w okresie wieku przejściowego, a które to uczucie w większości przypadków jest zależne od przerostu migdałka językowego (Semon). Również i istniejące już cierpienia nosa i gardzieli, jak np. *ozaena*, ostre pryszczykowe zapalenie migdałków, podczas miesiączkowania się wzmagają.

Na zakończenie słów parę o ścisłym związku przyczynowym między laryngo-rynologią z jednej, a otyatryą i okulistyką z drugiej strony. Na związek ten dopiero ostatnimi czasy zaczęto baczną zwracać uwagę. Przekonano się mianowicie, że większość chorób usznych zależy od zmian w nosie, zwłaszcza zaś w jamie nosowo-gardzielowej (wyrośle gruczołowate). Przy tem grają rolę:

1) zaburzenia w przewietrzaniu jamy bębenkowej wskutek zatkania wylotów gardzielowych trąbek Eustachiusza; 2) bezpośrednie rozszerzanie się sprawy chorobowej z jam nosowych, wzgl. nosowo-gardzielowej, na trąbki i ucho środkowe;

3) bezpośrednio przenikanie zarazka chorobotwórczego z wydzieliny nosowej przy nagłem zgęszczeniu powietrza, a więc przy mocnem wycieraniu nosa, kichaniu i t. p., przyczem zwykle w tych razach dochodzi do ropnego zajęcia ucha środkowego; wreszcie 4) czynniki nerwowe (nerwice odruchowe).

Toż samo, jakkolwiek może w mniejszym stopniu, tyczy się i chorób ocznych, co już *a priori* było do przewidzenia wobec anatomicznych stosunków nosa i narządu wzrokowego (naczynia i nerwy ich po większej części z jednego pochodzą pnia). I tu sprawy zapalne *per continuitatem* mogą się rozszerzać na oczy za pośrednictwem przewodu nosowołzowego, który tu odgrywa taką samą rolę, jak trąbki Eustachiusza w cierpieniach usznych. Keller podaje odsetkę 95—97% zmian nosowych w cierpieniach przewodu nosowołzowego. Toż samo u nas Lubliner. Oprócz tej drogi zaburzenia oczne mogą powstawać *per contiguitatem*, mianowicie przy zajęciu zatok bocznych nosa, zwłaszcza sitowych.

W ostatnich czasach Arslan zwrócił uwagę na związek wyrośli gruczołowatych (adenoidalnych) z zaburzeniami ocznemi. Autor ten podaje 16 przyp. różnorodnych cierpień ócz (*kerato conjunctivitis*, *dacryocystitis*, *blepharo-conjunctivitis* etc.), w których nastąpiło wyleczenie cierpienia ocznego po usunięciu wyrośli gruczołowatych.

Wreszcie istnieje cały szereg zaburzeń ocznych pochodzenia zwrotnego (nerwice odruchowe), mających swoje źródło w cierpieniach nosowych.

Wobec ścisłego związku chorób usznych z cierpieniami nosa, oraz jamy nosowo-gardzielowej, oddzielać laryngo-rynologię od otyatryi byłoby obecnie anachronizmem. Kto wie, czy w przyszłości nie wypadnie do tych specyalności dołączyć jeszcze okulistykę, jak to zresztą widzimy już zapoczątkowanem w Ameryce, gdzie istnieją czasopisma i szpitale, poświęcone laryngo-ryno-otologii i okulistyce.

Tyle co do znaczenia laryngo-ryno-otologii dla ogólnej medycyny, oraz co do stosunku chorób nosa, wzgl. nosogardzieli do zaburzeń usznych i ocznych. Rzecz prosta, że dla oszczędzenia miejsca mogłem tu zaledwie uwzględnić najważniejsze cierpienia, w których znajomość chorób nosa, gardzieli, krtani i uszów jest niezbędną dla lekarzy ogólnych. Niestety znajomość ta nie jest jeszcze udziałem szerszego koła lekarzy, co znowu wynika z braku katedr tych przedmiotów na wielu uniwersytetach: w dobie obecnej, gdy specyalności te dosięgły tak znacznego rozwoju, wytworzywszy już kolosalną literaturę i gdy znaczenie ich dla medycyny ogólnej okazuje się tak ważnem, ten brak w niektórych uniwersytetach nauczania laryngologii, rynologii i otyatryi jest poprostu anachronizmem, który jak najprędzej powinien być usunięty i przedmioty te, podobnie jak i inne specyalności, np. okulistyka lub syfilidologia, powinny zdobyć oddzielne katedry na wszystkich uniwersytetach [1].

[1]) Z prawdziwą przyjemnością stwierdzam fakt, że świeżo w Japonii na uniwersytecie w Tokio utworzono taką katedrę, której kierownictwo poruczono znanemu specyaliście prof. Okada.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.

Nowsze metody w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał
Dr. Wiktor Stankiewicz,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Postępowanie, przyjęte w klinice prof. Jordana, jest następujące: w okresie ostrego procesu zapalnego, obojętnie na jakiem tle zakażenia, ograniczamy się w pierwszym rzędzie do stosowania bezwzględnego spokoju, obok leczenia, wpływającego na poprawę stanu ogólnego i używania środków objawowych, gdyż, zgodnie z Olshausenem (13), brak nam środków dotychczas, którymibyśmy mogli w razie wystąpienia zakażenia powstrzymać sprawę zapalną, — w przeciwieństwie do Pinkusa, który nawet w takim okresie, obok równi pochyłej, poleca ucisk. Doświadczenie bowiem poucza, że nieraz chore, nawet przy nieznacznych niekiedy objawach podrażnienia otrzewnej, jakie wszelkim stanom zapalnym w mniejszym lub większym stopniu towarzyszą, nie są w stanie znieść nawet lekkiego worka z lodem. Co ważniejsza, wszelkie, chociażby najłagodniejsze zabiegi mechaniczne, stosowane w tym okresie, nie tylko utrudniałyby wytwarzanie się, lecz wprost zmierzałyby do niszczenia wału ochronnego, powstającego z wywędrowanych leukocytów, którym przyroda usiłuje odosobnić od otoczenia ognisko, uległe zakażeniu.

W okresie nacieku, — o ile nie przyszło do zropienia, — gdy ścisłe spostrzeganie pod względem klinicznym wykazuje brak przez jakiś czas podwyższenia ciepłoty, zwłaszcza mierzonej pod wieczór, i ustąpienie znaczniejszej bolesności, przystępujemy do stosunkowo najłagodniejszych zabiegów: Obecnie, od roku, stosujemy według Stratza okłady ciepłe na brzuch, posmarowany maścią ichtyolową, jakoteż gorące przestrzykiwania raz dziennie o ciepł. 40°R., z dodatkiem środków rozdzielających, najczęściej płynu Martinowskiego. Osobnych w tym celu wzierników nie używaliśmy, gdyż ciepłotę tego stopnia wszystkie chore przeważnie znosiły, jeśli się tylko dobrze części rodne zewnętrzne waseliną posmarowało.

Metoda ta, jak z przedstawionych 17 klinicznie spostrzeganych przypadków wynika, bardzo skuteczna i stosunkowo szybko do celu prowadzi, — zwłaszcza jeśli idzie o sprawy połogowe, — mniej w razie zakażenia jadem rzeżączkowym. — Poprzednio w takich samych stanach używaliśmy tylko kolumnizacyi, którą, zwłaszcza w przypadkach obecności od zewnątrz wybadalnych oporów, — kombinowaliśmy z zastósowaniem ucisku od strony powłok brzusznych, w postaci worka, wypełnionego piaskiem; rozpoczynając od ciężaru 1 klgr., przez stopniowe podwyższanie dochodziliśmy do obciążenia 3 klgr. Ucisk ten bywał okresowym, to zn., że mniej więcej co 2—3 godziny polecano chorym odstawić worek z piaskiem; bardzo często bowiem mogliśmy się przekonać, że pod względem różnicy w działaniu ucisku trwałego w porównaniu z okresowym, wyniki nie były odmienne, owszem przemawiały za tym ostatnim.

W razie, gdy pacyentka dobrze znosiła tamponadę, bardzo często już po trzechkrotnem zastosowaniu stwierdzić można było nie tylko podmiotową poprawę, lecz i przedmiotową.

Pozzi (16) w swoim podręczniku bardzo trafnie opisuje cel, jaki zamierzał uzyskać wynalazca tej metody: „mechaniczne podniesienie macicy. zwolnienie napięcia więzadeł, zmniejszenie przekrwienia żylnego, (wywołanego nizkiem położeniem narządu); zwolnienie dopływu krwi tętniczej, skutkiem ucisku od zewnątrz; a zatem ustępowanie przekrwienia zapalnego, — podniesienie żywotności tkanek i zdolności usuwania produktów zapalnych“.

Co się tyczy częstości zmiany tamponów, to w kilku pierwszych przypadkach miała ona miejsce co 4 dzień, później jednak co 3, gdyż u chorych, zwłaszcza przychodnich, pod wpływem wszelkiego rodzaju ruchów. — głównie wskutek parcia przy wypróżnianiu się, część tamponów wypadała, a cała kolumna ulegała rozluźnieniu.

Czas trwania leczenia był rozmaity, zależnie w pierwszym rzędzie od tego, czy pacyentka znosi ten sposób leczenia, następnie od rodzaju i stopnia zmian patologicznych; średnio, jeśli po siódmej tamponadzie nie uzyskaliśmy poprawy, czy to przedmiotowej, czy podmiotowej, — to albo przechodziliśmy do stosowania obciążenia zapomocą śrutu, lub też kombinacyi kolumnizacyi z miesieniem ręcznem, co w niektórych przypadkach okazało się skutecznem. Jeśli stosujemy obciążenie za pomocą śrutu, co ma miejsce przeważnie w przypadkach następstw po przebytem zapaleniu około — i o macicznem, gdzie zatem idzie o przerwanie, względnie naciągnięcie starych zrostów, — to zakładamy go zwykle na noc, na przeciąg około czternastu godzin, celem umożliwienia chorym korzystania przez dzień z ruchu. Przy tej bowiem metodzie pacyentki muszą pozostawać w łóżku, w większej części zatrzymują tamponadę do drugiego dnia; — zdarza się jednak niekiedy, zwłaszcza w razie, gdy pochwa jest zbyt krótka, szpara sromowa skutkiem przedarcia międzykrocza nadto rozwarta, że tamponada wypada przy oddawaniu moczu, lub też innych ruchach.

Pod względem ilości śrutu, — zaczynamy zazwyczaj od 300 grm., a w miarę znoszenia leczenia i rozciągania się pochwy, dochodzimy do 800 grm: w jednym przypadku użyto 1200 grm. bez jakiegokolwiek odziaływania ze strony chorej. Przy obu metodach, zwłaszcza gdy chcemy działać na okolicę tylnego sklepienia, stosujemy równię pochyłą przez podwyższenie jednego końca łóżka o jakie 15—20 ctm., lub podłożenie poduszki pod krzyże chorej, — przez co zarazem odpada do pewnego stopnia część ucisku na kiszkę stolcową.

W razie gdy cierpienie jest jednostronne, n. p. w sprawach zapalnych przydatków, polecamy ułożenie na odpowiedni bok. Działanie lecznicze w tej metodzie objawia się z jednej strony bezpośrednio w mechanicznem rozciąganiu i ucisku, pośrednio następowemi zmianami w krążeniu krwi i limfy, co przyczynia się do szybszego wessania produktów zapalnych. Gdy mimo zachowania jak największej ostrożności w wskazaniach — pacyentka zabiegu nie znosi, co w pierwszym rzędzie objawia się wystąpieniem silniejszych bolów, a niekiedy podwyższeniem ciepłoty, należy tamponadę usunąć, — poczem po pewnej przerwie czasu ponownie zastosować.

Zazwyczaj w takich razach dotyczyło przypadków z obecnością świeżych jeszcze dosyć ognisk ropnych, których poruszenie wywołuje czasami zaostrzenie się sprawy chorobowej. Z drugiej jednak strony nadmienić muszę, że mieliśmy nieraz sposobność spostrzegania przypadków, w których klinicznie, ani też na podstawie poprzedniego przebiegu, ropy stwierdzić nie można było, — a pacyentki znosiły bez najmniejszych dolegliwości nie tylko zwykłą tamponadę, ale i znaczne od zewnątrz obciążenie. Charakterystyczną jednak dla tych przypadków była ta okoliczność, że efekt leczniczy wyżej wymienionych sposobów, stosowanych nawet przez miesiąc, był prawie żaden, tak, że na podstawie tego mogliśmy przystąpić do zabiegu operacyjnego, pewni, że znajdziemy ropę, co też istotnie zawsze miało miejsce. Są to przypadki drobnych bardzo ognisk, otoczonych zbitym wałem tkanki łącznej.

Jak ścisłe w tego rodzaju przypadkach należy zastosować spostrzeganie, bardzo pouczającym jest przypadek Nr. 54, leczony w szpitalu przez zastosowanie kolumnizacyi.

Trzydziestoletnia pacyentka zgłosiła się z powodu bardzo obfitych krwotoków miesiączkowych, połączonych z silnymi bólami w krzyżach; cierpienie to trwa od 7 lat, tj. od ostatniego porodu. Rozpoznano: *Retroflexio uteri fixata, tumor adnexor. sin., adnexitis et periadnexit. dextra.* Zastosowaną tamponadę przez $1^1/_2$ miesiąca zniosła chora bardzo dobrze; nie notowano ani razu podwyższenia ciepłoty, — przyczem zmiany po stronie prawej prawie zupełnie ustąpiły; guz jednak po stronie lewej, — będący konglomeratem jajnika i trąbki, z wielkiem prawdopodobieństwem *pyosalpinx*, — pomimo tak długiego leczenia zaledwie nieco tylko zmalał. Uruchomioną macicę odprowadzono bez żadnej trudności i założono krążek. Na drugi dzień wystąpiły: nieznaczne krwawienie, bóle głowy i podwyższenie ciepłoty do 37·9°, — zresztą stan chorej zupełnie był dobry; — krążek usunięto, a po 11 dniach ponownie go założono; poczem pacyentka nie doznawała najmniejszych dolegliwości i jako czującą się zdrową wypisano z zakładu. W niespełna miesiąc zgłasza się ta sama chora z wypociną okołomaciczną, sięgającą 4 palce ponad spojenie łonowe; ciepłota wynosiła 39°. Zastosowano w ciągu miesiąca leczenie, jak w okresie ostrym, poczem po 14 dniach stanu bezgorączkowego, braku wyraźniejszej bolesności, przystąpiono ponownie do kolumnizacyi, którą i tym razem chora bardzo dobrze znosiła. Po 12 dniach leczenia pokazało się bardzo bolesne miesiączkowanie; zalecono chorej spokój i leki odurzające; ta jednak, nie zważając na polecenia, skoczyła nieostrożnie z łóżka. Nastąpiło natychmiastowe pogorszenie stanu, — silne bóle w podbrzuszu, — a w 3 dni wśród objawów silnego zapalenia otrzewnej życie skończyła. Sekcya wykazała: *Peritonitis universal. purulenta, — ruptura pyosalping. sinistri.*

Uderzająca więc w całym przypadku jest ta okoliczność, iż wśród tak długiego leczenia, które pacyentka dobrze znosiła, guz nie zmalał; mimo, że ze względu na czas trwania zakażenia (cierpienie od siedmiu lat), przypuszczać można było, że będziemy mieli do czynienia z ropą nieszkodliwą. Badania bowiem Kiefera (12) nad jałowością ropy w guzach trąbkowych wykazują, iż mniej więcej w $^3/_4$—1 roku po zakażeniu ropa staje się jałową. (Dok. nast.).

* * *

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

(Ciąg dalszy).

VI. Wyraz twarzy *(habitus)* jest charakterystyczny dla całego szeregu chorób ostrych i przewlekłych. Starsi lekarze używali wyrazu „facies composita“ dla ożywionego wyrazu mimicznego, twarzy rozumnej; — „facies Hippocratica“ czyli „decomposita“, oznacza oblicze nieruchome, zmie-

nione, o rysach zaostrzonych, bezduszne, w stanie nieprzytomności lub agonii. Z twarzy możemy dalej wnioskować o stanie odżywienia chorego. Zdarza się jednak, że twarz jest nie wiele wychudzona, a gdy chory się obnaża, jesteśmy zdumieni stopniem jego wychudnienia. Stosunki takie nie rzadko znachodzimy w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci. Wychudła i blada twarz w przebiegu ostrej i podostrej choroby zakaźnej ostrzega lekarza, by rokował ostrożnie.

Każdy pozna po twarzy człowieka, cierpiącego na ból zębów; krótkowidz mruży oczy; wzrok osób histerycznych powszechnie jest znany; oddającego się samogwałtowi poznać można po nieśmiałym i trwożliwym wzroku; neurastenika po wzroku lśniącym i inteligentnym wyrazie twarzy. U chorego, nieśmiało wchodzącego, lekarz podejrzywa rzeżączkę lub inną chorobę weneryczną. Szczególnie chory przybiera tę postawę, jeżeli po raz pierwszy go to nieszczęście nawiedzi. Wyraz twarzy głuchoniemego i uważny jego wzrok są tak cechujące, że nie powinny ujść uwagi lekarza.

Gruby nos, często z przeczosami na brzegach, i grube, przerosłe wargi, są znamionami zołzów, a mianowicie nizki wzrost, grube rysy twarzy, nalana ciastowata skóra i podściółka tłuszczowa, ospałość umysłowa, ociężałość w czynnościach cielesnych, wreszcie brzuch wielkich rozmiarów są znamionami t. zw gnuśnej postaci zołzów. Przeciwnie, przy t. zw. kwitnącej postaci zołzów dzieci są delikatnie i słabo zbudowane, zazwyczaj bywają smukłe, posiadają żywy umysł, bystre spojrzenie; oczy mają duże z sinawym odcieniem twardówki. Często stwierdzić można u nich gruczoły zołzowe na karku i szyi. Wyrośle gruczolowate w jamie nosowo-gardłowej nadają dzieciom wejrzenie cechujące; mają one usta zawsze otwarte i osobliwy, głupkowaty wyraz twarzy; przytem nie są w stanie skupić uwagi dłużej na jeden przedmiot, co Guye oznacza mianem „aprosexia“. Także polip nosowo-gardzielowy, który powstaje szczególnie u osobników męzkich w wieku pokwitania, nadaje choremu osobliwie głupkowaty i zaspany wyraz. Często u takich chorych powstają obfite krwotoki, twarz zdradza niedokrewność, chorzy oddechają przez otwarte usta, a gdy wypowiedzą jeszcze parę słów, to i po głosie można poznać, że w gardle musi być jakiś obrzęk czy guz.

Przy nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego małżowina uszna jest odsunięta od głowy na zewnątrz przez ciastowaty obrzęk przed i za uchem, a jeżeli oba gruczoły są równocześnie zajęte, powstaje uderzające oszpecenie, które daje chorej twarzy kształt nieco podobny do głowy świni. Ztąd też utarła się nazwa ludowa tej choroby „świnka“. Skóra nad obrzękiem zwykle nie jest zaczerwieniona i należy rozróżnić swoistą „parotitis epidemica“ od następowych zapaleń gruczołu przyusznego, które przyłączają się do zapaleń w sąsiedztwie, albo występują w następstwie dłużej istniejących ran, w razie uogólnienia się sprawy chorobowej. Nareszcie zdarzają się zapalenia gruczołu przyusznego przerzutowe w przebiegu chorób zakaźnych, n. p. w przebiegu duru, ospy, ostrych osutek i dają one o wiele gorsze rokowanie niż zapal. grucz. przyusznego swoiste. Z łatwością też potrafimy odróżnić zapal. grucz przyusznego od bolączki na dziąsłach *(parulis)*.

Przy obrzęku gruczołów podszczękowych należy myśleć o błonicy. U dorosłych, przy jednostronnym obrzęku gruczołów podszczękowych, należy podejrzywać ropne zapalenie gardła *(angina phlegmonosa)*. Przytem chory taki ma często usta otwarte i ślini się. Obrzękłe gruczoły na karku czasem pochodzą od zawszawienia głowy i następowego wyprysku; słusznie więc postępuje lekarz, gdy i w tym kierunku bada głowę. O chorobie Basedowa należy myśleć wobec wytrzeszczonych gałek ocznych i rozwiniętego wola. Obrzęk śluzakowy *(myxoedema)* powstaje szczególnie na twarzy i rękach. Oczy są zwykle na pół przymknięte przez zgrubiałe powieki; policzki i wargi zwisają; nos jest gruby i tępy. Blada twarz z wypiekami jest bez wyrazu i głupkowata, włosy wypadają, paznogcie kruszą się, wszystkie czynności stają się ociężałe i t. d. Obrzęk śluzakowy bardzo łatwo można odróżnić od obrzęku z powodu chorób serca i nerek. Tylko przewlekły naciek twarzy, który niekiedy po kilkakrotnej róży występuje, możnaby łatwo z nim zamienić. Boleśnie skrzywiona twarz i zmrużone oko przemawiają za migreną. Przytem źrenica będzie rozszerzona lub zwężona, co zależy od tego, czy napad jest połączony z podrażnieniem. czy z porażeniem nerwu spółczulnego.

Ze znacznej bladości u omdlałych poznajemy niedokrewność mózgu. a z zaczerwienienia twarzy — przekrwienie, a nawet wybroczenie w mózgu lub też ostre zatrucie alkoholem; oddechy dmuchające są cechujące dla udaru mózgowego. a oczy zazwyczaj skierowane bywają nieruchomo w stronę ogniska wybroczynowego; równocześnie jest porażenie nerwu twarzowego. Śpiączkę moczówkową *(coma diabeticum)* poznajemy po głębokich utrudnionych oddechach (wielkie oddechy Kussmaula). Rzadko występuje ten objaw przy raku i niedokrewności. Wobec obrzękłej twarzy bladej należy myśleć o śpiączce mocznicowej *(coma uraemicum)*, przy której występują często drgawki. Jeżeli u człowieka nieprzytomnego usta są pokryte pianą, to należy myśleć o napadzie padaczkowym lub padaczkowatym (epileptiform); przy prawdziwej padaczce znajdziemy źrenice rozszerzone, nie oddziaływujące, bladość, a potem sinicę twarzy. Należy dokładnie odróżnić twarz spoconą umierającego od twarzy nieprzytomnego. Zdarza się niekiedy, że ktoś nagle na ulicy stanie z twarzą bladą. spoconą, pełną trwogi, i stan taki nasuwa lekarzowi myśl o napadzie dusznicy bolesnej.

U dzieci poznajemy krztusiec z obrzękłych powiek, wybroczyn spojówkowych i jakby nalanej twarzy. U dorosłych wybroczyny spojówkowe zdarzają się również z powodu gwałtownego, kurczowego kaszlu, lub też budzą podejrzenie przebytego nocnego napadu padaczki *(epilepsia nocturna)*. Przy plamicy krwotocznej *(purpura haemorrhagica)* wybroczyny na samej skórze twarzy są wprawdzie rzadsze, ale mogą być policzki obrzękłe i mogą wystąpić wybroczyny na wargach, spojówkach, a nawet krwawienia z nosa i ust, które mogą pozostawić po sobie wyraźne ślady.

Oddechanie, połączone z podnoszeniem skrzydełek nosa, wyraża znaczną duszność. Ostre choroby gorączkowe często są połączone ze sztywnem gorączkowem napęcznieniem twarzy *(turgor febrilis faciei)*, zaczerwienionymi policzkami i lśniącemi oczyma; objaw ten szczególnie widoczny jest w zapaleniu płuc włóknikowem, w którem może się zdarzyć, że zaczerwienienie dotyczy tej strony twarzy, po której jest i zapalenie płuc. Musi też lekarz odróżnić zaczerwienienie chorego ze wstydu, od wszelkiego zaczerwienienia, spowodowanego innego rodzaju wzruszeniem podczas badania.

Mdły i apatyczny wyraz twarzy w przebiegu chorób gorączkowych każe nam rokować ostrożnie. Charakterystyczną jest często twarz chorego na dur, który leży apatycznie, z wyrazem bezmyślnym, często z przymkniętemi oczyma i suchemi popękanemi wargami, pokrytemi czarnym nalotem. W gruźliczem zapaleniu opon mózgowych u dzieci występują już w drugim tygodniu, jako znamiona cechujące, zez zbieżny, zgrzytanie zębami i ruchy żucia, a niekiedy już w tym okresie wyprężenie karku z lekkiem tyłozgięciem głowy. Jeżeli twarz zaczerwieniona w przebiegu ostrego gośćca stawowego nabiera barwy bladej, lekarz powinien natychmiast pomyśleć o ostrem zapaleniu wsierdzia. Przy wadach sercowych zastawek żylnych stwierdzamy na twarzy sinicę, a przy wadach zastawek tętniczych cerę bladą, pergaminową. Lekarz doświadczony poznaje wrodzoną wadę serca z bardzo znacznej sinicy lub z osobliwie bladej twarzy. Przy rozedmie płuc twarz jest sinawa, porysowana rozszerzonemi żyłkami, szyja krótka i gruba. Wężykowaty przebieg tętnic skroniowych przemawia za miażdżycą naczyń, a gdy przy dokładniejszem przypatrywaniu się powiedzie się dostrzedz w tętnicy skroniowej tętno chybkie, to już na

pierwszy rzut oka podejrzywać powinniśmy niedomykalność zastawek aorty.

Lekarz doświadczony łatwo odróżni obrzękłą bladą twarz, towarzyszącą zapaleniu nerek, od twarzy napęczniałej i sinej chorego na niedomogę serca. Lecz także w przewlekłem zapaleniu i skrobiowatem zwyrodnieniu nerek bez puchliny uderza wybladła twarz i mimowoli lekarzowi na pierwszy rzut oka nasuwa się rozpoznanie. Obrzęk powiek, który występuje szczególnie rano, budzi podejrzenie zapalenia nerek: ale objaw ten zdarzyć sie może i przy t. zw. *oedema fugax*, które występuje często u kobiet podczas miesiączkowania, lub też w przebiegu, albo po przebyciu pokrzywki.

Blada, wychudła i zapadła twarz nasuwa myśl o rozwiniętej gruźlicy, a z wyniszczonego wejrzenia zaczerwienionych policzków lekarz wnioskuje o szybko postępującej rozpadowej sprawie w płucach, która wywołuje charakterystyczną gorączkę trawiącą. Jeżeli u chorego na gruźlicę lub próchnienie kości zauważymy bardzo znaczną niedokrewność, a przytem chociaż i nieznaczny obrzęk twarzy, to musimy podejrzywać, że tu rozwija się skrobiowate zwyrodnienie nerek.

Z bladej cery twarzy i widzialnych błon śluzowych poznajemy niedokrewność. W blednicy kobiet cera z początku jest biała, a potem dopiero staje się żółtawo-zielonawa. Przytem małżowiny uszne bardzo przeświecają, jakby ulepione z wosku. Twardówki oka są lśniąco białe. Bywają jednakże chore na blednicę, które dobrze wyglądają, mają rumieńce i dobrze zabarwione błony śluzowe. Jest to t. zw. postać blednicy kwitnącej. Ze stopnia niedokrewności twarzy lekarz wnioskuje o czasie trwania wrzodu żołądka, broczeń krwawnicowych i macicznych. Przy ciężkich uszkodzeniach możemy ze stopnia niedokrewności wnioskować o ilości utraconej krwi. Bardzo charakterystyczną jest twarz chorego na raka żołądka o cerze blado-płowej, przechodzącej w ziemistą. Cera ta występuje nietylko z powodu utraty soków, lecz także jest następstwem dostania się istot rozpadowych raka do krążenia krwi. Także i w daleko posuniętej cukrzycy występuje często osobliwa woskowo-żółta cera. Tak zw. *facies abdominalis* jest cechującą dla nowotworów narządów brzusznych. Twarz, która została opisaną pod nazwą „facies uterina“, T. Spencer Wells, w swojem dziele o chorobach jajników nazwał „facies ovarina.“ Powiada on, że twarz znacznie wychudła tak, iż mięśnie i kości wyzierają z pod zcieńczałej skóry, dalej wyraz cierpienia, zmarszczone czoło, zapadłe oczy, rozwarte nozdrza, wydłużone, ściśnięte wargi i zwisłe kąty ust są cechującym obrazem kobiet, cierpiących na torbiel jajnikowy. Choć nikt z samego obrazu twarzy nie rozpozna torbiela jajnikowego, to przecież ten opis twarzy posiada dla początkującego coś kierowniczego i pouczającego. Lecz i ciężarne, licho odżywione, mają czasem podobny wyraz twarzy. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław) **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8⁰ str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Wszelkie odruchy rdzeniowe dochodzą z czasem do naszej świadomości jako czucie ruchów (Bewegungsempfindung) i tworzą odpowiednie im obrazy pamięciowe, czyli wyobrażenia ruchów. Każdy odruch musi wywołać szereg różnych czuć, a najpierwej czucie stawu, (*a*), który ma być poruszonym. Czucie stawu łączy się znowu z pewnem czuciem skóry (*c*), ponieważ przy zgięciu skóra po stronie zginaczy się kurczy, po stronie mięśni wyprostnych się rozszerza. Tak więc *a* pozostaje względem *c* w stałym stosunku. Przy ruchu działają także i mięśnie, zatem ruch musi wywołać także czucie odpowiednich mięśni (*m*). Stosunek tych czuć t. j. $a:c:m$ stanowi nam czucie położenia, jego obraz pamięciowy zaś wyobrażenie położenia, które musi powstać także i wtedy, gdy ruch odpowiedni będzie wykonany w sposób bierny. Zatem czucie i wyobrażenie położenia nie jest zależne wyłącznie od odruchu. Badanie w kierunku czucia położenia podejmujemy w ten sposób, że nadajemy członkom badanego pewne położenie i polecamy mu potem je określić, albo w sposób czynny je wytworzyć. Czucie ruchu (*r*) wytwarza odruch, sprowadzający czucie położenia.

Przyjąwszy czucie komórki zwojowej, wysyłającej bodziec do skurczu mięśnia jako *z*, to *z* pozostaje w pewnym stałym stosunku do pewnych czuć, wywołanych w mięśniu (*m*) pod wpływem skurczu. Jeżeli wreszcie sygnał, dochodzący do naszej świadomości z bodźca do ruchu, tj. czucie inerwacyi oznaczymy przez *i*, to $i = z:m$. Czucie ruchu *r* zawiera w sobie oba składniki odruchu, tj. tak czucie inerwacyi, jak i położenia, które również pozostają w stałym stosunku, tj. $r = i:p$ (czucie położ.). Czucie ruchów, doszedłszy do naszej świadomości, stwarza wyobrażenie ruchów, które składa się z pamięciowych obrazów odruchów zbornych. Różnicę między odruchem a ruchem samoistnym przedstawi najlepiej przykład: ukłócie podeszwy szpilką wywołuje odruch, polegający na zgięciu kończyny dolnej we wszystkich trzech stawach, by ją od szpilki oddalić; jeżeli zaś nogę cofamy na sam widok szpilki, zbliżanej ku podeszwie, to wykonujemy ruch samoistny. Tak więc ruchy samoistne stanowią oddziaływanie na bodźce świata zewnętrznego, które wywołuje obraz pamięciowy. W istocie największa część ruchów samoistnych łączy się ściśle z bodźcami świata zewnętrznego, choć w danej chwili tylko obraz pamięciowy bodźca wystarcza, by ruch taki wywołać.

Na czucie dotyku (*d*) pewnego przedmiotu składa się czucie skóry (*c*) i czucie ruchów (*r*), t j. czucie skurczów mięśniowych, potrzebnych do odczucia ucisku, wywartego przez przedmiot dotykany ($d = c + r$). Obraz pamięciowy, czyli wyobrażenie dotyku, składa się zatem z obrazów pamięciowych czucia skórnego, skojarzonych z wyobrażeniami ruchów członków, które się dotykają. Z tego dochodzimy do wniosku, że nawet i te motoryczne obrazy pamięciowe wchodzą w skład świadomości cielesności, czyli że zmiany cielesności powiadamiają nas o świecie zewnętrznym. Ten sam związek między światem zewnętrznym a cielesnością wykazują nam wszystkie ruchy samoistne, którymi posługujemy się do opanowania świata zewnętrznego (ruchy zaczepne Meynerta), np. ruchy, którymi z trudem zdobywamy sobie pewną biegłość techniczną w sztukach lub w prostych czynnościach, jak mowie, chodzeniu itd.

Podobnie jak zmysł dotyku działają także zmysł wzroku i słuchu. Motoryczne obrazy pamięciowe dla ruchów gałki ocznej, potrzebne by wzrokiem dotknąć niejako tych przedmiotów, których dotykamy się palcami, kojarzą się z wyobrażeniami dotykowemi i tworzą dopiero teraz pełny obraz pamięciowy wzrokowy. Tak więc wyobrażenia dotykowe łączą się z wyobrażeniami wzrokowemi. Ruchy zaś mowy są niejako ruchami dotykowymi, których wyobrażenia łączą się z wyobrażeniami słuchowemi.

Dowodem wyższego duchowego rozwoju człowieka jest świadomość jego osobowości czyli indywidualności, która wskazuje dopiero, że człowiek jest świadomy i przytomny. Polega ona na wytworzeniu się w człowieku jego jaźni, a obejmuje w sobie wszystko to, co stanowi umysłowy dorobek człowieka, tj. wszystko, co od pierwszych chwil swego życia przez wychowanie, naukę i kształcenie nabywa w duchowe posiadanie. I tak otoczenie, w którem człowiek wzrasta, stwarza właściwości charakteru, jeden czynnik składowy tej świadomości. Sposób wyrażania się, zależny od stopnia wykształcenia, jest także składnikiem tej świadomości; zmiana jego, zachodząca u obłąkanych, dowodzi zmiany ich duchowej osobowości. Suma nabytych wiadomości wcho-

dzi również w jej skład, a bywa ta suma u ludzi jakościowo i ilościowo różną, jakościowo o tyle, o ile wiadomości te są nie zawsze ze sobą zespolone, n. p. u dzieci, które wiadomości nabywane sumują bez związku. Wreszcie składnikami tej świadomości są zdarzenia i doświadczenia życiowe człowieka, jego zajęcia, stosunek do rodziny i otoczenia. Dlatego to obłąkany, nie mający świadomości swej choroby, wraca z tą chwilą do zdrowia umysłowego, gdy zyskuje świadomość przebytej choroby.

Świadomość swej osoby zależna jest od poprzednio omówionych świadomości świata zewnętrznego i cielesności, gdyż tylko przy ich współudziale się wytwarza, dlatego też można ją określić jako funkcyę dwóch poprzednich świadomości. Określenie to zyskuje jeszcze więcej na znaczeniu, jeżeli wrażenia pochodzące z otoczenia socyalnego zaliczymy do wrażeń świata zewnętrznego. Zrozumiałem się bowiem wtedy wyda, że jednostki, wzrastające w środowisku etycznem, będą etyczne w środowisku zaś zbrodniczem będą zbrodnicze, wobec czego dla wyjaśnienia natury zbrodniczej tylko wtedy sięgniemy do przyjęcia chorobowego stanu umysłu tj. zwyrodnienia moralnego (moral insanity), gdy dany zbrodniarz stał się nim mimo, iż wzrastał i rozwijał się w otoczeniu etycznem. Stanowisko, jakie człowiek zamyśla zająć w społeczeństwie, zależy od świadomości siebie, która, jeżeli jest chorobowo zboczoną, stwarza objawy urojeń wielkości, małości itd.

Świadomość własnej osoby nie daje się na sposób poprzednich zlokalizować w układy rzutowe, że jednak i ona musi mieć pewną lokalizacyę w pierwiastkach mózgowych, stwierdza to doświadczenie kliniczne, które poucza, że pewne psychozy uszkadzają tylko świadomość osoby, inne świadomość świata lub cielesności. Inne znowu psychozy niweczą tylko pewne obszary świadomości własnej osoby np. pamięć zdarzeń od pewnego okresu życia, podczas gdy pamięć zdarzeń, poprzedzających ten okres (pamięć lat dziecinnych u starców), jest zachowana. To zniszczenie tylko pewnych czasowo od reszty odgraniczonych wyobrażeń wskazuje na to, że wyobrażenia nasze układają się w korze warstwowo, przyczem czasowo najpóźniejsze stanowią najzewnętrzniejszą warstwę, analogicznie do uwarstwienia pokładów ziemi. Zarazem tłómaczy się zanik wyobrażeń, które najpóźniej zdobyto, tem, że nie miały one jeszcze czasu spotężnieć i utrwalić się przez częstą funkcyę, t. j. częste wywoływanie ich w pamięci.

Świadomość osobowości stanowi tedy najwyższą zdolność mózgu, która jako zjawisko świadomości samego siebie uchodziła po wszystkie czasy za nieodgadnioną zagadkę. Jest zaś ona tem niezwykłą, że sama siebie nie dostrzega, lecz dostrzega tylko tę osobowość, która była przed kilku chwilami, przed godzinami, latami itd. To też polega to na złudzeniu samego siebie, jeżeli się mniema, że się pozostało tym samym.

Pamięć stanowi zdolność pierwiastków nerwowych doznawania trwałych zmian pod wpływem chwilowych podniet, zatem zjawisko analogiczne n. p. z tem, na którem polega przyswojenie sobie przez stal siły magnetycznej. Czynność myślenia zależną jest od posiadania dawno zdobytych, a w pewien sposób uporządkowanych wyobrażeń, czyli przedstawia ona zwykle powtarzanie się tych samych stanów pobudliwości i w tym samym porządku, w jakim już poprzednio nieraz się zjawiały. Ten porządek, ujawniający się w prawidłowej czynności myślenia, tłómaczy się tem, że wyobrażenia są ze sobą w pewien sposób skojarzone i to u wszystkich ludzi w przybliżeniu w jeden i ten sam sposób. Główny środek do uzyskania pewnego porządku w wyobrażeniach stanowi mowa, dzięki której zyskujemy po części pewne zawilsze skojarzenia, stanowiące p o j ę c i a o d e r w a n e, czyli abstrakcyjne, oraz dzięki której uczymy się działać całemi grupami wyobrażeń i wyrażać stany osobowości, znane każdemu z nas z doświadczenia, jak miłość, nienawiść i inne afekty. Mowa jest więc tym środkiem, który układa wszystkie wyobrażenia raz na zawsze w stały porządek.

Czynność myślenia, równająca się ruchowi psycholizycznemu F e c h n e r a, może być uważana za ruch, wywołany podnietą, zjawiający się między ośrodkiem pojęcia zasadniczego *(A)*, a ośrodkiem pojęcia celowego *(Z)*, z tą tylko odmianą, że ten ruch nie zjawia się tylko w pewnej drodze nerwowej, lecz we wszystkich tych ośrodkach i drogach całego układu, które odpowiadają różnym, dawniej nabytym skojarzeniom. Czynność myślenia jest do pewnego stopnia ograniczona, albowiem tak samo, jak w jednostce czasu nie możemy dwóch rzeczy dostrzegać, lub je wykonywać, tak samo nie możemy w jednostce czasu równocześnie o dwóch rzeczach myśleć. Właściwość tę zowiemy j e d n o l i t o ś c i ą lub c i e ś n i ą świadomości. Tę jednolitą czynność nazywamy w codziennem życiu u w a g ą, jeżeli idzie o akt myślenia lub spostrzegania, — w o l ą, gdy chodzi o czynności lub o przebieg kojarzenia. Zarazem zauważamy, że im usilniejszą jest uwaga nasza przy myśleniu lub spostrzeganiu, n. p. wpatrywaniu się w dzieło sztuki, tem bardziej cichnie i przytłumia się w nas świadomość świata zewnętrznego, cielesności i reszty naszej osoby. Dzięki uwadze zdobywamy sobie coraz to nowe wyobrażenia, przyczem nazywamy właściwość utwierdzania wrażeń w pamięci z d o l n o ś c i ą z a p a m i ę t a n i a. Upośledzenie lub zniesienie tej zdolności może polegać na obniżeniu uwagi. Podobny stosunek, jak między uwagą a zdolnością zapamiętania, zachodzi między tą ostatnią a z d o l n o ś c i ą p r z y p o m i n a n i a. Jeżeli zdolność zapamiętania jest w pewnej chwili obniżona lub zniesiona, to tem samem upośledzoną lub zniesioną jest zdolność przypominania, czyli istnieje wówczas niepamięć zajść *(amnesia)* z czasów zniesionej zdolności zapamiętania. Wyjątek w tym względzie stanowi tylko n i e p a m i ę ć w s t e c z n a *(amnesia retroactiva)*, dotycząca zajść z czasu, w którym istniała prawidłowa zdolność zapamiętania. Upośledzenia świadomości aż do bezprzytomności zwiemy zajęciem czucia ogólnego (sensoryum) z poddziałami, jak sennością, śpiączką *(somnolentia, coma)*. U obłąkanych jednak spotykamy rzadko wybitne zajęcie sensoryum, często natomiast upośledzenie uwagi i zdolności zapamiętania.

Na przebieg czynności myślenia mają wybitny wpływ wzruszenia umysłu, czyli a f e k t y, dla których, równie jak dla bólu, niepodobna podać określenia. Co do bólu, to wiemy, że jest przeciwieństwem uczucia przyjemnego, że powstaje on pod wpływem bodźców silnych, uszkadzających nerwy, że jest afekcyą szarej substancyi rdzenia. Jest on zarazem pewnym sygnałem, danym żywym istotom, aby mogły unikać takich szkodliwości, które zagrażają szkodą układowi nerwowemu. To samo znaczenie, jakie mają ból i przyjemne uczucie w obrębie rdzeniowym, przypada w udziale afektom w narządzie świadomości, tylko że tu zjawisko afektu nie rozgrywa się wyłącznie w szarej substancyi. To, co dla świadomości własnej osoby jest korzystne, sprawia afekt miły, co zaś jej szkodliwe, — afekt przykry. Silne poruszenie umysłu zwiemy afektem, mierne n a s t r o j e m. W prawidłowych warunkach towarzyszy czynności myślenia, czyli wszystkim zawiłym sprawom kojarzenia, pewien umiarkowany co do natężenia afekt, nazwany przez G r i e s i n g e r a napięciem psychicznem *(tonus)*. Ten równomierny, w miarę podniosły nastrój, jako też i inne na wodzy utrzymane afekty zdrowego człowieka nie upośledzają jego czynności myślenia. Tę równomiernie spokojną czynność myślenia zwiemy s t a n e m z a s t a n o w i e n i a s i ę. W chwili silnych i nagłych afektów ginie zastanowienie, wyobrażenia kojarzą się nie wedle właściwego porządku, lecz podług jednostronnie dominujących wyobrażeń, które w chwilach wolnych od afektu znalazłyby zrównoważenie w wyobrażeniach im przeciwnych. W tym stanie może nawet nastąpić zastanowienie czynności myślenia. Stan ten zowiemy stanem braku opamiętania.

Ponieważ każdej czynności myślenia towarzyszy w warunkach prawidłowych pewien umiarkowany afekt, już to przyjemny, już też przykry, przeto znajdziemy w umyśle

każdego człowieka pewną grupę wyobrażeń, którym stale towarzyszy silny afekt przyjemny, obok innej grupy wyobrażeń, której znowu towarzyszy silny afekt przykry. Łatwość pobudliwości pewnych grup wyobrażeń, oraz łatwość ich odtworzenia zależy także od tego, czy one częściej czy rzadziej się wyłaniały. Dwa te warunki uwidoczniają się szczególnie wówczas, gdy idzie o grupy wyobrażeń, czyli myśli, mających stanowić bodziec do działania. Otóż w tem pojęciu rozumiemy przez prawidłową wartość wyobrażeń *(Normalwerthigkeit)* posiadanie przez każdego człowieka wyobrażeń, między sobą różnych tak co do towarzyszącego im afektu, jak i łatwości ich odtwarzania; skutkiem tej różnorodnej wartości posiadanych wyobrażeń zyskuje treść świadomości osoby pewna rozmaitość i indywidualny koloryt. Ta różnorodność wyobrażeń stwarza rozmaitość charakterów, których działanie w danych warunkach zawisło od ich różnorodnych wyobrażeń. Te wyobrażenia, które w tych warunkach stają się motywami działania, zatem wyobrażenia nadwartościowe *(überwerthige Vorstellungen)* nie dają się pokonać wyobrażeniom, pozostającym z nimi w przeciwieństwie i ztąd stają się bezwarunkowem założeniem działania. Tak więc pojęcie czci, wstydu i t. p. są motywami kierowniczymi w działaniu jednostek etycznych. Jeżeli od czynności świadomości domagamy się, by się w niej uwidoczniała prawidłowa wartość wyobrażeń, to w stanach obłąkania spotykamy częste w tym względzie zboczenia. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Cramer: **O wgnieceniu przodującej główki w położeniu Walcherowskim przy zwieszonych nogach.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 2, 1901). Przy ułożeniu rodzącej w pozycyi Walcherowskiej główka daje się w uśpieniu przepchnąć do miednicy małej. Najlepiej jest uciskać albo dłoniami, albo pięściami z góry ku dołowi, z siłą 70—90 kilogr.; największy ucisk należy wywierać na tyłogłowie, jako największą część czaszki, która najtrudniej przechodzi przez miednicę. Przy przodowaniu kości bocznej przedniej należy uciskać od przodu ku tyłowi; przy przodowaniu kości bocznej tylnej — odwrotnie, największy ucisk wywierać od tyłu.

Druga osoba powinna kontrolować przez pochwę skutek ucisku; jeżeli niema kto kontrolować, to pokryć powłoki kompresem, zamaczanym w rozczynie sublimatu i ucisk wywierać rękami czystemi; — tak więc w każdej chwili ręce będą gotowe do kontroli. Jeżeli główkę udało się wepchnąć do miednicy małej, należy poród ukończyć kleszczami, aby nie czekając na bóle parte po uśpieniu, zapobiedz obumarciu płodu.

Przy wykonywaniu tego ucisku nie zagraża matce żadne niebezpieczeństwo; jest ono w każdym razie mniejsze od niebezpieczeństwa przy operacyach, które się przy tego rodzaju ścieśnionych miednicach wykonuje, jak kleszcze wysokie, wymóżdżenie, cięcie łonowe, lub cięcie cesarskie. Uciskając na dolny odcinek macicy, chociażby silnie rozciągnięty i to ze znaczną siłą, gnieciemy wprawdzie ścianę macicy, główny jednak ucisk wywieramy zapomocą główki na miednicę; w miarę wtłaczania główki do miednicy małej i do pochwy zmniejszamy pojemność macicy, a więc i usuwamy niebezpieczeństwo pęknięcia. Dla dziecka niebezpieczeństwo jest takie samo, jak przy zakładaniu kleszczy wysokich, t. j. zgniecenie częściowe czaszki. Wgniatanie to należy robić tam, gdzie mamy rozstrzygnąć, czy główka może się urodzić drogą prawidłową. Jeżeli wgniatanie nieda żadnego wyniku, tam i kleszcze wysokie będą bezskuteczne, a więc i płód żywy drogą prawidłową urodzić się nie może. *P.*

Prof. Gaertner (Jena). **Usuwanie odpływów miejskich.** *(Berl. klin. Wochs.* 1901, Nr. 7, 8). Odpływy miejskie (Abwässer) składające się z pomyj kuchennych, odpływów fabrycznych, wód kloacznych i ścieków ulicznych tj. wody deszczowej, wynoszą na dobę i głowę średnio 150 litrów dziennie, czyli 54·75 metrów sześciennych rocznie. Jeżeli odpływów tych nie usuwa się dość szybko, to przesiąkając w grunt wywołują one znaczne jego zawilgocenie i zanieczyszczenie, ułatwiając niepomiernie rozwój drobnoustrojów, które z nimi do gruntu się dostają, a niejednokrotnie są chorobotwórcze. Odźwierciedla się to w znacznej śmiertelności z chorób zakaźnych. Przed zaprowadzeniem statystyk tych chorób zauważono już, że odpływy miejskie zawilgacają grunt i stąd oddawna starano się je usunąć zapomocą budowy ścieków i kanałów, wogóle jednak dowolnej i nieracyonalnej. W wielu jeszcze miastach niemieckich istnieją takie nieregularne kanały, stawiane bez planu, z podoszwą przepuszczalną, a więc znakomicie grunt zanieczyszczające. W Niemczech pierwszy Hamburg w r. 1842 zaprowadził u siebie racyonalną kanalizacyę, za nim poszła Altona i Frankfurt; Gdańsk pierwszy w r. 1871 kanały swoje wyprowadził na pola irygacyjne. Upłynęło jednak lat przeszło dwadzieścia, zanim dobre te przykłady pociągnęły w Niemczech szersze naśladownictwo, przyczem uczono się racyonalnej kanalizacyi od inżynierów angielskich. W Anglii sprawa ta znacznie dawniej została załatwioną i to nietylko co do odprowadzenia odpływów poza miasto, ale i co do dalszego ich usunięcia. Tam jednak powszechnie przyjęło się wpuszczanie kanałów do rzek i strumieni, które wywołało w następstwie niesłychane zanieczyszczenie wód płynących, chociaż już od końca 18go wieku znano w Anglii system pól irygacyjnych. Pouczeni smutnem doświadczeniem Anglików, wzięli się Niemcy do zakładania takich pól których działanie polega naprzód na odsączeniu cząstek, w odpływach zawieszonych, a następnie na utlenieniu zawieszonych i rozpuszczonych substancyi, jak organicznych związków węgla na kwas węglowy, azotu organicznego pochodzenia na kwas azotowy, siarki na kwas siarkowy, skąd potem bierze pokarm, przynajmniej częściowo, roślinność pól irygacyjnych. Władze rządowe pruskie, oparte na zdaniu tzw. „naukowej deputacyi zdrowotnej“, konsekwentnie zakazywały wpuszczania wód kanałowych do rzek, popierając zakładanie pól irygacyjnych, a nie uwzględniając uchwał niemieckiego Towarzystwa higienicznego, które za wpływem interesowanych ekonomicznie miast, nie chcących zaprowadzać kosztownych pól irygacyjnych, zapędziło się zadaleko, zaznaczając wielokrotnie, że wprawdzie najlepszym systemem są pola irygacyjne, że jednak wpuszczania kanałów do rzek zakazywać należy tylko wyjątkowo.

Z czasem złagodziło Tow. higieniczne swoje zdanie, władze zaś również porzuciły stanowisko nieprzejednane, dozwalając na wpuszczanie kanałów do rzek tam, gdzie stwierdzono dostateczne samoodkażanie się (Selbstreinigung) wód rzecznych. Tymczasem w Anglii zabrano się energicznie do poprawy złego i zmuszono miasta do zaprowadzenia pól irygacyjnych. W wielu miejscach jednak pola te z powodu braku odpowiednich przestrzeni były za małe, nie działały dobrze i dlatego zwrócono się do chemicznych i mechanicznych sposobów klarowania wód kanałowych. W ten sposób oczyszczone wody dopiero wpuszczano do rzek; jeżeli oczyszczenie nie było dostateczne, przeprowadzono je przed wpuszczeniem do rzek jeszcze przez pola irygacyjne. W Niemczech pierwszy Frankfurt n. M. zaprowadził w r. 1887 klarowanie, a zarazem i odkażanie swych wód kanałowych zapomocą wapna i ałunu. Na czysto mechaniczne klarowanie nie dozwoliły tam władze sanitarne państwowe.

Za przykładem Frankfurtu poszło kilka innych miast, nie posiadających pól irygacyjnych. Najbardziej rozpowszechnione jest klarowanie sposobem Röckner-Rothego, oparte na zasadzie filtrowania i zastosowaniu wapna. Klarowanie z pomocą środków chemicznych usuwa z wód kanałowych cząstki w nich zawieszone, natomiast prawie nie wpływa na substancye, rozpuszczone w tych wodach. Pod działaniem wapna nie zmniejsza się ani ilość substancyi organicznych, ani azotu; pod tym względem od sposobów chemicznych nie jest gorsze prosto mechaniczne osadzanie, zastosowane dostatecznie długo. Natomiast posiada klarowanie chemiczne wyższość nad mechanicznem pod względem baktoryologicznym, użyte środki bowiem albo wprost niszczą bakterye lub otaczają je i zabierają ze sobą na dno osadników. Pozostający po klarowaniu szlam jest dla rolnictwa bezpożyteczny; stąd usunięcie go z zakładów, klarujących wody kanałowe, jest zdaniem niełatwem. Oprócz tego jednak okazały się w klarowaniu inne niedogodności: dodatek wapna w nadmiarze, stosowany w celu niszczenia bakteryi, wywoływał strącanie się węglanu wapniowego w rzekach, do których klarowane wody wpuszczano, i tworzenie się ławic, w których gniły spłókane z węglanami substancye organiczne; przytem klarowanie jest drogie. Z tego powodu ograniczono dodawanie środków chemicznej do koniecznego „minimum“, a klarowanie tylko do tych odpływów, które go koniecznie wymagały. Stąd powstał system rozdzielania odpływów, t. j. zbierania wód kloacznych i domowych w jedną, a wód deszczowych w drugą, odrębną sieć kanałową. Pierwsze klarowano, drugie wpuszczano wprost do rzek. System ten zastosowano z powodzeniem na szerszą skalę w Anglii i w Ameryce. W Niemczech nie dość się on jeszcze rozpowszechnił. Niedogodności i kosztowność pól irygacyjnych i zakładów klarowania zwróciły tymczasem uwagę znowu na wpuszczanie nieoczyszczonych wód kanałowych do rzek, przyczem liczono na własność rzek samoodkażania się (Selbstreinigung). Wielkie wątpliwości, jakie pod tem względem wzbudziła epidemia cholery w Hamburgu, ustały z chwilą wykaza-

nia, że cholera szerzy się wprawdzie wzdłuż rzek, jednak nie zawsze z ich biegiem, lecz najczęściej przeciw biegowi: najczęstszym przenośnikiem zarazy okazała się więc nie woda rzeczna, lecz ludność nadbrzeżna. Ostatecznie ustaliło się zdanie, że wpuszczanie wód kanałowych do rzek jest dopuszczalne, jeżeli ludność nadbrzeżna nie używa wody rzecznej w tej części biegu, gdzie woda jeszcze się nie oczyściła i jeżeli w korycie nie osadzają się ławice szlamowe. W r. 1892 poraz pierwszy dozwolono w Niemczech miastu Monachium na wpuszczenie wód kanałowych do Izary. Oczywiście pozwoleń takich odmawiano i nadal tam, gdzie na samoodkażanie się wody rzecznej liczyć nie można. W każdym razie wymagać należy, aby wody, wpuszczane do rzek, były oczyszczone z grubych zanieczyszczeń, co uzyskać można zapomocą osadzania w odpowiednich osadnikach. Nie należy też zapominać o tem, że dur brzuszny szerzy się napewno z biegiem rzek, a niekiedy szerzy się tak i cholera, dlatego wpuszczanie wód kanałowych do rzek tam tylko powinno być dozwolone, gdzie na dużej przestrzeni poniżej miasta nikt wody rzecznej nie używa. Odkażania wód kanałowych można zaniechać, z wyjątkiem okresów panujących w mieście epidemij. Wówczas odkażenie należy wykonywać już po oczyszczeniu wód z grubsza, najlepiej zapomocą chlorku wapna (1 kg. na 15 m. sz. przez 2 godziny). Gdzie nie można dozwolić na wpuszczanie bezpośrednie wód kanałowych do rzek, tam pozostaje wybór między polami irygacyjnemi i klarowaniem, którego wiele ulepszonych sposobów podano w czasach ostatnich. *Z.*

Dr. Eitelberg (Wiedeń). **Przyczynek do zachowawczego i chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego.** (*Wiener med. Presse*, Nr. 52 i 53, 1900). Na podstawie dwóch dokładnie spostrzeganych i opisanych przypadków określa autor swoje stanowisko w sprawie wskazań do operacyi otwarcia wyrostka sutkowego. Wykazując, jak często przypadki, pozornie się nadające do zabiegu chirurgicznego i nawet do niego już przeznaczone, przecież zostały wyleczone drogą zachowawczą, występuje E. przeciw polypragmazyi pewnych otyatrów, którzy po krótkiej praktyce, przy małem jeszcze doświadczeniu, chcą wyrobić sobie sławę przez ogłoszenie licznych, przez się wykonanych „operacyj radykalnych". „Każde ropienie uszne ma być poddane umiejętnemu leczeniu; nie wolno jednak strzelać na wróble z dział i dla przypuszczalnych obaw w przyszłości niszczyć to, co jeszcze posiada teraźniejszość". Trepanacya wyrostka sutkowego bynajmniej nie jest zabiegiem obojętnym nawet w naszych czasach, by ją wykonywano bez koniecznej, nieodzownej potrzeby, a już samo uśpienie i obrabianie przez dłuższy czas czaszki młotkiem nie są zawsze wolne od nieprzyjemnych następstw, na które wolno człowieka narazić tylko wtenczas, kiedy idzie o ocalenie zagrożonego życia. *Spira.*

Japha (Berlin). **Leukocyty w przebiegu chorób narządu trawienia u osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, T. 53, Zeszyt II). Na podstawie badań, wykonanych na większej liczbie osesków, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Opisywana przez niektórych autorów limfocytoza w przebiegu chorób jelitowych u osesków nie istnieje. W przebiegu żadnej z chorób jelit liczba limfocytów przeciętnie nie przekracza liczby limfocytów, znajdowanej u osesków zdrowych. Prawdą jest, że u osesków zdrowych znajdujemy znacznie więcej limfocytów, aniżeli u osób dorosłych. 2) Rozróżnianie chorób jelitowych u osesków przez oznaczenie stosunku zawartości ciałek białych jest niemożliwe, gdyż żadna z chorób jelit nie posiada właściwej sobie liczby ciałek białych. 3) Wśród pewnych warunków w przebiegu chorób jelit u osesków zauważono leukocytozę wielojądrzastą, która jest objawem zatrucia jadem gnilnym lub toksynami prątków chorobotwórczych i świadczy o ciężkiem schorzeniu; rokowanie nie jest atoli zupełnie niepomyślne. *Jan Landau.*

Kimla i Scherer (Praga). **O wrodzonych, niezapalnych zwężeniach prawego ujścia tętniczego, spowodowanych przez nieprawidłowość w rozwoju zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, T. 53. Zeszyt II). Na podstawie protokołu sekcyjnego u dziecka jedenastomiesięcznego, u którego rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Bronchopneumonia bilateralis, stenosis et insufficientia ostii arteriosi dextri*, a sekcya wykazała zgrubienie zastawek półksiężycowatych tętnicy płucnej, niedomykalność i zwężenie prawego ujścia tętniczego, znaczny przerost warstwy mięsnej komory prawej, oraz na podstawie badania histologicznego autorzy dochodzą do następujących wniosków: 1) Zwężenia wrodzone prawego ujścia tętniczego, spowodowane przez zgrubienie i nieporuszalność zastawek półksiężycowatych, nie muszą zawsze być następstwem zapalenia śródsierdzia w czasie życia płodowego; w niektórych przypadkach może chodzić o zwykłą nieprawidłowość rozwojową. Należy przeto wszystkie przypadki, kończące się śmiercią, badać histologicznie. 2) Przy przeroście prawego serca, powstałym w następstwie wrodzonego zwężenia prawego ujścia tętniczego, stłumienie serca u dzieci powiększa się ku stronie lewej, gdyż serce w takich przypadkach zachowuje położenie płodowe. 3) Szmery niedokrewne w sercu mogą u noworodków powstać po krwotokach: wywiady tu odgrywają ważną rolę. 4) Pojawiające się przy wrodzonych wadach serca sine zabarwienie skóry i błon śluzowych może być zmniejszone przez zabarwienie żółtaczkowe lub zabarwienie czerwono-fiołkowe w przebiegu ogólnego zakażenia. *Jan Landau.*

H. H. Young. **Nowy sposób wyłuszczania pęcherzyków nasiennych i ich przewodów, wypróbowany na dwóch chorych.** (*Archiv Langenbecka*. T. 62, Z. 3). Autor jest zwolennikiem bardzo radykalnych operacyj wobec gruźlicy narządu płciowego. Droga przez kość krzyżową lub międzykrocze wydaje mu się mało wygodną. Więc też na dwóch swych chorych zastosował nową metodę. Polega ona na tem, że przecina się powłoki brzuszne w linii środkowej od spojenia łonowego aż do pępka; tu dodaje się jeszcze cięcie poprzeczne, nie przecina jednak otrzewnej, którą na tępo odłuszcza z pęcherza aż do zatoki Douglasa; odsłania się tylną ścianę i dno pęcherza, wyłuszcza dokładnie pęcherzyki i przewody nasienne, nadciąwszy (od wewnątrz) otwór wewnętrzny przewodu pachwinowego, wciąga przezeń jądra z moszen i tak w dalszym ciągu wydala schorzały narząd. Gdy potrzeba, otwiera się pęcherz, wycina i wyskrobuje ściany, zajęte gruźlicą; tak samo w potrzebie postępuje z gruczołem krokowym. Dwóch jego chorych (ale amerykanów!) wytrzymało nawet taką operacyę! *Herman.*

Leven-Elberfeld. **Olejek terpentynowy w chorobach grzybkowych skóry, a w szczególności w łupieżu pstrym i liszaju wyłysiającym.** (*Monatshefte f. praktische Dermatologie*, Nr. 4, 1901). Autor przyznaje, że zalecony przez niego lek w chorobach grzybkowych skóry już stosowano (Lucke, Saalfeld), jednak nie znalazł on takiego rozpowszechnienia, na jakie zasługuje. Używał go z wynikiem bardzo dobrym w łupieżu pstrym i liszaju wyłysiającym plamistym. Zapomocą wacika, napojonego olejkiem terpentynowym, naciera się przez 5 minut codziennie chorobowe ogniska; jeśli zmiany są na bardzo wielkiej przestrzeni, naciera się tylko ograniczone przestrzenie, aby uniknąć nieprzyjemnego ubocznego działania leku. W liszaju wyłysiającym pęcherzykowatym, który tak często występuje na twarzy po goleniu, używa autor leku w ten sposób, że napaja nim wełniane płatki, większe nieco od ognisk chorobowych i przykłada je na miejsca chore, zmieniając je rano i na noc. Skutkiem ciągłego działania olejku terpentynowego oddzielają się powierzchowne warstwy naskórka, zazwyczaj już w kilka dni i powstaje zapalenie ostre sączące (*Dermatitis acuta madidans*), które choremu sprawia pieczenie przy dalszem używaniu leku. Należy wtedy leczenia olejkiem zaprzestać, a użyć maści obojętnej i pudru. Nawroty choroby przy takim sposobie leczenia nie występowały.

W innych chorobach skóry, polegających na tle pasorzytniczem (*Eczema mycoticum, favus*) leku tego autor nie używał, ale radzi wypróbować go na odpowiednich przypadkach. *Dr. Żydłowicz.*

E. Adler. **O przemijającej cukrzycy w jednym przypadku ostrego zatrucia morfiną.** (*Prager med. Wochenschrift*, XXV, Nr. 29, 1900). A. opisuje przypadek z kliniki prof. Jakscha w Pradze, dotyczący 20-letniej chorej, która zażyła około 10 ctm.^{3} pięcioprocentowego roztworu morfiny. Obok objawów ostrego zatrucia morfiną: swędzenia, zwężenia źrenic, osłabienia serca, nieregularnego oddechu i obniżenia ciepłoty ciała poniżej prawidłowej, wystąpił rumień plamisty na obu policzkach i stosunkowo dość znaczna przemijająca cukrzyca.

Badanie moczu (1000 ctm., c. 1022), oddanego w 24 godzin po zażyciu morfiny, wykazało nieznaczną ilość białka, które atoli odpowiednio do badania drobnowidowego osadu pochodziło od miernego stopnia białych upławów; natomiast próby na cukier dały wynik dodatni. Po zupełnem usunięciu białka z moczu badanie przyrządem polaryzacyjnym wykazało skręcenie płaszczyzny polaryzacyjnej na prawo o 0·32°, co odsetkowo odpowiada ilości 0·719 cukru gronowego, a przy ilości moczu 1000 oznacza 7·62 cukru gronowego.

Mocz oddany po upływie 24 godzin wynosił ilościowo 500 ctm. przy c. g. 1020 i zawierał jeszcze ślady cukru gronowego, poczem badanie, wykonywane przez kilka tygodni codziennie, dało zawsze wynik ujemny.

A. sądzi, że przypadek ten jest równie dowodem, że ostre zatrucie ustroju morfiną jest w stanie znacznie obniżyć granicę przyswajania cukru gronowego przez ludzki ustrój. *Nartowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Horowitz (Wiedeń). **Melan, nowy środek, przyśpieszający gojenie.** (*Centralblatt für die ges. Therapie*, zeszyt XI 1900). Autor stosował melan w przypadkach twardego lub miękkiego wrzodu, w wrzodkach podudzia, liszaju napletka, oparzeniach wszystkich stopni, — wogóle w najrozmaitszych postaciach obrażeń lub wyprysków skóry, otrzymując zawsze nadspodziewanie dobre wyniki. Sposób użycia był następujący: po obmyciu i osuszeniu owrzodzenia przykłada się nań wyjałowioną gazę, dobrze napojoną melanem, poczem przykrywa się kawałkiem batystu Bilrotha, a na to opaska kalikotowa. Opatrunek taki pozostaje zwykle 3—4 dni; — już po trzeciej zmianie opatrunku owrzodzenie jest zwykle zagojone. Można także melan stosować jako maść w połączeniu z żółtym woskiem (2:3 lub 1:3), albo też jako ciasto. Wyniki dotychczas otrzymane są wielce zachęcające. *Dr. Henryk Pisek.*

Aspiryna. Noorden uważa aspirynę za równie cenny środek, jak kwas salicylowy, z tą jednak różnicą, iż chorzy lepiej znoszą aspirynę, aniżeli salicylan sodowy. Noorden podawał ją chorym na cukrzycę, przy jednoczesnem zastosowaniu odpowiedniej dla tych chorych dyety, i przekonał się, iż po okresie 2—3 tygodniowym takiego leczenia, chorym tym można było podawać następnie w pokarmie 90—180 grm. chleba lub równoważnych ilości innych wodników węgla bez obawy pojawienia się w moczu cukru (*Deutsche Praxis*, 1900). Müller stosował aspirynę w różnych cierpieniach gośćcowych, nerwobólach, w przypadkach zapalenia opłucnej, nieżycie pęcherza mocz., a na podstawie otrzymanych wyników stwierdza, iż aspiryna przewyższa w działaniu kwas salicylowy, nie sprawia chorym dolegliwości i może być podawaną przez czas dłuższy (*Wien. klin. Rundschau*, 1900). Również Grawitz stosował aspirynę i stwierdził, iż w ostrym gośćcu stawowym działanie tego środka szczególnie wtedy jest pewne, jeżeli w ciężkich przypadkach podamy w pierwszym dniu 5 grm. aspiryny, rozdzielone w dawkach na całą dobę równomiernie, a nie li tylko na dzień z pauzą nocną, gdyż zauważył, iż przerwa w podawaniu tego środka wpływa ujemnie na jego skuteczność w działaniu. W następnych dniach podaje się dawki 24-godzinne po 4, 3, 2 grm. O skuteczności działania aspiryny wyrażają się dodatnio w swoich publikacyach również Wolffberg (*Wochenschft. f. Therapie u. Hygiene des Auges* 1900), Rénon (*Bull. et mémoir. de la Soc. medic.*, 1900) i Combemale et Em. Petit (*L. Echo Med.*, 1900). *Dr. Ig. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 15 lutego 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck, obecnych członków 38.

I. Kol. Beck zawiadamia o śmierci kolegi Wolańskiego. Pamięć zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

II. Kol. Stachiewicz interpeluje Zarząd w sprawie nieogłoszenia w dziennikach politycznych wyniku wyborów Zarządu Tow na rok bieżący. Sekretarz w odpowiedzi przyrzeka ogłosić wynik w najbliższym czasie.

III. Wybór Komisyi przemysłowo-lekarskiej, proponowanej przez Zarząd, nie przyszedł do skutku. Zarządowi polecono ułożyć nową listę.

IV. Kol. Marischler przedstawia chorego, u którego rozpoznaje wrodzoną wadę serca, a mianowicie zwężenie ujścia tętniczego prawego.

V. Kol Barącz przedstawia chorą, u której rozpoznaje wrzód pierwotny kiłowy na barku. Kol. Łukasiewicz natomiast uważa to owrzodzenie za zmianę drugorzędną, a mianowicie za rozpadłą wysypkę guzkową.

VI. Kol. Spalke przedstawia chorego z bardzo licznymi różnej wielkości polipami w krtani. Mikroskopowo przedstawiają się one jako włókniaki.

VII. Kol. Slęk przedstawia 2 chore z uleczonymi wrzodami podudzia. Leczenie przeprowadzono opatrunkami żelatynowo-cynkowymi.

VIII. Kol. Herman przedstawia 2 chore: a) przypadek zajmujący ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Chora, wskutek licznych obrażeń czaszki, utraciła zupełnie pamięć i przytomność. Jako jedyny świadek napadu i dokonanego mordu, nie mogła udzielić sądowi żadnych wyjaśnień. Po wyjęciu odłamków z jamy czaszkowej i zagojeniu się ran, odzyskała mowę i pamięć. — b) Chora z liszajem żrącym na kończynach górnych i dolnych. U chorej tej, o ile z wywiadów sądzić można, na tle wrzodu długotrwającego na policzku przyszło do nowotworowego bujania. Nowotwór mikroskopowo badany okazał się mięsakiem, a nie jak przypuszczano, rakiem. Byłby to więc drugi znany przypadek powstania mięsaka na tle owrzodzenia toczniowego. (Emil Tauffer opisuje *Virch. Arch.* T. 151 podobny przypadek jako pierwszy znany).

W dyskusyi zwraca kol. Łukasiewicz uwagę na możliwość powstania tu mięsaka bez tła tocznia; do dat zaś wywiadowych nie przywiązuje wagi. *Dr. Krzyszkowski*, sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 marca 1901

* Do Nru dzisiejszego dołączamy odezwę grona lekarzy polskich, którzy przystępują do wydawania we Lwowie Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich.

Wiemy dobrze, że o wartości karmi tak cielesnej jak duchowej stanowi jakość a nie ilość, oraz, że w piśmiennictwie lekarskiem polskiem zachodzi potrzeba nie rozszerzenia, lecz pogłębienia. Z drugiej jednak strony znany nam jest niemniej fakt, że polska prasa lekarska nie posiada do tej pory organu, poświęconego wyłącznie medycynie teoretycznej, i że autorowie, zamierzający ogłosić pracę z zakresu ściśle umiejętnego, trafiają na trudności niepokonalne, zwłaszcza jeśli rozprawa jest obszerna, a przytem zawiera tablice i rysunki. W tych warunkach niezbędnem było stworzenie nowego typu czasopiśmienniczego, któryby wypełnił tę rażącą lukę i stał się organem dla medycyny umiejętnej. Z tego stanowiska zapatrując się na racyę bytu powstać mającego »Archiwum«, dopatrujemy w nowem wydawnictwie rzetelnego dowodu postępu, który z najwyższą wdzięcznością dla autorów i uznaniem dla ich szczęśliwego pomysłu powita ogół lekarzy polskich.

Odzywając się w tej sprawie do naszych czytelników, zatem do ludzi o zdaniu wyrobionem, zbyt dobrze to rozumiemy, że pragnąc zapewnić nowemu wydawnictwu życzliwe poparcie lekarzy polskich, nie wolno nam wystąpić z przynętą szumnego frazesu; ograniczamy się więc tylko do zwrócenia uwagi na imiona mężów podpisanych na odezwie, które nam dają zupełną rękojmię, że sprawa wydawania »Archiwum« została jak najdoskonalej obmyśloną, przygotowaną i opiera się na bezpiecznych podstawach trwania i rozwoju materyalnego i umysłowego.

Z naszej strony życzymy redakcyi »Archiwum«, ażeby na obranej drodze doczekała się tej najwyższej nagrody, którą jest wewnętrzne przekonanie, że pracując w winnicy ducha bez oglądania się na zapłatę, spełnia moralny obowiązek, nakazany rozwojem polskiego piśmiennictwa lekarskiego i powołaniem do życia Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim

* Ze sprawozdania krakow. Towarzystwa Ratunkowego za rok 1900 dowiadujemy się, że w roku tym udzieliło Towarzystwo pierwszej pomocy w 2991 przypadkach (2206 w dzień i 785 w nocy); w szczególności zaś: w nagłych zasłabnięciach 785 razy; w przypadkach chirurgicznych 1712; w samobójstwach 35; w porodach i poronieniach 104; w obłąkaniu 49; w przypadkach zaszłej nagle śmierci 48 rany. Przewieziono 861 razy, a z tych wozem dla chorób zakaźnych 62 osób.

Główną, jeśli nie wyłączną, działalność sprawowali medycy wyższych kursów. Prezesem Towarzystwa był prof. B. Wicherkiewicz wiceprezesem Doc. Braun, sekretarzem Dr. Śliwiński.

* Na fundusz im. śp. Napoleona Kostaneckiego dotychczas złożyli: 1) profesorowie i docenci Wydziału lekar. w Krakowie 608 kor. 2) Lekarze lwowscy za pośrednictwem Dr. Feuersteina 119 kor. Dr. Grodecki (5 rubli) 12 kor. 64 h. Dr. Bier 20 kor. Dr. Gliński 4 kor, Dr. Zanietowski (senior) 3 kor. Dr Zanietowski (junior) 3 kor. Dr. Gwiazdomorski 5 kor. Dr. Hirsch H. 6 kor. Dr. Murdzieński 4 kor. Razem 784 k. 64 h.

Składki na powyższy cel uprasza się nadsyłać pod adresem: prof. Bujwid (Kraków. ul. Kolejowa, 3).

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali: w Uniw. lwowskim Adam Zyg. Kołaczkowski; w Uniw. Jag Emil Bobrowski.

* W austryackiej Radzie państwowej wypomniał poseł Kozłowski ministrowi wojny jego bezpodstawne zarządzenie, zabraniające lekarzom wojskowym brania udziału w IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

* Prezydent ministrów austryackich, jako kierownik ministeryum spraw wewnętrznych, przedłożył dn. 1 b. m. Izbie Panów projekt do prawa, mocą którego zostałyby rozwiązane grem a chirurgów, a ich fundusze przekazane Izbom lekarskim.

* Dr. Beadles, neurolog angielski, ogłosił statystykę z zakresu swojej specyalności, opartą na 1000 przypadkach, spostrzeganych w szpitalach. Z pracy tej wynika, że największa liczba chorób układu nerwowego przypada w Anglii na żydów: porażenie postępowe zdarza się u żydów o 60% częściej, niż u nie żydów. Wniosek ten staje w sprzeczności z powszechnie wyznawaną teoryą, że na powstanie porażenia postępowego głównie wpływa zakażenie kiłowe i nadużywanie wyskoku, t. j. sprawy, które właśnie rzadziej zachodzą u żydów, niż u innych narodów. A natomiast statystyka ta Dr. Beadlesa przemawiałaby raczej zatem, że porażenie postępowe najczęściej jest wynikiem bezustannego wytężenia władz umysłowych, co jest w istocie cechą spekulacyjnego umysłu u żydów; godzi się też dodać, że porażenie postępowe nawiedza głównie warstwy wykształcone, a nie robocze, pomimo że kiła i opilstwo grasują co najmniej tyleż w niższych warstwach społecznych, co i w wyższych.

* Sprawa walki z zakażeniem zimniczem nabiera we Włoszech pod kierunkiem higienisty Celli doniosłości ustawowej. Projektowana ustawa obejmie 5 paragrafów i dotyczyć będzie: obowiązkowego donoszenia władzom, bezpłatnego rozdawania chininy ubogim i walki w porze letniej z owadami

* W Japonii w niedługim już czasie powstać ma osobny uniwersytet dla kobiet. Jedna bogata rodzina w Tokio ofiarowała obszerny grunt pod budynki uniwersyteckie, a trzech zamożnych mieszczan złożyło 600.000 fr. na koszta budowy. Panny japońskie z najlepszych rodzin wpisują się gromadnie do nowej instytucyi, głównie na medycynę i politechnikę.

Mianowania i odznaczenia. Doc. chirurgii w Wrocławiu Dr. Henle otrzymał tytuł profesorski. Doc. Cristiani mian. został prof. higieny w Genewie. Profesorowie nadzwyczajni Janowski i Botkin mian. zostali profes. zwycz. w Petersburgu Dr. Świątecki mianow. został lekarzem naczelnym budującej się kolei Warszawa-Kalisz.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludw. Kozubski lat 48, lekarz kolejowy w Nowym Sączu. Dr. Rossander b prof. chirurgii zmarł w Stokholmie. Prof. pedyatryi Tołmaczew zmarł w Kazaniu Prof. chirurgii Dr. Newison, zmarł w Clewelandzie.

Zapiski bibliograficzne.

— *Postęp Okulistyczny* (luty) Bednarski: Przyczynek do kazuistyki zaćm żelaznych. Wicherkiewicz: Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce (dok.).

— *Krytyka Lekarska* Nr. 3: Lewin: Wody mineralne, stacye klimatyczne i sanatorya krajowe. Szokalski: Pamiętniki.

— *Medycyna* Nr. 10: Kossobudzki: Trzy przypadki otrucia nalewką i wyciągiem płynnym konopi indyjskich. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.).

— *Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego* Z. IV: Hołowiński: O fotografii tonów serca. Zaremba: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 10: Męczkowski: Przyczynek do nauki o tężyczce. Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (c. d.).

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 3: Żydłowicz: O leczeniu poronnem rzeżączki. Stasiński: O leczeniu t. zw. „uleus corneae serpens.“ Szuman: Przyczynek do chirurg. leczenia kamieni żółciowych (c. d.). Zanietowski: O przyrządach służących do faradymetryi.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 10: Braber: Otrava zmiji (dok). Záhor: O klasyfikaci příčin úmrti dla Bertillona. Steppan: Smrt v coma diabeticum po úraze.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10: Englisch: Nacieczenie rakowe pęcherza moczowego. Schuman-Leclercq: Doświadczenia nad wpływem pożywienia na wytwarzanie się acetonu, czynione na samym sobie. Markl: Przyczynek do sprawy znajdowania się prątków gruźliczych w maśle i margarynie na rynku wiedeńskim.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 10: Schwalbe: Wpływ roczczynów solnych na morfologię skrzepu. Dennig: O zmianach pałeczkowatych w palcach rąk i nóg. Krause: Przyczynek do wiedzy o powikłaniach ospy wietrznej Müller: O hedonalu. Ortmann: Kliniczny przyczynek do schorzeń przełyku wskutek wrzodu trawiennego (e digestione). Riedel: Prosta pętlica do wyciągania chirurgicznego. Meinel: Przypadek bąblowca jednokomorowego w nerce. Weichardt: Technika szczepienia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10: A. Beck i L. Rabinowitsch: Dalsze badania nad wartością Arloing-Courmontowskiego odczynu surowiczego w gruźlicy, zwłaszcza dziecięcej Gregor: Godny uwagi i niewyjaśniony co do przyczyny wynik badania przysłuchowego u oseska. Maass: Doszczętna operacya dziecięcej przepukliny. Tautz: Nowy przyrząd do rozpoznawania zboczeń kręgosłupa. Lipliawsky: Nowa metoda nieomylnego wykazania kwasu acetylooctowego w moczu. Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli (Dokoń). Steffeck: Przyczynek do leczenia macicy chorobowo ustalonej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 10: Lassar: Przyczynek do leczenia rakowca Ehrlich i Morgenroth: O hemolizynie. Strauss: Przyczynek do rokowania w raku odźwiernika po enterostomii. Koch i Coenen: Postępy we Włoszech nad badaniem zimnicy. Jacob: W sprawie odkażania cewników

— *La Semaine médicale* Nr. 9: Quervain Leczenie spodziectwa (*hypospadias*).

— *La Presse médicale* Nr. 19: Jeanselme: Walka z trądem w Indo-Chinach francuskich; projekt ustawy w celu zapobiegawczym. Trousseau: Opuchlina powiek przyrody dnawej.

Redakcya otrzymała:

Kornfeld: Ueber die Beziehungen der Blutbeschaffenheit zum Blutdrucke resp. zur Nervenerregbarkeit und über den »Fersan« in der Therapie der Neurosen. Markus: Zur Behandlung der Bleichsucht mit »Fersan.« S. Sterling: 1) Variola und Phthisis. 2) Sprawozdanie z r. 1899 i 1900 z oddziału dla chorych piersiowych w szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi. Prof. Jordan i prof. Mars: O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem Doc. Dr. Marchlewski będzie mieć wykład „O pokrewieństwie barwika krwi z chlorofilem.“

Ogólne doroczne XXVI Zgromadzenie członków Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbędzie się we wtorek dn. 19 bm. o godz. 6-tej wieczorem w sali wykładowej kliniki lekarskiej Uniw. Jag. (ul. Kopernika 15). Na Zgromadzenie to mam zaszczyt prosić P. T. PP. członków.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 23 Marca 1901. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mieszany. *(Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides).*

Podał

Dr. Józef Krzyszkowski.

asystent instytutu.

Zanim opiszę szczegółowo spostrzegany przezemnie przypadek, pozwolę sobie w krótkości przypomnieć podział, budowę i zapatrywania na powstawanie mięsaków macicy w ogólności.

Mięsaki macicy dzielimy ze względów ściśle praktycznych na mięsaki trzonu i szyi; ze względów zaś na punkt wyjścia, — na mięsaki, wychodzące z miąższu ściany i na mięsaki, wychodzące z błony śluzowej macicy. Te ostatnie, t. j. mięsaki błony śluzowej ze względu na kształt i rozrost dzielimy znowu na mięsaki płaskie, czyli rozlane, i na mięsaki polipowate.

Podziały te, oparte na samym obrazie makroskopowym mają znaczenie oryentacyjne i wartość kliniczną, nie określają jednak budowy mikroskopowej, a jakkolwiek w pewnych postaciach przeważają zwykle i pewne obrazy mikroskopowe, — to pamiętać jednak należy, że cechy te nie są stałe i bardzo często zmienne. Histogeneza i na niej oparty podział stoją jeszcze otwarte; przeto każdy, dokładnie badany przypadek, może być cenną cegiełką dla całości.

Mięsaki miąższu macicznego rozwijają się albo z tkanki śródmiąższowej samej ściany, albo z włókniaków *(fibroides Sarcom)*, z włókniako-mięśniaków *(Myosarsum)*. Wychodzące z włókniaków (fibroidów), co do swego umiejscowienia mogą być podotrzewnowe, śródmiąższowe i podśluzowe, tworząc guzy mniejwięcej ściśle odgraniczone, dające się często ze swego łożyska łatwo wyłuszczyć. Drobnowidowo okazują zwykle budowę pasemkową i składają się z mięsakowych komórek owalnych lub wrzecionowatych, włókien mięśni gładkich i nierzadko tkanki śluzakowatej (myksomatycznej). Powstają zaś według jednych albo przez przemianę (metaplazyę) komórek mięsnych w komórki mięsakowe *(Myomata sarcomatosa*, Pick), albo, co wydaje się być racyonalniejszem, przez nowotwórcze bujanie tkanki śródmiąższowej *(Myosarcomata)*, komórki zaś mięsne zachowują się biernie, lub zgoła ulegają zanikowi.

Mięsaki, wychodzące z tkanki śródmiąższowej ściany macicznej, należą do postaci bardzo rzadkich, składają się z drobnych krągłych komórek nowotworowych, któremi miąższ macicy zostaje nacieczony na znacznej przestrzeni; ściana samego narządu jest zwykle mocno zgrubiałą, a światło niezmienione (tu należą przypadki Kahldena, Eppingera i v. Franquéa).

Mięsaki, wychodzące z błony śluzowej macicy, dotyczą w równym stopniu błony śluzowej trzonu, jak i szyi, i przedstawiają się jużto w postaci guzów rozlanych, nieraz nierównych, zajmujących początkowo naciekiem błonę śluzową, a przechodzących potem i na miąższ macicy, jużto występują w postaci wybułałości poli owatych, często uszypułowanych. Rozlane pochodzą z warstw powierzchownych, uszypułowane z warstw głębszych błony śluzowej. Tak jedne jak i drugie, t. j. rozlane i polipowate, powstać mogą jużto z bujania podłoża (tk. łącznej międzymiąższowej), jużto z błony zewnętrznej naczyń i to w równym stopniu krwionośnych, jak i chłonnych.

Pod drobnowidem spostrzegamy tu zwykle znaczną wielokształtność komórek: komórki okrągłe, owalne, wrzecionowate i olbrzymie (okrągłe przeważnie w postaciach rozlanych; v. Franqué przypadek 4); resztę, z domieszką tkanki śluzakowatej, widzimy częściej w polipowatych. Mięsaki błony śluzowej rozlane zwykle wypełniają i zmniejszają światło macicy, a szybko rosnąc przyprowadzają szybko warstwę gruczołową do zniszczenia, co jest powodem następowej zgorzeli.

Drugie, t. j polipowate są bardzo długo pokryte utrzymaną warstwą gruczołową. Warstwa ta nietylko znajduje się na powierzchni, lecz często przez przerastanie jej znajdujemy gruczoły porozrzucane i w głębi mas nowotworowych (niegdyś opisywano je jako „Adenosarcomata", „Carcinosarcomata" Virchow, Klebs). Odpowiednio do zachowania się naczyń i zmian wstecznych rozróżniamy: naczyniakomięsaki *(Telangiosarcomata)*, torbielomięsaki *(Cystosarcomata)*, (Fehling, Leopold, Fenger) a odpowiednio do obecności innego utkania: śluzomięsaki *(Myxosarcomata)* (Gusserow, Schulters, Pick, Vogler, Jacubasch, Heinzer). Do rzadkich postaci należą czyste olbrzymio-komórkowe (Beckmann, Borrmann) jako też barwikowe mięsaki czarne *(Melanosarcomata* Williams).

Wzrost mięsaków miąższu jest dość powolny, a kierunek zależny od umiejscowienia. Wzrost mięsaków błony śluzowej jest znacznie szybszy, a kierunek wzrostu zawsze ku światłu macicy. Powolny rozrost mięsaków miąższowych na błonę śluzową i to że mięsaki, wychodzące z głębszych warstw błony śluzowej, pozostawiają długo warstwę gruczołową nietkniętą, tłómaczy Borrmann [1]) specyalną budową narządu chłonnego błony śluzowej, a mianowicie, że naczynia

[1]) Borrmann. Ein diffuses Riesenzellensarkom des Cervix uteri mit Metastasen in beiden Ovarien u. s. w. »Zeitschrift für und Geb. Gyn.« B. XLIII. r. 1900.

chłonne, nie dochodząc do jej powierzchni, w niższych warstwach kończą się ślepo. Według Borrmanna rozrost postępuje przez wciskanie się komórek nowotworowych w przestwory śródtkankowe i naczynia włosowate chłonne, a dopiero w późniejszych okresach może przyjść do przebicia grubszych pni żylnych i dalszego tą drogą rozsiania. Wogóle według Borrmanna i Ortha mięsaki macicy w robieniu przerzutów posługują się często, w przeciwieństwie do mięsaków innych narządów, układem chłonnym.

O ile łatwem jest we wczesnym okresie rozwoju ocenić, czy mięsak wyszedł z włókniaka, czy z tkanki śródmiąższowej ściany, czy wreszcie z błony śluzowej i z której jej warstwy, o tyle w okresie późniejszym, gdy nowotwór wypełnił światło i przerósłszy ścianę przeszedł w otoczenie, a zwłaszcza gdy przyszło w nim do zmian drugorzędnych nekrotycznych i zgorzelinowych, ocenienie to jest bardzo trudne, — często zgoła niemożliwe i dlatego szczegóły te w piśmiennictwie są dość niepewne, a zapatrywania autorów na pierwotną lokalizacyę tak niejednakie.

Zważywszy częstość włókniaków macicy, mogących być punktem wyjścia dla mięsaków, powinnyby mięsaki miąższu się częściej przydarzać, — Gessner jednak na podstawie liczb statystycznych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, przyszedł do przekonania, że mięsaki błony śluzowej są $1^1/_2$ razy częstsze od mięsaków miąższowych; v. Franqué natomiast na podstawie własnych spostrzeżeń i krytycznego uwzględnienia piśmiennictwa jest wprost przeciwnego zdania.

Mięsaki wychodzące z miąższu zdarzają się częściej w wieku późniejszym; z błony śluzowej natomiast w wieku młodym, polipowate znów są przeszło dwa razy częstsze od rozlanych.

Ilościowy stosunek mięsaków trzonu do mięsaków szyi
Geisler podaje jak 8:2
Gessner „ „ 8:1

Osobny dział stanowią tak zwane mięsaki polipowate szyi macicy.

Rzadki ten typ, opisywany jako: „Myxom“ (Rein), „Myxosarcom“ (Mundé) „Sarcoma lymphangiectaticum et hydropicum“, „Adeno-Myxo-Sarcom“ (Mundé),„ Myosarcoma striocellulare“ (Pernice), „Papillares hydropisches Collumsarcom“ (Spiegelberg), „Sarcoma botryoides striocellular, enchondromatoses“ (Pfannenstiel), pomimo zapatrywań v Kahldena i v. Franquéa, którzy byli przeciwni odosobnianiu, stanowił na podstawie obrazu mikroskopowego i wejrzenia makroskopowego, oraz wspólności klinicznego przebiegu, odrębną całość. Obecnie, na podstawie znakomicie obmyślonej pracy Wilmsa, przybywa do tego jeszcze jedno, a tem jest wspólność pochodzenia. Zapatrywanie Wilmsa tłómaczy doskonale różnorodność obrazów, spostrzeganą tak w jednym i tym samym przypadku, jak i wzajemny stosunek tych różnych obrazów we wszystkich postaciach, razem wziętych.

Rodzaj ten nowotworu, odznaczający się klinicznie wielką złośliwością, zdarza się równie dobrze w wieku dziecinnym ($2^1/_2$ lat), jak i w podeszłym (63 lat); przeciwnie rzecz się ma z analogicznymi nowotworami pochwy, które były spostrzegane li tylko w wieku dziecięcym.

Jakkolwiek prawie wszystkie przypadki, dotyczące tego rodzaju nowotworów, były bardzo szczegółowo opracowane i opisane, sądzę, że nie bez pożytku będzie ogłoszenie jeszcze jednego przypadku, zwłaszcza, że przypadek ten z powodu świeżości materyału i stosunkowo niezbyt daleko posuniętych zmian nadaje się do studyum histologicznego — i że, o ile mi wiadomo, w polskiem piśmiennictwie żaden dotychczas nie był ogłoszony, ani sprawa sama obszerniej traktowaną.

„Sarcoma hydropicum polyposum“ początkowo przedstawia się w postaci zwykłego polipa śluzowego, nie mającego cechy złośliwości tak, że dopiero jego nawroty zwracają uwagę na złośliwość nowotworowego bujania. W późniejszym okresie nowotwór przedstawia się w postaci obfitych uszypułowanych wybujałości, — zwieszających się z ujścia zew. macicy, wypełniających nieraz całą pochwę, a nawet występujących na zewnątrz. Szypułki wydłużają się nieraz w cienkie słupki, a wtedy nowotwór robi wrażenie zaśniadu groniastego i składa się z licznych jagód galaretowatego wejrzenia, zabarwionych zastoinową krwią na bladoróżowo-czerwono, lub prawie czarno. Złośliwość nowotworu jest bardzo znaczną, o czem świadczy dowodnie to, że wszystkie przypadki skończyły się w krótkim stosunkowo czasie śmiercią. Zgon następował bądź wskutek przerzutów, bądź chery nowotworowej, bądź też wreszcie wskutek posocznicy.

Pierwszy opisał go Weber w roku 1867. Gessner zebrał i zestawił, kompletując Pfannenstiela, do roku 1899 przypadków 16; v. Franqué w. r. 1899 opisuje swój przypadek, jako 17-ty znany. Wilms, niezależnie od Gessnera, podaje zebranych w piśmiennictwie, wraz ze swoim, przypadków 18-ście W tem zestawieniu Wilmsa spotykamy kilka przypadków, rozpoznawanych przedtem jako guzy innej przyrody.

Większa część przypadków, przytoczonych przez Gessnera i Wilmsa są te same; a zestawiwszy wszystkie razem, otrzymamy następujących 23 przypadków.

L. porz.	Nazwisko autora	Rok publikacyi	Wiek chorej	Obok różnorodnych pierwiastków mięsakowych znaleziono jeszcze	Uwaga
1	Weber	1867	lat 45	mięśnie prążkowane	
2	Anderson i Edmannsohn	1869	„ 50	mięśnie prążkowane	
3	Kunert	1874	„ 35	mięśnie prążkowane	Przerzuty na klatce piersiowej.
4	Thiede	1877	„ 42	chrząstkę	
5	Spiegelberg	1879	„ 17		
6	Rein	1880	„ 21	chrząstkę	Przerzuty w gruczołach miednicowych.
7	Spiegelberg	1880	„ 31		
8	Thomas	1880	„ ?		Histologicznie nie badany.
9	Winkler	1883	„ 47		
10	Kunitz	1885	„ 19		
11	W. Müller	1887	„ 24	mięśnie prążkowane i chrząstkę	Przerzut pomiędzy spojeniem łonowem a pęcherzem.
12	Pernice	1888	„ 17	mięśnie prążkowane i chrząstkę	
13	Schröder i Holmeyer	1889	„ ?		Obraz mikroskopowy nie znany.
14	Munde	1889	„ 19		
15	Kleinschmidt	1890	„ 36		

L. porz.	Nazwisko autora	Rok publikacyi	Wiek chorej	Obok różnorodnych pierwiastków znaleziono jeszcze	Uwaga
16	Pfannenstiel	1892	lat 53	chrząstkę	
17	Richter	1892	„ $2^3/_4$	mięśnie prążkowane	Stwierdzone przy powtórnem badaniu przez Grawitza.
18	Gaymann	1893	„ 63		
19	Piek	1894	„ $2^1/_4$	mięśnie prążkowane	
20	Ganghofer		„ 8		Rozpoznany jako rak, jednak Wilms zalicza go do tej gromady.
21	Smith		„ 4		
22	von Franque	1899	„ 59		Przerzuty w gruczołach, płucach i w wątrobie.
23	Wilms	1900	„ 41	Obok różnorodnych komórek mięsakowych, mięśnie gładkie, włókna elastyczne, włókna tk. łącznej, tk. śluzakowej, chrząstkę i mięśnie prążkowane	
24	i wreszcie mój przypadek		„ 29		

(Ciąg dalszy nastąpi)

II. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy dworu Prof. Dr. H. Jordana.**

Nowsze metody w leczeniu zachowawczem spraw zapalnych przy- i okołomacicznych.

Podał

Dr. Wiktor Stankiewicz,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Nie rzadko mieliśmy sposobność spostrzegania przypadków, w których, czy to z powodu niekorzystnych warunków badania, jak n. p. grubości i jędrności powłok brzusznych, lub też z powodu niemożebności uzyskania dokładnych wywiadów, najczęściej dającego się wytłómaczyć nizkim stopniem inteligencyi chorej, nie można było niekiedy mimo dokładnego spostrzegania postawić ścisłego rozpoznania, zwłaszcza gdy szło czasami o rozstrzygnięcie, czy mamy np. do czynienia z guzem stałym wśród zbitej wypociny, czy też ze starym krwistekiem. Nie chcąc więc narażać pacyentek na nieprzyjemne skutki uśpienia chloroformowego, zastosowaliśmy tamponadę; wówczas po 2—3 tygodniowem leczeniu guz się nieraz zmniejszył tak dalece, że można było wybadać przydatki i przechylić rozpoznanie w jednym lub drugim kierunku.

Pouczającą pod tym względem jest następująca historya choroby:

(L. 20): U chorej, 30 lat liczącej, wystąpiły nagle przed 5 miesiącami bóle nad obu pachwinami i krwawienie, trwające 6 tygodni; leczona $2^1/_2$ miesiąca w szpitalu, zauważyła tu stałe powiększanie się brzucha; co do objawów zapadu i zachowania się regularności nic podać nie umie. Przy badaniu znaleziono guz, sięgający 2 palce niżej pępka, o powierzchni nierównej, mało ruchomy, miejscami zbitości torbiela, miejscami zaś twardy, wypełniający w znacznym stopniu wszystkie sklepienia; część pochwowa przyparta do spojenia łonowego; warga tylna wygładzona, trzonu macicy i przydatków oznaczyć nie podobna. Rozpoznanie waha się między krwistekiem po pękniętej ciąży zamacicznej, a guzem objętym wypociną. — Po 10 dniach spostrzegania zastosowano kolumnizacyę, piasek na brzuch po 4-tej tamponadzie guz znacznie się zmniejszył, po dziesiątej macica stała się wyraźnie wybadalna, również i zmienione przydatki; guz o połowę zmniejszył się, czyni wrażenie starego wylewu krwi.

Szereg innych przypadków przemawia za tem, że w niektórych wątpliwych razach metody te przyczynić się mogą do ułatwienia ścisłego rozpoznania. Przeciwskazanie do tych sposobów stanowią wszelkie sprawy zapalne w okresie ostrym, oraz, według Funkego, ze względów mechanicznych, pochwa starcza, jako mało podatna, a nadto pochwa u dziewic. Wprawdzie w tych ostatnich przypadkach rzadko zachodzi potrzeba użycia którejkolwiek z metod; przecież w dwóch razach przy tyłopochyleniu macicy częściowo przyrośniętej, sprowadzającej znaczne dolegliwości, użyto u dziewic z dobrym skutkiem zamiast wziernika, grubego drenu do założenia śrutu; w drugim przypadku kolpeuryntra z rtęcią.

Celem umożliwienia sobie oceny działania powyższych metod zestawiono przypadki, leczone tak ambulatoryjnie, jako też stale w klinice i szpitalu, częścią przy użyciu jednego jedynego sposobu, lub też przy wzajemnej ich kombinacyi.

W leczeniu zmian zapalnych przydatków, jako też okołoprzydatkowych, wobec przyjętej u nas zasady postępowania o ile możności jak najdłużej zachowawczego, a ograniczenia się we wskazaniach do zabiegów operacyjnych do przypadków prawdziwie rozpaczliwych, metody powyższe stosunkowo bardzo często znajdowały swe zastosowanie. Wyniki czasami mniej korzystne, zwłaszcza, gdy szło o zakażenie jadem rzeżączkowym, znajdują przyczynę w dwóch okolicznościach. Przedewszystkiem bowiem brak pewnych wskazówek, po którychby rozpoznać można było, iż wygasła żywotność drobnoustrojów, znajdujących się w tego rodzaju guzach, bo o te najczęściej chodzi, sprawia, że pacyentki niekiedy tamponady nie znoszą; lub też czasami występują zaostrzenia, zmuszające do chwilowego przerwania leczenia tak dalece, iż słusznem jest zdanie Doléris (8), iż w takich przypadkach częściej traci lekarz cierpliwość, niż sama chora. Powtóre umiejscowienie tych zmian nie zawsze jest przystępne do wywarcia ucisku. Obecnie częściej w tych przypadkach i z korzystniejszym wynikiem stosujemy przestrzykiwania gorące według Stratza.

Poprawę bardzo znaczną, nietylko podmiotową lecz i przedmiotową, jaką w większości przypadków uzyskaliśmy, tłómaczyć należy ustąpieniem wypociny, do której zgodnie ze zdaniem wielu ginekologów odnieść należy liczne przypady chorobowe. Dosyć często i to w krótkim stosunkowo czasie już po kilkakrotnej tamponadzie wybadać się dawały przydatki tak, że wówczas ich bliższe cechy i zmiany określić można było. Zdarzały się również i tego rodzaju przypadki, w których, aczkolwiek przedmiotowo wyraźniejszego polepszenia stwierdzić nie można było, pacyentki czuły się zdrowsze; poprawę w tym razie tłómaczyć sobie należy dłuższym spokojem i chwilowymi korzystniejszymi warunkami bytu.

Bardzo wdzięczne wyniki, zwłaszcza po zastosowaniu

obciążenia zapomocą śrutu, otrzymywaliśmy w przypadkach następstw po przebytem zapaleniu przy- i okołomacicznem, gdzie szło o przerwanie, względnie naciągnięcie, zrostów, czy to postronkowatych, czy też taśmowatych, zwłaszcza umiejscowionych w zatoce Douglasa, lub w razie skróceń więzadła szerokiego, głównie jego podstawy. W t. zw. „parametritis post. Schultze“, cechującej się zgrubieniem, skróceniem, jakoteż bolesnością więzów krzyżowo-macicznych, będącej nieraz jedyną przyczyną, dla której chore zgłaszają się z powodu bolów, jakich doznają podczas spółkowania, można było po kilkarazowem założeniu śrutu stwierdzić ustąpienie bolesności tych więzadeł. W kilku przypadkach obniżenia jajników, przytwierdzonych częściowo w okolicy zatoki Douglasa wiotkimi zrostami zastosowano w celu ich uruchomienia, z polecenia Prof. Jordana założenie śrutu względnie kolumnizacyi w położeniu Campbella (położenie kolankowo-barkowe), z dodatnim i stosunkowo szybkim wynikiem; z wyjątkiem jednego razu, gdzie z powodu szerokich i grubych zrostów żadnego skutku uzyskać nie było można tak, że po bezowocnych próbach przystąpiono do wyjęcia jajnika drogą pochwy.

Chora w dalszym ciągu po zatamponowaniu powinna kilka razy dziennie układać się na przeciąg dwóch do trzech minut w to położenie. Na stosowanie podobnego ułożenia, które zaleca Bozemann (5) i West (21) przy tamponadzie, może pozwolić sobie tylko lekarz, mający pełne zaufanie pacyentki.

W razie umiejscowienia zrostów w okolicy dna wyniki są mniej wybitne; tu też wstępuje w swoje prawa ręczne mięsienie lub kombinacya jego z którąkolwiek z metod, ewentualnie zabieg operacyjny.

W przypadkach wysięków w następstwie zapalenia tkanki przymacicznej, jakoteż krwisteków pozamacicznych, o ile nie mamy do czynienia z ogniskami ropnemi, metody powyższe ze względu na umiejscowienie spraw patologicznych, sprzyjające możności wywarcia ucisku tak od zewnątrz jak i od wewnątrz, przyczyniają się do niezwykle szybkiego wessania produktów zapalnych. Tak n. p. w przypadku l. 2 po 8-krotnej tamponadzie ustąpił wysięk, sięgający na trzy palce niżej pępka, wypełniający całe tylne i prawe sklepienie.

Zadowalniające bardzo wyniki otrzymywaliśmy głównie przy stosowaniu śrutu w leczeniu tyłopochylenia, względnie zgięcia macicy. Na poparcie tego twierdzenia przytaczam, iż na trzydzieści przypadków (z tych trzy tyłozgięcia macicy ruchomej, reszta ustalonej) w dziewięciu tylko nie udało się macicy odprowadzić, tak dalece, iż sposób Schultzego rozrywania gwałtownego zrostów należy obecnie na klinice do zabiegów nadzwyczaj rzadkich.

Charakterystyczną w leczeniu tych zboczeń jest ta okoliczność, iż skutek występował zazwyczaj dosyć szybko; jeśli po dwu do trzech tygodniach nie uzyskaliśmy jakiegoś wyniku, natenczas przypadek nadawał się rzadziej do mięsienia ręcznego, raczej do zabiegu operacyjnego.

Streszczając pokrótce spostrzeżenia poczynione przy stosowaniu powyższych sposobów leczenia w najróżnorodniejszych zmianach zapalnych narządu rodnego kobiecego, dochodzimy do wniosku:

Metody przytoczone, pod względem działania bardzo blisko siebie stojące, zastosowane w odpowiednich przypadkach, są dzielnymi środkami leczenia, wpływającymi w stosunkowo szybki, a niezwykle łagodny sposób na wessanie produktów zapalnych; w skutkach swych bardzo rzadko szkodliwe, czynią w większości przypadków ręczne mięsienie zbytecznem, przy którem ze względu na ścisłość wskazań z jednej strony, z drugiej na różnorodność wrażliwości nerwowej u kobiet, mimo zachowania największych ostrożności w postępowaniu, ujemnych skutków nieraz uniknąć nie podobna.

Niezwykle prosta i dla lekarza wygodna technika, możność stosowania nie tylko u chorych stałych, ale i przychodnich, oto okoliczności, prz mawiające za poleceniem tych metod szerszemu gronu kolegów, zwłaszcza niespecyalistów.

W końcu składam podziękowanie J. Wmu P. Prof Jordanowi za łaskawe dozwolenie mi zużytkowania materyału klinicznego i szpitalnego.

Piśmiennictwo. Auvard: (1, 2): Sem medic. 1892 Nr. 46. Centralblatt f Gynäk. 1898 Nr. 12. Baumgärtner: (3): Centralbl. f. Gynäkol 1899 Nr. 7. S. 202. Bertram (4): Zeitschr. f. Gynäkol S. 150 VIII. Bozemann (5): 22, 48. „Columuing“ the vagina The Americ. Journ. of obstetr. 1882 S. 198. Calman (6): Archiv. f Gynäkol. 1898. S. 482. Chrobak (7): Monogr. in Billroth-Lückes Handb. Doléris (8): Arch. de Tocol. et de Gynecol. Paris 1895. V. XXII. Nr 10, S. 737. W. A Freund (Centralbl. f. Gynäkol. 1897. p. 1195, XIX. Funke (10): Beiträg. f. Geb. u Gynäk 1898. I. B p. 263 Halban (11): Monatschr. f Geb. Gyn. B. X Nr. 2, p. 129. 1899. Kiefer (12). Zeitschr. f. Geb. Gyn. XXXV. Olshausen (13): Beitr. f. Gynäk. Geb. Stuttgart 1884. (58, 159—59) Pinkus (14): Zeitschr f. Geb. Gyn. Nr 39, p. 13. Pozzi: (15—16): Gaz. medic. de Paris 1895 Nr. 1 Ctbl. der Gynäk. S. 47—48. Sänger (17): Centralbl. f. Gynäk. 1890 XIV. p. 345 Stratz (18—19): Zeitschr. f. Geb. Gynäk. B. LXII, H 1, Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr. 6. Nr. 17. F Walzer (20): Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr. 7 (202—203) West J. (21): The Americ. Gyn and Obst. Journ Vol. XII, Nr. 4. Veit (22): Handb f. Gynäk. B. III. p. 827-828. v. Rosthorn (23): Veit. Handb. III. 3, S. 113.

III. *O obliczu u chorych.*

Podał Dr. J. Fels.

(Dokończenie).

Dla niedrożności jelit charakterystyczne są rysy twarzy zbolałe i trwożliwe, zapadłe oczy z ciemną obrączką, sino zabarwione wargi i suchy, brudno obłożony, język; a jeżeli niedrożność już długo trwa, to mieć będziemy na twarzy wszystkie cechy zapadu: nos spiczasty, chłodny, błony śluzowe i małżowiny uszne sinawo zabarwione, twarz pokryta potem, podobnie jak w konaniu. W cholerze (swojskiej) rysy twarzy są zapadłe i przybierają zabarwienie sine, głos staje się cichy i ochrypły i t. d. W ostrem, rozległem zapaleniu otrzewnej twarz wyraża zapad, oddechanie jest płytkie i przyspieszone. W ostrej gruźlicy prosówkowej twarz jest bladosina, przytem występuje znaczna duszność i częste poty. Tężec można poznać ze szczękościsku, z tężcowego skurczu mięśni policzkowych i z charakterystycznego uśmiechu sardonicznego, t. j. charakterystycznie stężonego i boleśnie skurczonego wyrazu twarzy, oraz z tonicznego naprężenia mięśni grzbietu, t. zw. tężec tylny, *(opisthotonus)*. Lecz szczękościsk i tężec tylny zdarzają się także w zapaleniu opon mózgowych, a także w macinnicy i to w tym stopniu, że się musi chorą sztucznie odżywiać. Także i wodowstręt nadaje chorym, szczególnie w drugim okresie *(stadium hydrophobicum)* tak charakterystyczne wejrzenie, że obraz ten zostaje każdemu w pamięci, który go raz tylko widział. Występują napady tężcowych kurczów, przedewszystkiem kurcze gardła, ale także kurcze głośni, mięśni oddechowych, mięśni tułowia i kończyn, a napady te są połączone z bardzo znaczną dusznością i najstraszliwszem uczuciem trwogi i przygnębienia; przytem istnieje zwykle znaczny ślinotok. W odróżnieniu od tężca brak tu szczękościsku, tężca tylnego, a kurcze mają cechę napadową.

Krwawienie z nosa, ust i ucha po uszkodzeniach ,jakoteż krwiaki powiek i wybroczyny spojówkowe wskazują na złamanie podstawy czaszki. Dziś coraz rzadziej zdarzają się jeszcze przypadki raka wodnego, który u bardzo podupadłych, osłabionych dzieci występuje na policzku po odrze, częściej po ospie, płonicy, durze, cholerze i t. p, a może zająć połowę wargi dolnej i górnej, a nawet podbródek i skórę czoła. Początkowo powstaje obrzęk, który najpierw jest różowy, z czasem twardnieje, ciemnieje i przechodzi w czarny suchy strup zgorzelinowy, który się szybko rozszerza. Chorobie tej towarzyszy cuchnięcie zgorzelinowe, które ciągle się zwiększając, zapowietrza mieszkanie chorego. Ślinotok występuje w chorobach jamy ust, gardzieli, jamy nosowo-gardzielowej, nosa i w chorobach płciowych. Do ostatnich należy szczególnie ciąża, przy której niekiedy występuje uporczywy ślinotok, przeciw któremu leczenie prawie nic nie może zdziałać. Bardzo dokuczliwy jest także ślinotok przy porażeniu opuszkowem, gdzie ślina nie może być połknięta i ciągle wypływa z ust.

Bardzo ważną rolę u umysłowo chorych odgrywa wyraz twarzy. Osłupiała lub bardzo zmieniona twarz, nie odpowiadająca żadnemu odcieniowi prawidłowego wyrazu twarzy, który podczas rozmowy pozostaje czczy i nieruchomy, albo bardzo się wykrzywia, — bezprzyczynowe śmiechy, wykrzywianie się, jakoteż nieprawidłowe gestykulacye, ruchy automatyczne, a z drugiej strony brak odczynu mimicznego, są u dorosłych często objawami zaburzenia umysłowego. Oprócz tego nadmienię tylko trwożliwe wejrzenie w zadumie i obwisły układ twarzy z wiszącą wargą w paraliżu postępowym.

VII. Ruchy i porażenia. Na twarzy spostrzegamy często cechujące ruchy, z których już możemy rozpoznać chorobę. Z wykrzywiania ust i najrozmaitszych drgań mięśni twarzowych u dzieci łatwo rozpoznajemy pląsawicę. „Tic convulsif“, nerwica ruchowa, ogarnia głównie twarz, mięśnie oczne, wargi, lub też i dalsze mięśnie twarzy. W obrębie nerwu twarzowego wywołuje on t. z. mimiczny skurcz twarzy *(mimischer Gesichtskrampf)*, albo ogarnia nerw dodatkowy Willizyusza i wytwarza skurcz mięśni sutko-obojczyko-mostkowych *(Kopfnickerkrampf)*. I rwę nerwu trójdzielnego *(tic douloureux)* możemy często rozpoznać na pierwszy rzut oka, gdyż chorzy mówią tylko połową ust ze strony zdrowej i ściskają przytem mocno drugą połowę ust i zęby, aby zapobiedz przez to nasileniu rwy twarzowej. Czasem chorzy obawiają się wogóle usta otworzyć, bo przy każdej próbie mówienia i żucia, albo przy kaszlu, kichaniu i każdym ruchu mimicznym, dostają świeżego napadu. Anstie zauważył nagromadzenie się barwika w pobliżu punktów bolesnych *(points douloureux)*.

Następnie występują na twarzy różne postacie drżączki, jako to: drżączka starcza, opilcza rtęcicza i z nadużyć tytoniu; i spotykane głównie w Brazylii kiwanie głową zależy od nadużywania kawy. Przy stwardnieniu rozsianem w rdzeniu *(sclerosis disseminata)* może wystąpić również obok drżenia gałek ocznych drżączka w twarzy, czasami skurczowy śmiech lub płacz. Ten ostatni objaw towarzyszy niekiedy także wiądowi rdzenia i bezwładowi postępowemu. Ciągłe ruchy żucia znachodzimy u przeżuwaczy (ruminantów) i u starców. W drżączce poraźnej wprawdzie głowa rzadko jest zajęta; natomiast osobliwy, do maski zbliżony wyraz twarzy i sztywne trzymanie głowy są bardzo charakterystyczne.

Porażenie nerwu twarzowego łatwo można poznać po czole bez bruzd, po wygładzonym fałdzie nosowo-policzkowym, jakoteż po wykrzywionym kącie ust. Jeżeli przyczyna porażenia leży wyżej, natenczas znachodzimy obok porażenia nerwu twarzowego także zwisanie powiek górnych. Jednostronne pocenie się spostrzega się na czole i pochodzi z jednostronnego porażenia nerwu spółczulnego; równocześnie spotykamy zwężenie źrenic. Zez rozbieżny, rozszerzone źrenice, zwisanie powieki górnej pochodzą z porażenia nerwu okoruchowego. Nawrotowe porażenia nerwu okoruchowego towarzyszą długotrwającym stanom migrenowym *(migraine ophthalmique* Charcot), jednakże zawsze zachodzi podejrzenie istnienia organicznych zmian w mózgu (bezwład postępowy). Zwisanie powiek może zresztą być bądź wrodzone, bądź też wytworzyć się skutkiem dłużej trwającej jaglicy; wreszcie znachodzimy mniej lub więcej znaczne opadanie powiek u starców. Jeżeli zauważymy, że w przebiegu nowotworów złośliwych, próchnienia kości lub spraw zapalnych występują na twarzy objawy ograniczonych porażeń nerwów mózgowych, lub też rozleglejsze porażenia, albo przeciwnie, wystąpią drgawki, to należy przypuścić, że nastąpiły przerzuty w mózgu, albo zapalenie opon mózgowych.

VIII. Otrucia. Mdły wzrok, zapadłe oczy wśród nagłego zasłabnięcia wywołują podejrzenie otrucia. Jednocześnie występuje jeszcze cały szereg innych objawów, jak wymioty, bladość lub sinica twarzy, zapad, duszność; często występuje zimny, lepki pot, rozszerzenie albo zwężenie źrenic, porażenia, drgawki ogólne, szczękościsk, niekiedy nawet wybitny tężec i t. p. W otruciach kwasami żrącymi i alkaliami wargi, kąty ust i ich otoczenie nabierają często odpowiedniego zabarwienia. I tak przy otruciu kwasem siarkowym wargi i kąty ust pokrywają się strupami brunatnymi albo czarnymi; podobnie zabarwione smugi na skórze brody i szyi powstają wskutek oblania kwasem. Strupy nekrotyczne, powstające w ustach, gardle i na wargach w otruciu kwasem solnym, są bardzo podobne do zmian błonicznych tych części przewodu pokarmowego. W otruciu kwasem azotowym obumarła błona śluzowa warg, jamy ustnej i t. d. tworzy cechujące cytrynowo-żółte lub brunatne strupy. W rzadkich przypadkach otrucia amoniakiem powstają oparzenia warg i ust nawet przy wdechaniu amoniaku; przytem spojówki oczne zaczerwieniają się, występuje duszność, ślinotok i t. d. W otruciach alkaliami żrącemi strupy nie są brunatne i suche, jak przy otruciu kwasami, lecz stają się szarą i miękką miazgą.

W otruciach arszenikiem występują objawy, podobne do objawów cholery azyatyckiej: rysy stają się zaostrzone, skóra chłodna, blada, czasem sina, oczy zapadłe, otoczone ciemną obwódką, oddech ciężki. Jeżeli śmierć nie nastąpiła w pierwszych dniach, to występują objawy zatrucia przewlekłego, mianowicie: szare zabarwienie twarzy, zapalenie i zaczerwienienie spojówek, błony śluzowej nosa i przewodu oddechowego; powstają pęcherzyki i krosty na skórze, a włosy i paznogcie wypadają i t. d. Po wdechaniu arsenowodoru występuje po pierwszych ostrych objawach otrucia zabarwienie skóry czerwone, jak w płonicy, potem żółte, a niekiedy i bronzowe. W otruciu fosforem może wystąpić żółtaczka. Ciemno-żółte zabarwienie skóry, błon śluzowych, jakoteż wszystkich narządów wewnętrznych, występuje w otruciu kwasem pikrynowym i utrzymuje się przeszło ośm dni. Przy otruciach związkami miedzi występuje także czasami żółtaczka.

W otruciu nitrobenzolem (olejek Mirbany, wyskok migdałowy) sinawe lub sinawo-szare zabarwienie twarzy, błon śluzowych i skóry, utrzymujące się przez kilka dni, wraz z zapachem migdałów w powietrzu wydechanem są to objawy tak charakterystyczne, że umożliwiają rozpoznanie i bez wywiadów. W otruciach aniliną i toluidyną powstaje również z powodu zmian we krwi znaczna sinica, a nawet czarne zabarwienie skóry, warg i jamy ustnej. Również i otrucia ostre przetworami pochodnemi aniliny (acetanilidyna czyli antyfebryna, egzalgina, antysepsyna) przypominają znaczną sinicą warg i jamy ustnej otrucia aniliną. Już po kilkudniowych dawkach 1·5 dziennie antyfebryny występuje często ciemne, czarno-sine zabarwienie warg, błon śluzowych, policzków, uszu i paznogci. Jest to objaw, ostrzegający przed dalszem podawaniem tego środka. Laktofenina ma często wywoływać żółtaczkę nieżytową; podobnie powstaje żółtaczka przy otruciach chininą i tussolem. Przewlekłe zatrucie azotanem srebrowym *(argyria)* charakteryzuje się szaro-czarnem, albo raczej niebiesko-zielonem zabarwieniem bądź poszczególnych części, bądź całych powłok ciała.

W otruciu tlenkiem węgla (czad, gaz świetlny) skóra

i błony śluzowe są z początku zaczerwienione, potem bledną, nareszcie stają się szaro-sinawe i sine. Często z początku występuje duszność, potem zamartwica *(asphyxia)*, śpiączka, przy końcu drgawki. Przytem już na twarzy można zauważyć jasno czerwone plamy od hemoglobiny tlenko-węglowej. W otruciu kwasem pruskim lub sinkiem potasowym otruty pada na ziemię z krzykiem, jak w napadzie padaczkowym, poczem występują kurcze drgawkowe i tężcowe; gałki oczne wytrzeszczone, lśniące; źrenice rozszerzone, znaczna sinica twarzy i warg, potem następuje okres ogólnego porażenia z ciężkim, wydłużonym wydechem. Kurcze drgawkowe i tężcowe występują również w drgawkowej postaci przewlekłego zatrucia sporyszem *(ergotismus convulsivus)*. Przytem mogą wystąpić tężec tylny i przodowy *(emprosthotonus)*, szczękościsk, drgawkowe ruchy mlaskania i żucia, wogóle obrazy, które można pomięszać z tężcem, wodowstrętem, padaczką itp. Drżenia i drgawki twarzy i kończyn występują także przy otruciu kolchicyną i truciznami, działającemi na mózg, *(Hirnkrampfgifte)* tj. santoniną, pikrotoksyną i cykutoksyną. Ostatnia jest zawarta w szaleniu wodnym *(cicuta virosa)*, którego korzenie przez pomyłkę zamieniają szczególnie dzieci z innymi korzeniami jadalnymi (pietruszka). W otruciu szaleniem występują ogólne drgawki padaczkowe, zgrzytanie zębami, pienienie z ust, rozszerzenie źrenic i znaczna sinica. Podobnie w otruciu akonityną występują: ślinotok, wymioty, zimne poty, drgawki, oddech ciężki i charczący. Najbardziej cechujące są wybitne napady tężca ogólnego w wypadkach otrucia strychniną. Każdy bodziec zewnętrzny, działający na zmysły, jak dotknięcie, szmer i t. d. wywołują odruchowo tężec przedni, brak oddechu, sinicę, wytrzeszczenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic przy świadomości zupełnie utrzymanej.

W otruciach makowcem i morfiną stwierdzamy śpiączkę i silne zwężenie źrenic. U dorosłych bardzo rzadko, a u dzieci prawie regularnie występują kurcze, szczególnie szczękościsk. Od ostrego zatrucia morfiną *(morphinismus acutus)* należy jeszcze odróżnić postać najostrzejszą *(morphinismus acutissimus)*, która powstaje przez zastrzyknięcie morfiny wprost w żyłę. Postać ta otrucia cechuje się dusznością, trwogą, bladością twarzy, rozszerzeniem źrenic, sztywnością karku, szczękościskiem, kurczem mięśni twarzy, kurczami drgawkowymi i szybką utratą świadomości. U morfinistów nawykowych zwężenie źrenic jest również najstalszym i najczęstszym objawem. W ostrem otruciu kokainą możemy rozróżnić cztery postacie chorobowe, a mianowicie: najlżejszą jest zapad kokainowy, cechujący się bladością, zawrotami, zimnym potem i omdleniami; drugą postacią jest podniecenie kokainowe, połączone z osobliwą wesołością i gadatliwością, która czasami potęguje się do majaczenia kokainowego z urojeniami, a nawet do ostrego szału. Kurcze kokainowe stanowią trzecią postać, cechującą się kurczami drgawkowymi i padaczkowymi lub histerycznymi, a niekiedy tężcowymi. Czwartą postacią jest śpiączka kokainowa; powstaje przy otruciu bardzo znaczną dawką kokainy i daje obraz otrucia odurzającego. Nawykowi kokainiści są bardzo wychudzeni, skóra szaro-blada, oczy zapadłe, mięśnie wiotkie itd.

W otruciach tropeinami (atropina, hyoscyamina, skopolamina i homatropina) źrenice są rozszerzone, spojówki nastrzykane, twarz zaczerwieniona i obrzękła, skóra sucha, szkarłatna, złudzenia, omamy, szał, szczękościsk. I w cięższych postaciach otrucia wyskokiem następuje utrata przytomności, oddech staje się powolny, ciężki, charczący, wargi sine, lecz twarz zwykle jest blada, skóra pokryta zimnym, lepkim potem, źrenice rozszerzone, a niekiedy przyłączają się kurcze tężcowe, drgawkowe i szczękościsk. Nałogowego pijaka każdy poznaje po czerwonej obrzękłej twarzy i takimże nosie itd. W ostrem otruciu nikotyną występuje znaczna bladość twarzy, zimny pot, ślinotok, czkawka, dławienie, wymioty itd., a jeżeli lekarz zostaje wezwany do chłopca, który nagle zbladł, zemdlał, a może dostał wymiotów, to nie powinien spuszczać z oka, że może w takim przypadku idzie o otrucie nikotyną, powstałe wskutek wypalenia pierwszego papierosa.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8⁰ str. 676 C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Część kliniczna: Choroby umysłowe dzieli W. na ostre i przewlekłe. Te ostatnie mogą być *ab origine* przewlekłe lub też mogą stanowić niepomyślne zejście chorób ostrych; rozpadają się one na dwie grupy: pierwszą, obejmującą stany zafałszowania świadomości i drugą, obejmującą stany braków w świadomości. Pierwszą grupę zwie W. grupą stanów pomięszania (paranoicznych) bez względu na to, czy stany te są pierwotne, czy też następowe. Stany pomięszania mogą polegać na zafałszowaniu świadomości osoby, — tak zwane stany pomięszania autopsychiczne, na zafałszowaniu świadomości świata zewnętrznego — t. zw. stany allopsychiczne i na zafałszowaniu świadomości cielesności — tzw. stany somatopsychiczne. Chory, który mieni się być inną osobą, niż nią jest w istocie, lub np. który nie uznaje się za umysłowo chorego, okazuje stan autopsychiczny; chory, który np. twierdzi, że jest prześladowanym, okazuje stan allopsychiczny; chory wreszcie, który jest przekonany o zmianie swego ciała, n. p. że wypięknial, a prawda jest odwrotną, np. że brzuch jego jest siedliskiem gadów itd. okazuje stan somatopsychiczny. Zazwyczaj zdarza się, że jeden i ten sam chory okazuje dwa lub wszystkie trzy te stany razem.

W. nie uznaje przewlekłego pomięszania umysłu (paranoia) za jednostkę kliniczną, ściśle określoną, albowiem przypadki pomięszania różnią się między sobą nietylko co do objawów, lecz i co do źródła swego pochodzenia. Ztąd stany przewlekłe, nieuleczalne zafałszowań świadomości, a zatem zaburzenia rozumu, zwie stanami pomięszania wogóle. Żeby zaś zadość uczynić objawom w poszczególnych przypadkach, daje przypadkom tym nazwy „autopsychozy“ „allopsychozy“ „somatopsychozy“ „autoallopsychozy“ „autosomatopsychozy“ „allosomatopsychozy“ i całkowitej „psychozy“ (tj. „autoallosomatopsychozy.“) Jeżeli dany przypadek przewlekłego stanu pomięszania wywiązał się następowo z innej, ostrej psychozy, dodaje do nazwy jego objaśnienie, np. autopsychoza następowa w odróżnieniu od takiejże samej psychozy, która wystąpiła w sposób przewlekły samoistnie, czyli pierwotnie. Samo przez się jest zrozumiałe, że nieraz nie da się określić, czy stan pomięszania jest następowy, czy pierwotny, jeżeli się nie ma danych co do przeszłości chorego.

W przebiegu tych stanów zauważa się pojawianie się urojeń wyjaśniających *(Erklärungswahn)*. Urojenia te mogą być ze względu na rodzaj zafałszowanej świadomości różne. N. p. somatopsychiczne urojenie wyjaśniające polega na tem, że chory, któremu się zdaje, że ma w brzuchu węże itd., pomawia osoby ze swego najbliższego otoczenia, n. p. rodzinę, iż oni mu te węże do brzucha wpuszczają. Urojenia wyjaśniające autopsychicznego pochodzenia łączą się ze zjawiskiem tak zwanych „myśli swoistych“ *(autochthone Ideen)*. Chory zauważa powstawanie w swym umyśle myśli jemu obcych. Myśli te zbliżone są do myśli przymusowych, lecz różnią się od tych ostatnich tem, że myśli przymusowe nie bywają odczuwane przez chorego jako obce, lecz owszem, jako własne, ale wbrew woli jego w umyśle się wyłaniające. Natomiast „myśli swoiste“ odczuwa chory jako myśli wręcz mu obce, w umysł jego przez innych mu wtłoczone, wpojone, poddane itd. „Myśli swoiste“ nie powstają w drodze zwykłego kojarzenia, lecz w ten sposób, że w narządzie kojarzenia powstaje w pewnem miejscu chorobowe podrażnienie, które jest silniejsze od podrażnienia prawidłowego przy

czynności kojarzenia tak, iż kojarzenie prawidłowe musi uledz zaburzeniu. Otóż te „myśli swoiste“ stają się źródłem urojeń wyjaśniających autopsychicznego pochodzenia. Zależnie od stopnia wykształcenia roi chory, że Bóg mu wpaja te myśli dobre, a szatan myśli złe, że jego przyjaciele lub wrogi poddają (czasem wykradają) mu te myśli zapomocą hipnozy, telefonu, niewidzialnego telegrafu. Zjawisko „swoistych myśli“ nazwał Cramer „głośnem myśleniem“ — *(Gedankenlautwerden)*. Urojenia wyjaśniające pochodzenia allopsychicznego, mają swe najczęstsze źródło w złudzeniach zmysłowych. Tak iluzye jak i halucynacye, które nie są niczem innem, jak zjawiskami zboczeń czucia, zafałszowują świadomość świata zewnętrznego. Chorzy, wierząc w rzeczywistość tych złudzeń, tłómaczą sobie ich źródło w sposób fizyczny, t. j. złudzenia słuchowe tłómaczą jako istotne głosy wrogów lub przyjaciół, jednostek wyższych itd., płynące do nich przez tajemne otwory w ścianach, niewidzialne telefony, telegrafy, nawet telegrafy najnowszego wynalazku tj. bez przewodu, złudzenia wzrokowe, tłómaczą jako zjawiska rzeczywiste, wywołane np. przyrządami rzutowymi; złudzenia dotykowe, jako następstwa np. tajemnego elektryzowania, smakowe i węchowe jako skutki zadawanych im np. trucizn. W ten sposób może przyjść do powstania u chorego urojenia prześladowczego. Treść halucynacyi zależną jest przytem zawsze od formy chorobowej.

Chory, dotknięty przewlekłym następowym stanem pomięszania przedstawia w swem życiu psychicznem już nie jednolitę osobę, jaką był i czuł się w stanie zdrowia, lecz zbiór różnych osobistości (np. czuje się raz bogiem, to znów szatanem, to znów człowiekiem tym lub owym), czyli stan jego obecny przedstawia się jako „rozpad osobowości (indywidualności)“. Przyczyną tego rozpadu jest wedle *W.* rozluźnienie w układzie kojarzenia, wywołane przez przebytą a nie uleczoną ostrą psychozę. To rozluźnienie w układzie kojarzenia stanowi przerwę w jego ciągłości, odpowiadającą ubytkowi pewnych czynności asocyacyjnych; *W.* zowie je sejunkcyą. Ubytek zaś pewnych czynności asocyacyjnych odpowiada objawom ogniskowym *(Ausfallssymptome)* w chorobach organicznych mózgu. Hipoteza sejunkcyi tłómaczy nam zarówno istotę przewlekłych, jak i ostrych psychóz, a już przynajmniej najważniejsze ich objawy, równające się objawom ogniskowym w chorobach mózgu. Halucynacye natomiast, będące objawami podrażnienia, nie dają się wytłómaczyć hipotezą sejunkcyi. W każdym jednak razie proces sejunkcyi może równorzędnie przebiegać z objawami podrażnienia, które mogą go nawet na razie przysłaniać. Ten wspólny przebieg tych zmian tłómaczy się dostatecznie dotychczas znanem nam doświadczeniem, że sprawy chorobowe, niszczące nerwy (zatem sprawa sejunkcyi), działają na nie zarazem jako podniety drażniące. W psychicznym odruchowym łuku *Cs.-A.-Z.-Cm.* stanowią obrazy pamięciowe siedliska energii, nagromadzającej się drogą nerwów dośrodkowych. Energia, zawarta w *Cs*, odpływa stale ku *Cm*, tak, że jest ona stale w ośrodkach tego łuku rozmieszczona. Otóż jeżeli proces sejunkcyi przerwie w pewnym punkcie ten prąd płynącej stale energii, to wywołuje on wstecz od tej przerwy zbytnie naróśnięcie energii, działającej z czasem jako podnieta drażniąca. Sejunkcya na przykład w drodze *Cs. A* musi wywołać w *Cs.* naróśnięcie energii do tego stopnia, że zaczyna ona działać na *Cs.* drażniąco, wskutek czego zjawiający się w *Cs.* stan czynny, nie mający swej podstawy w odpowiednim bodźcu od obwodu, stanowi nam halucynacyę. Sejunkcya w obrębie *A Z.* sprowadza w *A* stan czynny bez właściwej obwodowej przyczyny, tj. stwarza myśl dla chorego obcą, czyli myśl „swoistą“ *(autochthone Idee)*. Tak więc myśli swoiste i halucynacye są sobie pokrewne, wywołane są bowiem naróśnięciem energii w ośrodkach łuku psychicznego odruchu, leżących przed miejscem, zniszczonem sprawą sejunkcyi. Myśl przymusowa zaś jest skutkiem podrażnienia przy utrzymanej, sejunkcyą nie zniszczonej ciągłości łuku odruchowego. Z podanego wyjaśnienia istoty halucynacyi wynika, że nie muszą one stanowić dowodu trwającej, ostrej choroby, lecz mogą być następstwem przebytej choroby, która sejunkcyę wywołała. Zdarza się nieraz, że uleczenie ostrej psychozy przedstawia się przez to, że po ustaniu ostrej psychozy zostało jeszcze przyzwyczajenie do nagromadzania się energii w ośrodku, poza którym sejunkcya czasowo przerwała ciągłość łuku tak, że człowiek, zresztą już zdrowy, doznaje jeszcze halucynacyi. Stan ten zwie *W.* ***hallucinosis residuaria.***

Wszystkie czynności i przeważnie więcej pojedyncze ruchy świadome stanowią czynność świadomości osoby. W przewlekłych psychozach zdarzają się stany parakinetyczne i akinetyczne, odpowiadające powolnemu sumowaniu się objawów ogniskowych. Objawy ruchowe akinetyczne i parakinetyczne, będące również następstwem sejunkcyi, stają się źródłem „urojeń wyjaśniających“. Pewna chora krążyła ustawicznie w kółku, kręcąc się zarazem koło swej osi. Ten chorobowy ruch wywołał w niej urojenie, że jest ziemią i musi krążyć. Do takich parakinetycznych ruchów zaliczają się wymowne (ekspresywne) ruchy twarzowe, wyrażające ból, wściekłość i t. d. mimo, że dla nich nie ma u chorego podstawy i on sam je za obce sobie uważa. Objawy akinetyczne ruchowe i hiperkinetyczne zdarzają się w ostrych psychozach; akinetyczne mogą się zdarzyć także w chorobach przewlekłych i to pochodzenia psychosensorycznego, jak np. u pewnego chorego, który wierząc, że ma w sobie maszynę piekielną, nie ruszał się wcale z obawy przed wybuchem. Częściowe akinezye w stanach przewlekłych także pochodzenia psychosensorycznego, przedstawiają się jako jadłowstręt, skutkiem niemożności połykania, niemota *(mutacismus)*. Objawy ogólne akinetyczne zdarzają się zwykle w okresie zaostrzenia psychóz przewlekłych i stają się powodem „urojeń wyjaśniających“ tej treści, że chory w czasie bezruchu nie żył, zmarł, gdy bezruch ustąpił, że zmartwychwstał, że zatem jest Chrystusem. Innym razem urojenie to będzie jeszcze zabarwione pamięcią wzwidywań z czasu bezruchu. Czasem znowu doznaje chory w czasie bezruchu bolesnych sensacyj, że ginie śmiercią męczeńską, umiera i t. d. „Urojenia wyjaśniające“ mogą być wreszcie wywołane przez prawidłowe zjawiska życia, lub przez małoznaczne zaburzenia czynnościowe. W tych atoli razach urojenia te nie są samoistne, lecz dołączają się do innych. I tak np. głęboki sen, z którego się budzi chory, może być przezeń tłómaczony jako skutek podstępnego odurzenia go. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Reismann: **Uproszczona podpora dla macicy, względnie pochwy.** *(Münch. med. Wochen.*, Nr. 6, 1901). Kawałek drenu, wewnątrz wypełniony watą, 20—25 ctm. długi, 12—14 mm. gruby, zgina się i wiąże oba końce wolne od waty dwa razy, w odległości $1^1/_2$—2 ctm. Pomiędzy związania przeprowadza się dwa dłuższe dreny tak, że będą dwa końce od przodu, dwa od tyłu. W końce tych drenów umocowuje się haczyki, służące do zaczepiania o pas miednicowy.
Zgięty dren wkłada się do pochwy; przednie dreny biegną przez okolicę pachwinową, tylne przez pośladki, końce ich zaś zapinają się na pas. Jako zaletę podnosi autor łatwy sposób zrobienia, elastyczność, znaczniejszą niż w krążkach kauczukowych, nie przeszkadzanie w oddawaniu moczu i stolca, a wreszcie łatwość założenia przez samą chorą. *P.*

Markl: **W sprawie znachodzenia się prątków gruźliczych w maśle wiedeńskiem i w margarynie.** *(Wien. klin. Wochs.*, Nr. 10, 1901). Mniejwięcej przed 10 laty ogłoszono pierwsze spostrzeżenia znachodzenia się prątków gruźliczych w maśle. Z początku sprawa ta zdawała się bardzo doniosłą, zwłaszcza, że mnożąco się w tym kierunku badania wykazywały wprost zastraszający odsetek masła zakażonego. Później jednak przekonano się, iż istnieje cały szereg gatunków prątków, barwiących się podobnie, jak gruźliczy; niektóre z tych prątków mogą nawet u morskich świnek wywoływać zmiany, podobne do gruźlicy, nie będące jednak gruźlicą. Wobec tego koniecznem się stało sprawdzenie dawniejszych badań, co obecnie nie trudno przeprowadzić, gdyż poznano sposoby odróż-

nienia prątków gruźlicy prawdziwych od rzekomych. Badania ponowne prowadzić jednak należy odrębnie w każdej miejscowości, gdyż w różnych miejscach rozpowszechnienie się gruźlicy u bydła i, co zatem idzie, częstość zakażenia masła może być rozmaitą. — Wśród 43 próbek targowego masła wiedeńskiego i 3 gatunków margaryny nie znalazł M. ani razu prątków gruźliczych, a raz tylko prątki gruźlicy rzekomej. *Z.*

Beck i Rabinowitsch: **Dalsze badania wartości próby Arloing-Courmonta w rozpoznawaniu gruźlicy.** *(Deutsch. med. Wochs.*, Nr. 10, 1901). W przeciwieństwie do samych wynalazców próby surowiczej w gruźlicy, oraz kilku badaczy francuskich, większość autorów niemieckich, sprawdzających wartość sposobu Arloing-Courmonta, odmawia mu wszelkiego znaczenia. B. i R. już w dawniejszej swej pracy *(Deutsch. m. Wochs.*, Nr. 25, 1900) wykazywali, że próba ta rzeczywiście jest bez wartości, gdyż wśród 17 przypadków rozpoczynającej się gruźlicy wystąpiła aglutynacya tylko w 6 = 35·3%, wśród 16 przypadków gruźlicy posuniętej i innymi sposobami badania łatwo dającej się stwierdzić, — nawet tylko w 4 = 25%. Wreszcie wśród 5 przypadków, w których przypuszczano gruźlicę, i w których występował odczyn po tuberkulinie, próba aglutynacyjna Arloing-Courmonta tylko raz dała wynik dodatni. Ponieważ jednak Arloing i Courmont zarzucili B. i R., iż zastósowanie tuberkuliny może udaremniać próbę surowiczą, mącąc jej wyniki, przeto obecnie B. i R. podjęli ponowną seryę doświadczeń. Użyto do tego wołów, nie badanych zapomocą tuberkuliny, u których sprawdzano stan ustroju zapomocą sekcyi. Okazało się przytem, że wśród 19 wołów zdrowych i 4 dotkniętych innemi chorobami (nie gruźlicą), raz tylko próba surowicza dała wynik ujemny, zresztą aglutynacya zawsze następowała, nawet 5 razy w stosunku 1:30, a raz 1:40. Natomiast wśród 17 zwierząt z początkami gruźlicy próba surowicza 3 razy zupełnie zawiodła, 3 razy wypadła dwuznacznie. Nawet w gruźlicy posuniętej zdarzało się, że próba wypadała ujemnie. Wobec tego próba Arloing-Courmonta nie nadaje się wcale do rozpoznawania gruźlicy, tem mniej w początkach choroby, gdzie zdaniem wynalazców miała właśnie stanowić wyborny jakoby sposób rozpoznawczy. *C.*

G. Engelhardt i K. Neck. **O zmianach występujących w wątrobie i żołądku po resekcyi sieci.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* t. 58 z. 2, 3, 1901). Przed dwoma laty zwrócił Eiselsberg uwagę na niezbyt rzadkie pojawianie się wymiotów krwawych po tych operacyach, w toku których resekowano sieć. Badanie pośmiertne wykazywało w niektórych z tych przypadków owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka. W szeregu badań, przeprowadzonych przez tego autora na zwierzętach, znaleziono również liczne wybroczyny w błonie śluzowej. Na przeszłorocznym Zjeździe chirurg. niem. doniósł Friedrich o swoich badaniach doświadczalnych, które wykazują, że obok wymienionych zmian w żołądku, często znaleźć można zmiany w miąższu wątrobnym w postaci ognisk obumarłych. Sprawy tej żaden z wymienionych autorów nie wyjaśnia, wobec czego E. i N. postanowili drogą doświadczalną zbadać przyczynę tego ciekawego zjawiska chorobowego. Ogółem wykonali 21 doświadczeń na zwierzętach. Resekcyę sieci wykonywali wśród najściślejszej aseptyki. Następnie zabijali zwierzęta chloroformem w rozmaitych odstępach czasu od operacyi (3—12 dni). Przy sekcyi baczną zwracano uwagę na naczynia w obrębie pola operacyjnego, żołądka, żyły bramnej i tętnicy wątrobnej. Obecności skrzepów w zakresie tych naczyń nie wykazano w żadnym przypadku; natomiast znaleziono w 11 przyp. przy badaniu drobnowidowem liczne skrzepy w żyłach (rzadziej w tętnicach) pozostałej części sieci, w szczególności w pobliżu założonej podwiązki. W pewnej liczbie przypadków kikut sieci był silnie obrzękły, w kilku częściowo obumarły. W 8 przyp. wystąpiły wybitne zmiany w miąższu wątrobnym pod postacią licznych, ostro zarysowanych, bladożółtych ognisk, wielkości główki od szpilki lub ziarna soczewicy. Niektóre z nich otoczone są ciemnoczerwoną obwódką. Ogniska te, usadowione przeważnie przy powierzchni wątroby, nie wystają ponad otoczenie, zbitością swą nie różnią się wybitnie od reszty miąższu. Badanie drobnowidowe wykazuje, że opisane powyżej ogniska są ogniskami nekrotycznemi. Obumarcie dotyczy jednego lub też całej gromady zrazików. W otoczeniu tych ognisk znajdowano w drobnych i średnich rozgałęzieniach (nie międzyzrazikowych) żyły bramnej liczne warstwowe skrzepy, odpowiadające cechami swemi skrzepom, zawartym w naczyniach kikuta sieci. Skrzepy te były niewątpliwie pochodzenia zatorowego. Powyższy obraz histologiczny zasługuje z tego względu na uwagę, że znaleziono ogniska obumarłe bez zaczopowania naczyń międzyzrazikowych. Za przyczynę więc całej sprawy uważać należy liczne zatory, stanowiące jako następstwo bezkrewny, względnie bezkrewno-wybroczynowy zawał.

Zmiany w żołądku przedstawiały się w pewnej liczbie przypadków jako liczne drobne wybroczyny błony śluzowej, usadowione między fałdami lub na ich szczycie; w reszcie przypadków nie znaleziono zmian żadnych. Te wyniki stoją w sprzeczności z spostrzeżeniami Friedricha i Hoffmanna, który u swoich zwierząt znaleźli w 5 przyp. wyraźne owrzodzenia. Zdaniem Hoffmanna owrzodzenia wytwarzają się najczęściej w ciągu 4—6 dni. E. i N. nie znajdowali natomiast owrzodzeń nawet u zwierząt zabitych w 6—12 dni po operacyi. Przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono w żadnym przypadku ognisk obumarłych w błonie śluzowej; w 2 wykazano liczne skrzepy w obrębie drobniejszych naczyń żylnych błony śluzowej i podśluzowej. Wobec braku zmian w ścianach tych naczyń, związek tych skrzepów ze sprawą zakrzepową w kikucie sieci zdaje się nie ulegać wątpliwości. Eiselsberg także dopatrywał przyczynę tych zmian w żołądku w zatorze wstecznym. W przypadkach autorów wspomniane zaczopowania naczyń nie wywołały żadnych zmian w odpowiednich częściach błony śluzowej żołądka. Czysto zresztą mechanicznemu działaniu skrzepu niezakażonego przypisują E. i N. wpływ podrzędny; powstanie zaś owrzodzeń w przyp. Friedricha i Hoffmanna tłómaczą działaniem drobnoustrojów, zaniesionych prądem krwi wraz z skrzepem. Również Eiselsberg z naciskiem podnosi znaczenie zakażenia, zwłaszcza u człowieka, gdzie przy podobnych zabiegach na sieci operuje się zazwyczaj w tkankach, uległych zakażeniu. *Urbanik.*

H. Maag. **Próba wskrzeszenia** *(ad modum Prus)* **mężczyzny, zmarłego w czasie usypiania chloroformem.** *(Ctrbl. f. Chirur.* Nr. 1, 1901). U robotnika, liczącego lat 27, który dawniej nadużywał napojów wyskokowych, zastosowano naciąganie nerwu kulszowego z powodu rwy. Po upływie 15 minut od chwili rozpoczęcia usypiania chorego, t. j. po podaniu 15 grm. chloroformu, wystąpiła zamartwica (asphyxia), którą zwalczono zwykłymi sposobami, poczem w ciągu kilku minut ukończono operacyę. W tej chwili pojawiła się znowu zamartwica, której pomimo energicznego ratunku, (pociągania języka, sztuczne oddychanie, ugniatanie klatki piersiowej w okolicy serca i t. d.) niezdołano usunąć. Wobec tego rozcięto tchawicę i wdmuchiwano powietrze do płuc. Kiedy atoli ani tętno, ani oddech nie wracały, natomiast wystąpiła sinica i ciepłota się obniżyła, autor przeciął 3 i 4 żebro, — przyczem jednak otworzył lewą jamę opłucnową. — objął ręką serce, które nie okazywało żadnych skurczów i rozpoczął bezpośrednie mięsienie. Równocześnie wdmuchiwano powietrze do płuc zapomocą węża gumowego i rurki, która niedokładnie przylegała do tchawicy, skutkiem czego część powietrza uchodziła nosem i ustami: aby temu zapobiedz, zatkano te otwory ręką. Już po kilku uciśnięciach serca pojawiły się pierwsze jego skurcze, zrazu słabe, stopniowo coraz mocniejsze, a w pół godziny później pierwszy samoistny oddech. Niebawem operowany odzyskał zupełnie prawidłową czynność serca, głęboki regularny oddech, naturalną barwę twarzy, tętnice w ranach zaczęły krwawić, źrenice były zwężone, szczęki bardzo mocno zwarte, umysł nieprzytomny. W przekonaniu, że wszelkie niebezpieczeństwo minęło, po opatrzeniu ran, zniesiono chorego do łóżka. Po upływie 30 minut oddech nagle osłabł i w kilku minutach ustał. Zaczęto znowu wdmuchiwanie powietrza, ale już bez skutku. Stopniowo rozwinęła się dość znaczna bębnica, ponieważ powietrze wdmuchiwane dostawało się także do gardzieli i przełyku. Tymczasem serce jeszcze 8 godzin pracowało prawidłowo, poczem nagle przestało, a chory, który przez cały ten czas wyglądał jakby śpiący, z chwilą ustania czynności serca miał wejrzenie zmarłego. Przy sekcyi znaleziono wynaczynionki podopłucnowe, prawostronne zrosty opłucnowe, serce wiotkie, zastawki i tętnicę główną prawidłową, przeponę znacznie ku górze wysklepioną skutkiem silnego wzdęcia żołądka i jelit.

Autor kończy następującemi uwagami: 1) „Sądzę, że Prus wskazał nam właściwą drogę, skoro zalecił wskrzeszanie zmarłych z powodu otrucia chloroformem zapomocą wdmuchiwania powietrza i bezpośredniego mięsienia serca. Nie ulega wątpliwości, że mój chory rzeczywiście odżył, a tylko przypadkowe nieszczęśliwe okoliczności zrządziły, że to wskrzeszenie nie było trwałem". 2) Należy używać odpowiedniej rurki do wdmuchiwania powietrza, aby nie pozwolić mu wniknąć do żołądka i jelit. Wdmuchiwanie ustami jest prawdopodobnie rzeczą niewłaściwą, ponieważ powietrze takie już raz było wdychiwane. 3) Przy odsłanianiu serca należy unikać uszkodzenia opłucnej. *Dr. J. Markowski.*

Dr. R. Jedlička. **O wstrzykiwaniach podpajęczych.** *(Sbornik klinický)* T. II. Z. III). Praca ta, oparta na obfitym materyale literackim (115 prac) i nie mniej bogatem doświadczeniu na 101 spostrzeżeniach w klinice Maydla, zasługuje ze wszech miar na uwagę. Przedewszystkiem podnosi autor, że t. zw. „kokainizowanie rdzenia metodą Biera" jest tylko modyfikacyą sposobu Corninga, zaleconego jeszcze w r. 1885. Następnie, wychodząc z założenia, że kokaina jest bardziej trującą, niż eukaina i że roztwory

pierwszej o wiele trudniej wyjaławiać, niż drugiej, używał autor wyłącznie 2 lub 3% roztworów eukainy, z którego to roztworu wstrzykiwano pod opony rdzenia zwyczajnie 1—1½ kctm., w wyjątkowych przypadkach nawet 1—3 kctm. Tej metody znieczulania używano w wielu przypadkach laparotomij, do operacyi na kończynach dolnych, na międzykroczu, odbytnicy, częściach rodnych zewnętrznych i przy operacyach ginekologicznych. Bezbolesność rozpoczyna się już w 4 min. po wstrzyknięciu i postępując ku górze, w 7—10 minut dosięga pępka. Niekiedy sięga aż do wysokości sutków, wyjątkowo jeszcze wyżej. Rozległość bezbolesności zależy od rozpłynięcia się eukainy w płynie mózgowordzeniowym. Aby to rozpłynięcie się ułatwić, poleca autor wstrzykiwać w położeniu poziomem chorego i przed wstrzyknięciem odpuścić tyle płynu mózgowo-rdzeniowego, wiele się później nastrzyknie roztworu eukainy. W rzadkich przypadkach wraz z bezbolesnością występuje porażenie kończyn dolnych i to wcale rozlegle, gdyż tylko m. lędźwioudowy (psoas) nie zostaje porażonym. Czynność serca zawsze pozostaje regularną, — tylko u starców tętno staje się słabsze, u nich więc nie powinno się używać tej metody. W pojedynczych przypadkach już w tym Iszym okresie spostrzegał nudności i wymioty, zwolnienie zwieracza rzyci, „dermografismus“, wzwód prącia. Wszystkie te objawy są przemijające. W drugim okresie, który trwa 3—6 godzin, chorzy czują się zupełnie dobrze — poczem dopiero występuje ból głowy i podniesienie się ciepłoty. Te 2 objawy utrzymują się parę godzin a wyjątkowo trwają aż do dnia następnego. Ból głowy zależeć się zdaje jedynie od zwiększonego parcia płynu w przestrzeni podpajęczej; — dlatego nigdy nie powinno się zaniedbywać odpuszczenia paru sz. ctm. płynu mózgowo-rdzeniowego przed wstrzyknięciem eukainy. Wstrzykiwania roztworów soli obojętnych do rdzenia u zwierząt nie dały wyników dodatnich. Autor kończy zdaniem, że eukainizowanie rdzenia w ten sposób, jak się to dzieje w klinice Maydla, jest metodą zupełnie pewną bez wszelkich niebezpieczeństw i zasługującą na rozpowszechnienie. *Herman.*

H. Marx i Fr. Woithe. **Sposób oznaczania stopnia jadowitości bakteryj.** *(Archiv Langenbecka* T. 62 Z. III). Ciało bakteryj składa się z dwóch istot: euchromatycznej i hipochromatycznej. Podział ten polega na fakcie, że pewne części bakteryj więcej chłoną barwika i w preparacie mikroskopowym lepiej występują, inne mniej. Zjawisko to szczególnie wyraźnie występuje przy barwieniu preparatów szkiełkowych sposobem Neissera (błękit metylenu i wezuwina). Autorowie zauważyli, że w miarę wzmagania się żywotności bakteryj i ich jadowitości, nagromadza się w nich coraz to więcej istoty euchromatycznej, — skutkiem czego cała bakterya, wzgl. liczne w niej punkciki (t. z. ciałka Ernst-Babesa), barwią się przy powyższej metodzie czysto niebiesko. I na odwrót: — równolegle ze zmniejszaniem się jadowitości bakteryj zmniejsza się ich powinowactwo do barwika i takie słabe bakterye barwią się niewyraźnie i brudno. Więc tą metodą łatwo oznaczyć można nie tylko stopień jadowitości badanych drobnoustrojów, ale nawet wobec zakażenia mięszanego wykazać, które bakterye głównie dany obraz chorobowy spowodowały; nie wszystkie jednakowoż bakterye chorobotwórcze dają ten odczyn. *Herman.*

Löwenhaupt. **Postępowanie przy poronieniu.** *(Die Heilkunde,* Nr. 1 i 2, 1901). Przy zagrażającem poronieniu należy zalecić: bezwzględny spokój, uregulowanie oddawania moczu i kału; dyeta ma być łatwo strawna, nie podniecająca: unikać wszelkich przestrzykiwań, tamponowania i okładów: z leków zaś podać makowiec, *viburnum prunifolium,* lub *hydrastis canadensis.*

Jeżeli poronienie jest ukończone, wyszło całe jaje, a kobieta nie krwawi i nie gorączkuje, postępowanie jest takie, jak ze zwykłą położnicą. Jeżeli poronienie jest w toku, to wskutek znacznej ilości utraconej krwi popada chora albo w silną niedokrwność, albo się skrwawi. Pozostałe części jaja rozkładając się mogą sprowadzić zapalenie ogólne albo przy lepszem zejściu zapalenie błony śluzowej macicy, polipy łożyskowe, lub *deciduoma.*

Chcąc się przekonać, czy część jaja nie pozostała, należy palcem zbadać jamę macicy. Jeżeli ujście jest dla palca niedrożne, należy po odpowiedniem oczyszczeniu pochwy wytamponować o ile się da gazą jodoformową wnętrze macicy i pochwę. Pozostawiona w ten sposób gaza albo sprowadzi urodzenie się jaja lub jego resztek do pochwy, albo rozszerzy ujście tak, że będzie drożne dla palca. Gdyby mimo tamponowania ujście było zamknięte, a bądźto wskutek krwotoku, bądź też podwyższenia się ciepłoty, było wskazanie do szybkiego ukończenia poronienia, należy użyć rozszerzadeł, metalowych, szklanych, kauczukowych lub blaszkownicy, najlepiej jednak, jeżeli się tylko da, palcem ujście rozszerzyć. Palcem dadzą się prawie zawsze wydobyć resztki pozostałego jaja; nie dadzą się tylko wtenczas, jeżeli są przyczepione w dnie lub rogach macicy: wtedy, jak również i przy rozkładających się już resztkach, używamy łyżeczki. Przy skrobaniu należy drugą ręką przez powłoki kontrolować ruchy łyżeczki w macicy. Po usunięciu wszystkich pozostałych resztek, czego dowodem jest ustanie krwawienia, przestrzykuje się jamę macicy roztworem lizolu lub nadmanganezianu potasowego, albo 50% roztworem alkoholu.

Nie należy skrobać, jeśli stwierdzamy bolesność i oporność w podbrzuszu przy istniejącem już zapaleniu otoczenia macicy, przy zapaleniu w jamie brzusznej i przy gorączce połogowej. Po skrobaniu podaje się sporysz lub ergotynę i dalej postępuje się tak, jak z położnicą.

Poronienia, którym towarzyszy podwyższenie ciepłoty, mogą być dwojakie: 1) przy pierwszych podniesienie ciepłoty zwykle jest spowodowane rozkładem pozostałych resztek pod wpływem bakteryj gnilnych. Zakażenie to rozpoczyna się zwykle dreszczem, gorączką, która się utrzymuje z nieznacznem jednak nasileniem, równocześnie pojawiają się odchody cuchnące; tętno i stan ogólny nie ulegają wybitnym zmianom. W przypadkach tych należy usunąć rozkładające się resztki, przepłókać macicę, wytamponować gazą jodoformową, na powłoki położyć zimny okład i podać napoje wyskokowe. Jeżeli usunięto wszystko, ciepłota w dniu następnym powinna być prawidłowa. 2) W drugim przypadku prawdziwego zakażenia połogowego *(sepsis)* podniesienie ciepłoty wywołują specyalne drobnoustroje chorobotwórcze. Początek jest nagły; po dreszczu następuje podniesienie ciepłoty z typem zwalniającym, przyspieszenie tętna do 130 uderzeń na minutę; oddechanie utrudnione, ból w krzyżach i dolnej części brzucha, nogi ziębną, ból głowy, bezsenność. Postępowanie lecznicze przy tego rodzaju zakażeniu zależeć będzie od stanu ogólnego chorej i jej tętna. Jeżeli tętno nie przechodzi 100 uderzeń na minutę, to mimo dreszczów i gorączki postępowanie będzie wyczekujące. Na odwrót, przy ciepłocie nawet niższej, jeżeli tętno jest szybkie i miękkie, należy przystąpić do leczenia czynnego. Wybór leczenia zależeć będzie od badania przez pochwę. Jeżeli znajdziemy otoczenie macicy wolne od zmian chorobowych, a zajęto tylko wnętrze macicy *(endometritis septica),* wtenczas należy przestrzykać jamę macicy 2—3 litrami roztworu lizolu, co można powtórzyć po 12 godzinach. W rozpaczliwych bardzo przypadkach można, za radą Prochownika, całą macicę wyjąć. Jeżeli są jakieś zmiany w otoczeniu macicy, czy to w naczyniach, czy w tkankach, poprzestaje się na leczeniu ogólnem, zmierzającem do podniesienia odporności całego ustroju, wzmożenia akcyi serca i przyspieszenia zwijania się macicy. *P.*

V. Schmieden. **Przyczynek do nauki o wolnych ciałach stawowych.** *(Archiv Langenbecka.* Tom 62, Z. 3). Autor przyjmuje, że tylko dwa czynniki etyologiczne wchodzą tu w rachubę: zapalenie zniekształcające stawu i uraz. Nieraz bardzo trudno sprawy te od siebie rozróżnić; rozstrzyga dopiero mikroskop, który w pierwszym przypadku wykazuje zmienione części składowe stawu, w drugim prawidłowe. Dalej przyjmuje autor, że ciała te, mimo że nie są wcale uszypułowane, mogą wzrastać po początkowych zmianach wstecznych, a to dzięki osmozie z mazi stawowej. *Herman.*

G. Engelhardt i K. Neck. **O zmianach w wątrobie i żołądku po podwiązaniu sieci.** *(Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Kilku już autorów przedsiębrało szereg doświadczeń, aby wytłómaczyć krwotoki żołądkowe, niekiedy się zdarzające po podwiązaniu sieci, na które zwrócił uwagę Eiselsberg. Za innymi poszli E. i N. i znaleźli, że po rozległem nawet podwiązaniu sieci dużej występować mogą ogniska nekrotyczne w wątrobie i błonie śluzowej żołądka, mające cechę zatorów z niedokrewności, a źródłem ich są odrywające się skrzepy z żył podwiązanej sieci. *Herman.*

P. Herz. **W sprawie resekcyi żyły odgoleniowej** *(v. saphena)* **sposobem Trendenlenburga.** *(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.* t. 58 z. 3, 4, 1901). Mimo iż zalecona przez Trendelenburga resekcya żyły podskórnej odgoleniowej *(v. saphena)* zdoła w wielu przypadkach usunąć doszczętnie żylaki podudzia wraz z towarzyszącemi dolegliwościami, — sposób ten na razie nie uzyskał szerszego zastosowania. Przyczyna tkwi z jednej strony w tem, że metoda jest stosunkowo nową (podana w r. 1891), z drugiej zaś w względnie nierzadko spostrzeganych nawrotach. Z chwilą zastąpienia zwykłego podwiązania żyły przez wycięcie większego odcinka z jej pnia, o przywróceniu drożności w naczyniu, jako przyczynie nawrotów, prawie że mowy być nie może. Nawroty wogóle mogą być spowodowane: albo istniejącą, względnie wytwarzającą się, niedomykalnością zastawek (zarówno w głębokich żyłach uda), albo też wytworzeniem się komunikacyi między oboma odcinkami żyły drogą bocznych jej gałęzi. Wobec tego operacya nie może się ograniczyć tylko do resekcyi samego pnia, ale musi także uwzględnić dokładne odszukanie i podwiązanie wszystkich, nawet najdrobniejszych gałęzi bocznych. Uwzględniając te szczegóły, podaje autor następujący sposób operacyjny: wysokie ułożenie kończyny; cięcie poprzeczne dłu-

gości 6—10 ctm. po wewnętrznej stronie uda, na granicy jego środkowej i dolnej trzeciej części; odsłonięcie żyły podskórnej odgoleniowej (*v. saphena*); podwiązanie jej i resekcya wraz z wszystkiemi w ranie leżącemi gałęziami bocznemi; głębokie i dalekie podminowanie brzegów rany zapomocą noża gałkowego; szew skórny. Leczenie następowe; leżenie w łóżku przez 3 tygod. z kończyną podniesioną i dokładnie owiniętą opaską flanelową. Do leczenia tym sposobem nadają się zdaniem autora nawet te przypadki, w których próba uciskowa Trendelenburga dała wynik ujemny. Próba ta pozwala bowiem ocenić obecny stan pobocznego krążenia żyły podskórnej odgoleniowej, lecz nigdy nie poucza o ukształtowaniu się tych stosunków w przyszłości. Ogółem zastosował H. sposób ten w 46 przypadkach. Nawroty spostrzegano w 12·5% przyp. Autor radzi zaniechać stosowanego dotychczas przez siebie podminowania brzegów, gdyż powstają wskutek tego głębokie blizny, których wrażliwość na ucisk zwykła się przez długi czas utrzymywać. Cel zamierzony przez podminowanie bardzo dobrze osiągnąć się daje odpowiednim przedłużeniem cięcia skórnego. W dołączeniu znajduje się dokładny opis 17 przypadków, operowanych powyższym sposobem. *Urbanik.*

C. T. Noeggerath. **Zachowanie się bakteryj spadłych z powietrza w świeżej ranie zwierzęcej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 58, 3 i 4). Autor dowodzi doświadczalnie, że niebezpieczeństwo zakażenia rany z powietrza jest małe, gdyż ilość bakteryj w powietrzu zawieszonych jest bardzo mała, — a wśród nich tylko mała cząstka chorobotwórczych. Nadto te ostatnie znajdują się w stanie nie przystosowanym, — a zanim, znalazłszy się w nowych warunkach, zdołają o tyle się przystosować, aby się rozmnażać, a względnie zakażać, drażnią tkankę zwierzęcą w tym względzie, że tymczasem ustrój zdoła w miejscu zaatakowanem zgromadzić tyle środków obronnych, aby je zupełnie wyeliminować. *Herman.*

Doc. Ludomił Korczyński. **Przyczynek kliniczny do kazuistyki ropnego zapalenia wątroby i przewodów żółciowych w następstwie kamicy żółciowej.** *(Wiener medizinische Presse*, Nr. 4, 1900). W typowo przebiegających przypadkach zapalenia ropnego wątroby rozpoznanie według K. nie przedstawia wielkich trudności, szczególnie, gdy się wie o przebytej kamicy żółciowej. W razie przeciwnym, gdy sprawa zdaje się występować jako choroba pierwotna, nie wystarczy często kierować się jej objawami, zebranymi przez Pehla, a wtedy można postawić rozpoznanie tylko prawdopodobne, które dalszy przebieg choroby może potwierdzić. W klinice lekarskiej krakowskiej były leczone dwa podobne przypadki. Na podstawie objawów, jak bolesność i powiększenie wątroby, szczególniej płatu prawego, bolesność w okolicy woreczka żółciowego, żółtaczka, obecność barwników żółci w moczu, podniesiona ciepłota z torem przepuszczającym, przyjęto, że w przypadku pierwszym, opisywanym przez K., toczy się w przewodach żółciowych i woreczku żółciowym sprawa zapalna ropna, która dała powód do ogólnego zakażenia ustroju. Przypuszczenie to potwierdziło badanie bakteryologiczne, wykazujące gronkowce we krwi. Przypadek opisywany z wielu względów wyróżnia się między podobnymi. Przedewszystkiem sam początek choroby, okazujący na podstawie wywiadów objawy kamicy żółciowej, odnieść należy na 1½ roku przed wystąpieniem sprawy ropnej. Po kilku miesiącach następnych, w czasie, w którym objawy kamicy zupełnie przycichły, przebyła chora zapalenie kiszki ślepej, poczem od czasu do czasu wracają dawne bóle i nowy objaw — dreszcze. Obydwa te objawy odnieść należy już nie do napadów kolki wątrobnej, ale do przewlekłego, zaostrzającego się czasami zapalenia woreczka, do czego najprawdopodobniej dało powód wtargnięcie *bacterium coli commune* do głównego przewodu żółciowego, drażnionego ciągle przez odchodzące kamienie. Dopiero teraz drobnoustroje ropotwórcze mogły znaleźć odpowiednie dla siebie podłoże, sprawa przechodzi na dalsze przewody i ich rozgałęzienia i daje powód do ogólnego zakażenia ropnego. Przebieg choroby dzieli K. na trzy okresy. W pierwszym rozszerzenie się sprawy ropnej na przewody żółciowe, szczególnie prawy, utrudnia odpływ żółci tak dalece, że wywołuje znaczniejszego stopnia żółtaczkę. W drugim okresie przychodzi do zakażenia ogólnego, sprawa ropna rozszerza się i na płat lewy, jednak z powodu niespodziewanego odejścia większej ilości zatrzymanej żółci i ropy, żółtaczka ustępuje, a nasilenie choroby w płacie prawym się zmniejszyło. Najbardziej interesującym jest okres następny. Z powodu objawów ropnia w płacie lewym wykonano nakłócie próbne, w następstwie czego treść ropnia wylała się do jamy brzusznej bez wywołania znaczniejszych objawów zadrażnienia otrzewnej. Treść ta musiała więc być jałową. Jest to drugi znany w piśmiennictwie przypadek ropnego zapalenia wątroby w następstwie kamicy żółciowej, gdzie sprawa chorobowa sama przez się tak szczęśliwy wzięła obrót dla chorej, która w niedługim potem czasie zupełnie wyzdrowiała.

W drugim przypadku, opisywanym przez K., punktem wyjścia dla sprawy ropnej był wspólny przewód żółciowy, zatkany przez kamień, który dał powód do zupełnego zatrzymania odpływu żółci, rozszerzenia przewodów i woreczka. Do tego przyłączyła się sprawa zapalna zakaźna, która drogą rozgałęzień żyły bramnej przeszła na komórki wątrobne. W tym czasie nastąpiło zniszczenie ścian woreczka, wywiązało się zapalenie otrzewnej ze zrostami i utworzyło się połączenie między woreczkiem a dwunastnicą. Tą drogą część kamieni odeszła i mogła żółć odpływać. Trudności rozpoznawcze polegały w tym przypadku na braku żółtaczki i na tem, że z wywiadów nie można było stwierdzić, czy nie istniała przedtem kamica żółciowa. *W.*

E. Reiss. **Spostrzeżenia kliniczne nad zapaleniem szpiku w kościach długich, ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się chrząstki nasadowej i towarzyszących spraw zapalnych w stawach.** W pracy tej, opartej na materyale kliniki Bergmanna, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) przy częściowem zniszczeniu chrząstki nasadowej — może nastąpić jej odrodzenie; 2) w innych przypadkach cała linia nasadowa ulega skostnieniu; 3) następstwem jest skrócenie kości; 4) jednakowoż to upośledzenie wzrostu następuje tylko wówczas, gdy zniszczona zostanie warstwa chrząstki, przylegająca do trzonu; 5) naodwrót, chrząstka nie zajęta sprawą chorobową, a drażniona jakąś sprawą patologiczną, toczącą się w trzonie, może bujać nad miarę, powodując wydłużenie się kości; 6) w stawach może się toczyć zapalenie surowicze, ropne lub przewlekłe, doprowadzające do zrostu. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wolf (Wiedeń): **Przyczynek do zastosowania niektórych środków nowszych w chorobach dziecięcych.** *(Archiv für Kinderheilkunde*, T. 31, Zeszyt I i II.

1) Wyciąg eterowy z paprotki ciernistej *(Extractum aether. aspidii spinulosi)*, podobny z wejrzenia do wyciągu z paprotki samczej *(Extr. filicis maris)*, używany przez autora zamiast tegoż w dawce 3—4 grm. przeciw tasiemcom w sześciu przypadkach u dzieci, a w dwie godziny potem środek przeczyszczający, wpływał korzystnie, gdyż po 4—8 godzinach tasiemiec zwykle odszedł. Wobec braku objawów szkodliwych W. zaleca dalsze próby.

2) Jodalbacid i chloralbacid są to połączenia halogenów z istotami białkowatemi. Jodalbacyd, użyty przez autora w 12 przypadkach, zawiera 10% jodu związanego, jest bez zapachu, prawie bez smaku. W przypadkach zołzów i kiły już w drugim tygodniu po podaniu tego leku objawy chorobowe łagodniały i następował przyrost na wadze. W przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dziecko mimo wysokiej ciepłoty nie traciło dużo na wadze. (?) Podobnie rzecz się miała w przypadku „*Poliomyelitis anterior acuta*". Podawano w 1—3% roztworze. (Jaka dawka? *Przyp. sprawozd.)*. Objawy zatrucia jodem nie występowały i dlatego przekłada W. jodalbacyd nad inne przetwory jodu. Chloralbacyd stosował W. u ośmiu osesków krzywiczych z zaburzeniami w narządzie trawienia, a badanie treści żołądkowej wykazało potem brak wolnego kwasu solnego i zmniejszenie ilości kwasu mlekowego. Już na drugi dzień wymioty ustały, a czwartego dnia wodniste stolce stały się zbitsze. Chloralbacyd jest to proszek żółto-brunatny bez zapachu, w roztworze smaku przyjemnego, zawiera 3% chloru. Podawano przed podaniem pokarmu jedną łyżkę stołową z roztworu 1—2%.

3) Naphtalan. W. użył naftalanu w 20 przypadkach ostrego i przewlekłego wyprysku, w 6 przypadkach świerzbiączki i w 1 stupienia woszczynowatego, według następującego przepisu (Fricke): *Naphtalan 50·0, Zinci oxydat, Amyli aa 25·0.*

Wyniki w przypadkach wyprysku na głowie i twarzy były znakomite, a wyleczenie następowało po 10—14 dniach. W leczeniu świerzbiączki wyniki nie były lepsze, niż przy użyciu innych środków. *Jan Landau.*

Heroina. W nowszych publikacyach: Lorota *(La Medicine orient*, 1900). Americo Da Veiga *(Tribune Medice*, 1900) Casp. Basile *(Arch. Internaz. Medic. Chirurg.* 1900) Normana *(New. York med. Jour.* 1900) Lazamsa *(Bost. Med. and Surgic. Jour.* 1900) Hyams-a *(Med. New-York* 1900), Gifford-a *(Intern. Medic. Magaz.* 1900), Mitchell-ego *(The Virg. Med. Semy-Monthly*, 1900) podają autorowie zgodnie, iż heroina jest bardzo cennym i skutecznym środkiem we wszystkich schorzeniach przewodu oddechowego, jest w stanie zmniejszyć liczbę oddechów, a zwiększyć przerwę oddechową, jak nie mniej pogłębić pojedyncze oddechy, działając w ten sposób kojąco, zmniejszając pobudzenie do kaszlu i bóle mięśniowe i opłucnowe. Pośrednio działa heroina, jako

środek gorączkowy. Na serce heroina nie wpływa. Ciśnienie krwi w naczyniach prawie się nie zmienia, — pomyślnie oddziaływa na tętno i usuwa arytmię. Podanie heroiny jest wskazanem w kaszlu, duszności, bólach piersiowych, uczuciu lęku, bicia serca, i w bezsenności, wywołanej przeszkodami w oddechaniu. Heroina zmniejsza poty u dotkniętych gruźlicą, a przypadków przyzwyczajania się do heroiny nie stwierdzono dotychczas. Zdaniem autorów heroina jest w działaniu pewniejszą od kodeiny, równoważną z morfiną, nie wywołując jednak działań ubocznych, jak ta ostatnia. Heroinę stósowali ze skutkiem bardzo pomyślnym także Pawiński i Adelt w Warszawie (*Heilkunde*, Nr. 1, 1900). *Dr. Ig. L.*

* * *

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

10. Posiedzenie naukowe z dnia 1 marca 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck, obecnych 72 członków.

I. Kol. Beck odczytuje list „Towarzystwa Samopomocy lekarzy.“ Następnie przedstawia kolegów: Reichensteina i Greka, jako gości.

II. Wybrano komisyę przemysłowo-lekarską; w skład jej weszli następujący koledzy: Bądzyński Stanisław, Gluziński Antoni, Krzyżanowski Kalikst, Łukasiewicz Włodzimierz, Machek Emanuel, Mars Antoni, Merczyński Emil, Niemiłowicz Władysław. Radzikowski-Eljasz Stanisław, Rydygier Ludwik, Świątkiewicz Michał, Wiczkowski Józef i Ziembicki Grzegorz. Wybór nastąpił przez aklamacyę.

III. Kol. Mars demonstruje 82 letnią kobietę, u której pomimo tak późnego wieku, wykonał z powodzeniem doszczętnego wycięcia dużego torbiela jajnikowego i usunął przepuklinę pępkową.

IV. Kol. Ziembicki referuje o wynikach znieczulania rdzeniowego sposobem Biera; obserwacye przeprowadzono na kilkunastu chorych w oddziale chirurgicznym szpitala pow. — Wyniki były zdumiewające, kol. Ziembicki zachęca do dalszych badań. — Referat ten wywołał żywą wymianę myśli; przemawiali koledzy: Sielski, Mars, Wehr, Ziembicki i Pisek.

V. Kol. Marischler mówił o *neurofibromatosis generalisata* i przedstawił chorego N. N., lat około 20, nie obciążony dziedzicznie w kierunku chorób nerwowych, ani nowotworu. Przed paru miesiącami spostrzegł bolesne guzki najprzód na kończynach a potem i na tułowiu. Guzki te powiększając się i rozprzestrzeniając, pozwalają obecnie stwierdzić wzdłuż przebiegu wszystkich nerwów skórnych różnej wielkości guzowatości, które przy ucisku, a także i odeń niezależnie, są dość bolesne; z tego powodu chory ma chód utrudniony i przykurczenia kończyn górnych. Prócz tego na skórze widać liczne plamy barwikowe odcienia kawy mlecznej Narządy wewnętrzne zmian nie okazują. — Kol. Reichenstein demonstruje preparaty histologiczne, udowadniające słuszność rozpoznania (Preparaty sporządzono z wyciętego guzka, który już makroskopowo stał w związku z torebką nerwową).

W dyskusyi przemawiali: kol. Łukasiewicz, który część guzków, umiejscowionych pod pachami, uważa za powiększone gruczoły — a plamy barwikowe na skórze uważa za objaw niezależny od głównego cierpienia. Kol. Gluziński A. jest przeciwnego zapatrywania i dodatkowo nadmienia, że ta postać cierpienia bardzo rzadko może trwać lata całe. Zejście zaś następuje albo z powodu powikłań niezależnych od cierpienia głównego, albo, co jest częstszem, wskutek zajęcia sprawą nowotworową jakiego ważnego nerwu, n. p. nerwu błędnego.

VI. Kol. Krzyszkowski demonstruje preparaty anat. patol a) Typowy okrągły wrzód dwunastnicy, który z powodu nadżarcia tętnicy trzustkowej był powodem zejścia śmiertelnego; preparat pochodzi z 50-letniej kobiety, u której dodatkowo znaleziono w dwunastnicy poczynający z przerzutami w trzech gruczołach rak brodawki Vatera. (Rozpoz. poparte prep. drobnowidowymi). b) Wielokrotne przewlekłe tętniaki tylnej ściany lewej komórki sercowej; jeden z nich (największy) groził przebiciem; powstały one na tle rozległego zbliznowacenia mięśnia; preparat pochodzi z mężczyzny 62-letniego z rozległymi zmianami miażdżycowemi w tętnicach. *Dr. J. Krzyszkowski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 lutego 1901 r.

Przewodniczy kol. prof. Kostanecki. Obecnych członków 68. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

I. Przewodniczący odczytuje list od wdowy po ś. p. doktorze Köhlerze z podziękowaniem za wyrazy współczucia.

II. Pismo Rady miejskiej w sprawie wzięcia udziału w otwarciu wodociągu — przyjęto do wiadomości.

III. Również przyjęto do wiadomości pismo nowoutworzonego Stowarzyszenia Samopomocy lekarzy dla Galicyi, Śląska i Bukowiny w sprawie przystępowania nowych członków do tego stowarzyszenia.

IV. Z powodu, że wykład p. inżyniera Ingardena zajmie wiele czasu, demonstracye kolegów Glińskiego i prof. Kostaneckiego odłożono do przyszłego posiedzenia.

V. Następnie p. inżynier Ingarden w dłuższym, bo przeszło półtorej godziny trwającym wykładzie, zaznajomił obecnych z budową geologiczną terenu Bielan i okolicy, następnie z urządzeniem wodociągu, objaśniając opis licznymi rysunkami technicznymi. W toku wykładu poruszył prelegent główne zarzuty, z różnych stron podnoszone, przeciw wodociągowi, tak co do jakości i ilości wody, jakoteż co do poszczególnych urządzeń technicznych, zbijając je jako zupełnie nieuzasadnione. Wspomniał też i o żądaniach, stawianych ze strony wojskowości, które zaspokojono, a przeszkody stawiane usunięto, niestety ze znacznym nakładem finansowym; budynek mieszczący halę maszyn musiano na żądanie wojskowości poprostu wykuć w skalistej górze, co i czasu i pieniędzy dużo kosztowało.

Wykład nagrodzono hucznymi oklaskami, a przewodniczący w gorących słowach podziękował prelegentowi za bardzo zajmujący i ze znajomością rzeczy opracowany wykład, prosząc o jak najliczniejszy udział w jutrzejszej wycieczce, która będzie praktycznem dopełnieniem dzisiejszego wykładu teoretycznego.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Renon (Paryż), »*Aspergillosis*«, *jako choroba pierwotna.* W przeciwieństwie do dawniejszych poglądów Virchowa i in., broni prelegent (i niektórzy badacze francuzcy) zapatrywania, że kropidlak (*aspergillus fumigatus*) jest nie tylko pasorzytem drugorzędnym, następowym, lecz także bywa często pierwotnym drobnoustrojem chorobotwórczym, równorzędnym z grzybkiem promienicy lub prątkiem gruźliczym. Pierwotna „aspergillosis“ nie jest nawet według Renona chorobą wcale rzadką, przeciwnie jest cierpieniem na wskróś swoistem i dobrze określić się dającem. Pojawia się samoistnie u ludzi i zwierząt (ssawców lub ptaków), rozwija się na skórze, rogówce, szczególnie w narządzie oddechowym, tak w oskrzelach jak i płucach, wywołując t. zw. gruźlicę rzekomą (pseudotuberculosis) — nazwa, która się jeszcze utrzymuje we Francyi. Wyleczenie może nastąpić przez wydalenie ognisk grzybkowych; — skoro się jednak wytworzą jamy, zejście bywa niepomyślne. W etyologii odgrywa główną rolę zakażenie zbożem, albowiem najczęściej zapadają ludzie, zajęci przy zbożu. Również doświadczalnie można wywołać u zwierząt płucną aspergillosis z znamiennem obumarciem tkanek i owrzodzeniami.

Triboulet (Paryż). *Przyczynek do bakteryologii gośćca stawowego.* Tak w przebiegu zwykłego ostrego stawowego, jak i powikłanego z zapaleniem osierdzia, śródsierdzia i t. p., stwierdzić można rozmaitego rodzaju drobnoustroje: paciorkowce, gronkowce, dwoinki (Achalme, Triboulet i Coyon). Dotychczas nie można żadnego prątka uznać za swoisty dla gośćca stawowego, nie udało się bowiem żadnym z nich doświadczalnie wywołać powyższego cierpienia. Mimo to należy przyjąć ze względu na rokowanie te przypadki chorobowe za pomyślne, w których krwi nie można wykazać drobnoustrojów, — w innych należy się spodziewać powikłań. Zdaje się, że krew chorych na gościec jest bardzo dobrą pożywką dla

drobnoustrojów, — skoro tak szybko się w niej mnożą, łatwo wywołując następowe zakażenia, które dopiero nadają cechę kliniczną poszczególnym przypadkom.

Rozprawy: Widal (Paryż) spostrzegał w wysięku surowiczym, pochodzącym z 3 przypadków ostrego gośćca stawowego, leukocyty wielojądrzaste, których nie było w urazowych zapaleniach stawów. Zdaje się więc, że są znamieniem bardziej swoistem, aniżeli prątki, dla zniszczenia których są przeznaczone.

Papillon (Paryż) zwraca uwagę na okoliczność, że zakaźne pochodzenie ostrego gośćca stawowego można już poznać po jego nagminnie odnawiającem się występowaniu w niektórych domach.

Lenoble (Brest). *Semiologia skrzepu i surowicy krwi w plamicy.* W kilku przypadkach plamicy krwotocznej stwierdził prelegent 3 właściwości krwi, które uważa za znamienne: a) surowica nie osiada z krwi, skrzepy się bowiem nie oddzielają; b) liczba hematoblastów zmniejsza się odpowiednio do natężenia choroby; c) obecność jądrzastych ciałek czerwonych krwi. W przebiegu zaś lekkiej plamicy gośćcowej oddzielają się surowica i skrzep w zwykły sposób i w krótkim czasie.

Rozprawy: Apert (Paryż) sądzi, że istotnie stwierdzić można wyżej przytoczone nieprawidłowości krwi w przebiegu plamicy krwotocznej, — atoli nie zawsze. Z drugiej strony można także objawy te napotkać i w innych chorobach, n. p. w durze brzusznym przy stwierdzaniu surowiczego odczynu Widala.

Le Gendre (Paryż). *Patogeneza dny.* Referent omawia nader wyczerpująco liczne teorye o istocie i powstaniu gośćca od najdawniejszych czasów aż do ostatnich lat; — punktem ciężkości wszystkiego jest prawie wyłącznie kwas moczowy i jego sole w swem chemicznem i fizykalnem działaniu. Jedne teorye starają się wyjaśnić tylko pojedynczy napad dny, inne znów — zasadniczo, trwałe i przyczynowe zaburzenia zachodzące w przemianie materyi. Również i dziedziczność odgrywa wielką rolę. Kliniczna statystyka wykazała wcale niedwuznacznie, że dna z upodobaniem występuje u takich osób, w których rodzinie stwierdzić się dadzą cierpienia stawowe lub też zaburzenia ogólnoustrojowe (cukrówka, otyłość); często nawet z jednem z nich się wikła. Bouchard dosadnie udowodnił, że istota cukrówki polega na zmniejszonej zdolności spalania cukru w ustroju i doprowadzenia tej przemiany chemicznej do ostatecznych składników; tak samo można z prawdopodobieństwem przyjąć, że dna powstaje przez niedostateczną przemianę azotu w komórkach i upośledzony rozpad drobin białkowatych. Następstwem tego niezupełnego zniszczenia produktów przemiany materyi jest zastój w ustroju, zarówno skutkiem niektórych kwasów (octowego, szczawiowego, mlekowego i t. d.), zmniejszających warunki rozpuszczalności kwasu moczowego, jak i niektórych ciał organicznych, wywołujących przez swój jad poszczególne napady dny. Nie mniej da się także stwierdzić pewne powinowactwo między dną a zapaleniem nerek, które często jest cierpieniem przedwstępnem lub powodującem napady. Dna nabyta jest wynikiem nieodpowiedniego sposobu życia i odżywienia (nadmiar pokarmów bogatych w azot lub kwas szczawiowy, niedostateczny ruch, nadmierne wytężenie układu nerwowego), lub zatrucia (ołów); — dna dziedziczna powstaje skutkiem przeniesienia zaburzeń w odżywieniu komórek na jajo i plemniki.

Duckworth (Londyn) (korreferent) również zapatruje się na dnę, jako na wyraz zaburzeń w odżywieniu, polegającem na niedostatecznej, względnie niezupełnej, przemianie materyi, być może w nerkach, a prawdopodobnie w wątrobie. Przytem występuje skłonność do wytworzenia nadmiernej ilości kwasu moczowego, nagromadzającego się okresowo we krwi. Histologia nie zdoła jeszcze wyjaśnić przyrody tych zaburzeń, które właśnie nie polegają na zmianach w budowie, lecz prawdopodobnie odnoszą się do odżywczo-nerwowego wpływu na czynność komórek; zmiany anatomiczne mogą się następowo wytworzyć, lub w zarodku być odziedziczone. Domieszka we krwi kw. moczowego, która jest właściwością dny, nie znachodzi się w takiej mierze w żadnem cierpieniu, jednakowoż nie wywołuje sama przez się napadów dny, ale te są następstwem szczególnych odżywczo-nerwowych wpływów; — w przebiegu dny, jak i każdej skazy moczanowej, napotyka się nerwicę centralną. Kwas moczowy nagromadza się w znacznej ilości w najrozmaitszych narządach ustroju, nie wywołując bolesności lub napadów; — bywa wprawdzie czasowo wydzielany, ma jednak w każdym razie skłonność do usadowienia się w tkankach mniej unaczynionych. Istotnymi chorobotwórczymi czynnikami dny są z jednej strony zmiany we krwi, wywołane nieprawidłową przemianą materyi w komórkach i tkankach, z drugiej strony zaburzenia miejscowe i odżywczo-nerwowe.

Rozprawy: Teissier (Lugdun) twierdzi, że od właściwej dny należy odróżnić gościec, który czasami pojawia się naprzemian u członków jednej rodziny. Atoli sposób powstania obydwóch tych cierpień jest rozmaity. Dna znamionuje się usadowieniem kwasu moczowego w tkankach, w przebiegu zaś gośćca daje „nitkowa próba“ Garroda wynik ujemny; natomiast stwierdzić można nadmierną ilość kwasu szczawiowego. W jaki sposób ta przemiana przychodzi do skutku? niewiadomo.

His (Lipsk). Pojawianie się kwasu moczowego we krwi jest zagadkowe; już bowiem w wodzie jest łatwo rozpuszczalny; — objaw ten jest tylko wówczas możliwy, jeśli kwas moczowy znachodzi się we krwi w połączeniu chemicznem, dotychczas nieznanem. Kryształki kwasu moczowego bywają, — zarówno jak inne ciała obce, — wchłaniane i niszczone przez komórki wędrujące (Wanderzellen); wielka też część moczanów znika w ten sposób z ustroju. Podawanie leków, tworzących z kwasem moczowym związki lekko rozpuszczalne, jest bez znaczenia; — kwas moczowy wprawdzie rozpuszcza się, ale skutkiem istniejącej zasady wytwarza się najczęściej inna sól, trudno rozpuszczalna.

Widal i Ravant (Paryż) *Cytodiagnostic des épanchements sero-fibrineux de la plèvre.* Badanie komórek, znajdujących się w wysiękach opłucnowych, może dawać ważne wskazówki, tyczące się rozpoznania, patogenezy i etyologii cierpienia. Do tego celu wystarcza kilka sześciennych centymetrów płynu, otrzymanego przez nakłócie, odwłóknionego i centryfugowanego, — poczem następuje barwienie tioniną, hematoksylin-eozyną i (triacid)em Ehrlicha. Prelegenci rozporządzają materyałem, składającym się z 60 przypadków i okazują na tablicach różnorodność wyników. W przebiegu samoistnego zapalenia opłucnej znajdują się wyłącznie małe, grupujące się limfocyty, gdzieniegdzie także czerwone ciałka krwi. Przy zapaleniu gruźliczem opłucnej w jego rozmaitych postaciach bardzo rzadko napotkać można twory uorganizowane; tu i owdzie stwierdzić można kilka starych zniekształconych wielojądrzastych leukocytów. Uwagi godnym jest wynik badania przy dwoinkowem zapaleniu opłucnej, czerwone ciałka krwi ze skąpą ilością limfocytów, bardzo wielka ilość wielo- i jednojądrzastych komórek pochodzenia śródbłonkowego, — niektóre z nich nadmiernej wielkości, zawierające nadto w swej pierwoszczy komórki wielojądrzaste. W przebiegu urazowego zapalenia opłucnej lub takiegoż u chorych na serce lub nerki, znamienne są wielkie komórki śródbłonkowe z powierzchni błony surowiczej, pojedynczo lub w grupach po 2, 3 i 4.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag w sprawie wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent Kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell.

Na ostatniem posiedzeniu grudniowem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, poruszył Dr. Bier na czasie będącą sprawę podjęcia badań nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej, a w toku rozprawy nad tym przedmiotem Dr. Borzęcki wystąpił z pomysłem urządzenia wykładów o chorobach wenerycznych dla dorastającej młodzieży szkół średnich, w którychby zwrócono jej uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia ustroju chorobami wenerycznemi przy sposobności odwiedzania domów publicznych. Za pobudkę do takich wykładów posłużyło koledze B. jego własne spostrzeżenie, że choroby weneryczne coraz częściej przydarzają się u młodzieży. Sprawę wykładu zrozumieć należało w ten sposób, że pouczanoby w słowach przystępnych młodzież o domach publicznych i zawodowem zajęciu ich mieszkanek, a dalej omówionoby etyologię i objawy chorób wenerycznych, a więc rzeżączki, wrzodu miękiego, wrzodu twardego i kiły, tak wczesnej, jak i późnej. Że przy tej sposobności zwróconoby uwagę młodzieży przedewszystkiem na kiłę i wielorakie groźne dla ustroju zmiany, jakie ta choroba nieraz wywołuje, zwłaszcza w późniejszych okresach, a więc przedewszystkiem na zmiany w układzie nerwowym, nie ulega chyba wątpliwości. Przestrzeżonoby więc młodzież w takim zbiorowym wykładzie, na co się naraża, sięgając po owoc zakazany, a

w końcu poradzonoby jej również, by, gdy już „nieszczęście“ się stało, zwracała się natychmiast do lekarzy specyalistów.

Na tem samem posiedzeniu Dr. Zoll zwrócił jeszcze uwagę na samogwałt, któremu młodzież z upodobaniem się oddaje, a i tu także wykład popularny o samogwałcie i szkodliwych jego następstwach, miałby, zdaniem jego, zapobiedz szerzeniu się tego zgubnego nałogu.

Jak władze szkolne i rodzice, względnie opiekunowie domowi młodzieży, na projekt Dr. Borzęckiego i Zolla zapatrywać się będą i czy wkrótce przyjdzie do urządzenia takich zbiorowych wykładów w naszych szkołach średnich, sądu dziś wydawać nie chcę, a pragnąłbym tylko wyłożyć moje zapatrywanie na tę sprawę.

Czy choroby weneryczne w ostatnich czasach, jak to twierdzi Dr. Borzęcki, rzeczywiście coraz częściej przydarzają się u wspomnianej młodzieży? trudno na to pytanie odpowiedzieć, bo nie mamy w tym względzie statystyki. Zrobiono alarm, zdaniem mojem, fałszywy. Gdyby nawet coś na tem twierdzeniu było, gdyby rzeczywiście liczba chorych uczniów szkół średnich nieco w ostatnich czasach się wzmogła (spostrzeżenia z mojej praktyki zdania Dra Borzęckiego nie potwierdzają), to przyczyn tego objawu szukaćby należało gdzieindziej. Wszak liczba młodzieży szkół średnich wzrasta szybko z roku na rok. Nie mam statystyki z przyrostu liczbowego młodzieży, ale że on jest i to znaczny, dowodzi tego przeciwustawowe przepełnienie szkół średnich w całej Galicyi. O przyroście odsetkowym młodzieży, zapadającej na choroby weneryczne, moglibyśmy z czystem sumieniem mówić dopiero wtedy, gdyby nam się udało zestawić statystykę lekarską z ostatnich czasów odnośnie do tych chorób u naszej młodzieży, porównać ją z takąż statystyką z lat poprzednich, i tej lekarskiej przeciwstawić statystykę szkolną przyrostu młodzieży i dopiero wtedy, gdyby z tego porównania wypadła liczba, świadcząca na niekorzyść naszej młodzieży, przyznać moglibyśmy do pewnego stopnia słuszność twierdzeniu dra Borzęckiego, który z ilości a nie z odsetka wnioskuje i dlatego łatwo pomylić się mógł.

Ale gdyby nawet udało się nam stwierdzić, czego kol B. nie zrobił, że odsetek młodzieży, zapadającej na choroby weneryczne, wzmógł się w ostatnich czasach, to byłoby to tylko dowodem, że choroby weneryczne wzmagają się coraz bardziej, ztąd i większa liczba zapadających na nie z pośród młodzieży, pomimo że odsetek młodzieży, uczęszczającej do domów publicznych, nie wzmaga się wcale. I tu wina społeczeństwa i rządu, że choroby weneryczne szerzą się coraz bardziej; społeczeństwo nie domaga się naprawy opłakanych stosunków, rząd zadowolony, że go nikt nie niepokoi, siedzi cicho. W ostatnich czasach społeczeństwo stanęło do walki z potężnym wrogiem: gruźlicą, a niezdecydowano się zabrać do walki z drugim, niemniej potężnym, tj. z chorobami wenerycznemi, może potężniejszym od pierwszego, bo wyłaniającym się z najsilniejszego ze wszystkich popędów, popędu płciowego. Ażeby więc uchronić nietylko młodzież szkół średnich, ale i ludzi dojrzałych od chorób wenerycznych, u których są one jeszcze częstsze, trzeba przedewszystkiem zabrać się do uporządkowania sprawy prostytucyi, a inicyatywa do tego dzieła powinna wyjść z łona lekarzy.

Że pewna część młodzieży szkolnej odwiedza domy publiczne, to winien jest temu brak troskliwej nad nią opieki domowej. Pomijam młodzież, mieszkającą przy rodzicach, choć i tu różnie bywa, a przejdę do jej opiekunów płatnych. Trzymający „na stancyi“ studentów z małymi wyjątkami troszczą się jedynie o to, by z tych chłopaków „wyżyć“; nie wiele ich obchodzi, co robią poza szkołą i domem. Sądzą, że gdy uczeń jest syty, to już spełnili na nich ciążący obowiązek, a gdy w dodatku nienajgorzej się uczy i z klasy do klasy „przechodzi“, to już i rodzice są im bardzo wdzięczni. Mylnym byłby sąd, że te stosunki panują tylko w tak zwanych sferach niższych; przydarzają się one też i gdzieindziej. Zazwyczaj niedokończony słuchacz uniwersytetu, człowiek, jak mówią, „wykolejony“, nie mając z czego żyć, gdy jest w dodatku żonaty, zakłada tak zwany „pensyonat“ i przyjmuje wprawdzie niewielu chłopców pod swe opiekuńcze skrzydła, ale za to dobrze płatnych (opłata, jaką zazwyczaj uiszczają bogaci rodzice, wystarczy utrzymującym pensyonat i do wychowania własnych dzieci i wyżywienia całej rodziny). Ale też za to jest w ciągłej zależności od swych pupilów i drżąc o swój byt, toleruje ich wybryki i wycieczki.

Zatem niedostateczny dozór domowy ponosi niemałą winę w szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży. Nad tym domowym nadzorem winny władze szkolne rozciągnąć baczną opiekę (bez użycia oczywiście szpiegostwa). Kontrola ta winna być jawną i mieć charakter ojcowski; władze szkolne powinny stworzyć łańcuch, łączący nauczycieli, rodziców, względnie opiekunów i młodzież szkolną, a uważałbym za pożyteczne dla opiekunów młodzieży urządzać od czasu do czasu pogadanki i odczyty, aby ich pouczyć o obowiązkach przyjętych, a jak dotychczas niezawsze należycie spełnianych. W odczytach takich należałoby poruszyć i sprawę chorób wenerycznych u młodzieży. Wzajemne zbliżenie się i porozumienie na pewno przyniesie więcej korzyści, niż cała serya odczytów o chorobach wenerycznych dla młodzieży. Na pochwałę dzisiejszego nauczycielstwa przyznać trzeba, że stosunki te w ostatnich czasach znacznie się poprawiły; wycieczki popołudniowe pod przewodnictwem nauczycieli, wspólne gry i zabawy na świeżem powietrzu, lub godziwe a nie nużące zajęcie umysłu w chwilach wolnych od nauki, zabierają poprostu uczniowi czas, któryby w innych warunkach obrócił na wałęsanie się poza domem i złe towarzystwo; ten sposób najlepiej, a nadto z pożytkiem dla ustroju uchroni ucznia od rozmaitych zdrożności, a tem samem i od chorób wenerycznych.

Istnieje projekt zaprowadzenia u nas instytucyi lekarzy szkolnych i — jeśliby ta kiedy w życie weszła, przyczynićby się mogła w niemałym stopniu do poprawy stosunków higienicznych naszej młodzieży i wpłynąć korzystnie na zmniejszenie się u niej chorób wenerycznych. Niezbędnym atoli jest tu warunkiem, ażeby lekarze szkolni nie spełniali swych obowiązków tylko „ex officio“, byle się ich pozbyć, lecz stali się doradzcami i powiernikami młodzieży pod względem zdrowia; byłby to wielki krok naprzód w wychowaniu fizycznem naszej młodzieży. Tylko żeby nie zrobiono, o co w naszych stosunkach nietrudno, z instytucyi tej piątego koła u wozu, bo szkoda na to nawet małych wydatków; lekarze szkolni powinni mieć w sprawach, gdzie o zdrowie młodzieży idzie, głos nietylko doradczy, ale rozstrzygający i dlatego powinni wejść do grona nauczycieli z równymi im prawami.

Mundurek ma też zdaniem mojem niepośledni wpływ na szerzenie się chorób wenerycznych u naszej młodzieży i dlatego usunąć go należy. Władze szkolne wprowadzając mundurki sądziły, że będą one niejako hamulcem dla rozmaitego rodzaju wykroczeń. Jak daleko teorya odbiegnąć może od praktyki, najjaskrawiej się tu okazało. Pedagodzy podnosili różne strony ujemne mundurka i bardzo słusznie; ja zwrócę na jedno jeszcze uwagę. Czy mundurek chroni młodzież od uczęszczania do domów publicznych? bynajmniej. Wszak w przedsionku domów publicznych nie siedzi cerber, któryby umundurowanych młodzieńców zawracał od bramy, strój tu nie odgrywa żadnej roli. Wprawdzie istnieją przepisy policyjne, zabraniające pod surową karą utrzymującym domy publiczne wpuszczać młodzież szkolną do tych przybytków, ale jak ten nadzór policyjny jest wykonywany, można się dowiedzieć od leczących się uczniów, którzy w przeważnej liczbie nabawiają się chorób wenerycznych od prostytutek właśnie w domach publicznych. Zresztą nic

łatwiejszego dla zamożniejszych studentów, jak sprawić sobie oprócz mundurka przepisanego także i ubranie „cywilne“ i włożyć je na siebie, gdy mają zamiar odwiedzić dom publiczny. Ażeby zrozumieć, o ile mundurek sprzyja szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży, trzeba się wpierw zastanowić, co to są prostytutki. Tylko niedoświadczony będzie twierdził, że są to albo kobiety uwiedzione, albo takie, które nędza i niemożność zarobkowania sposobem uczciwym zmusiły do szukania utrzymania na tej drodze. Przeciwnie. Są to prawie zawsze kobiety uwiedzione dla tego, bo same się o to dopraszały, a które mając do uczciwej pracy wstręt, nigdy się jej nie oddają i nie oddawały. Że tak jest, to najlepszym dowodem, że prostytucya kwitnie nawet tam, gdzie jest popyt za pracownicami i wielkie ich zapotrzebowanie, oraz że prostytucyi oddają się często kobiety, które mają dostatnie zkądinąd utrzymanie. Jeśliby szło o porównanie tego żeńskiego odłamu społeczeństwa z płcią męzką, to porównaćby można te kobiety do włóczęgów, tak zwanych „wagabundów,“ którym przypada wszystko do gustu, prócz pracy. Że prostytutki przyznają się do tej kategoryi, najlepszym dowodem, że w towarzystwie nocnych włóczęgów i złodziei z przyjemnością czas przepędzają, a kradzieży dopuszczają się bardzo często na własnych klientach, jak tego dowodzą kroniki policyjne. Są to osobniki zwyrodniałe fizycznie i psychicznie; prostytucya istniała tak dawno, jak świat, i istnieć będzie, a kto bliżej zna te kobiety, zdanie moje potwierdzi. Wiadomo, że do wielkich sukcesów tych kobiet należy, gdy uda im się uwieść kilkonastoletniego chłopaka; chwalą się z tego nawet przed innemi. I cóż łatwiejszego, jak chłopaka, u którego budzi się popęd płciowy z całą siłą młodości, wciągnąć do domu rozpusty? za rozkosze płciowe nawet nie zawsze żądają zapłaty; zapłatą jest na razie zaspokojona ambicya uwiedzenia. Są to najczęściej starsze wiekiem prostytutki, wyćwiczone już w takich łowach, a możnaby je porównać odnośnie do płci męzkiej, z tą kategoryą mężczyzn o chorobliwym narządzie płciowym, którzy swój popęd usiłują zaspokoić na nieletnich dziewczętach. Wybierają jeszcze i dlatego młodych chłopców, że spodziewają się z ich strony delikatnego obejścia i pewnego rodzaju szacunku, co schlebia ich miłości własnej. Otóż rolę pośrednika w takiem wyłapywaniu młodych chłopaków odgrywa mundurek studencki; jakie wrażliwe ciało pod niem się kryje, wiedzą o tem dobrze prostytutki i w wieczornej porze robią z tego użytek. Jeden uśmiech powłóczysty i obejrzenie się za swą ofiarą wystarcza, by studencik z bijącem sercem podążył za swą uwodzicielką. Podniosłem tę jeszcze jednę ujemną stronę mundurka, by zwrócić uwagę, że w szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży ma ona nieposlednie znaczenie. (Dok. nast.).

Odpowiedź Doktorowi W. na: „kilka uwag o wykazach szczepienia ospy“.

W *Przeglądzie Lek.* Nr 10 równocześnie z pochlebną wzmianką w Sprawozdaniu „Towarzystwa Samopomocy“, pojawiła się krytyka mojego projektu, dotyczącego zmiany wykazów szczepienia, podpisana przez Dra W., na którą odpowiadam:

Lekarz, szczepiąc, względnie rewakcynując, 1500 (zwykle) a nawet 2000 osób, musi przy dotychczasowym systemie przepisać 2 razy tyle imion i nazwisk (razem), a więc k i l k a t y s i ę c y. — Ilość godzin tej bezmyślnej pisaniny będzie tą samą, czy będzie dokonywał jej lekarz np. przez 2 tygodnie, czy też przez problematyczne „pół roku“ (?).

W projekcie moim chodzi o ułatwienie pracy lekarzom, a nie o przypisywane mi przez Szan. krytyka „osobne wynagrodzenie“ im za napisanie wykazów, którego, — że nie ma, — tylko mimochodem wspomniałem. Ta uciążliwa i mozolna praca lekarza bez wynagrodzenia — nie zasługuje, mojem zdaniem, na porównanie z krawieckimi rachunkami etc.

Wynagrodzenie za szczepienie według słów krytyki „nie ostatnie“ w jednym z powiatów (za szczepienie, względnie rewakcynacyę, za rewizyę, podróż okólną z prawem 4-krotnego tylko powrotu do miejsca pobytu i za — jak kto chce — pisanie wykazów), wynosiło razem za wszystko po 8 centów od osoby. Bez komentarzy. (Liczbę zaczerpnąłem z dostępnego mi Sprawozdania c. k. Kraj. Rady zdrowia za r. 1897.)

Jak przy dotychczasowym, tak samo i przy proponowanym systemie, te same, co i dotychczas (z wyjątkiem Zwierzchności gminnych), urzędy i w tym samym czasie będą wypełniać wykazy, co nie może więcej niż dotychczas zająć czasu, gdyż rubryki, przeznaczone do wypełnienia przez te urzędy, są te same, co i w dotychczasowych wykazach, a więc projekt mój pracy tych urzędów nie zwiększy.

Że urzędy nie pobierają za sporządzenie dotychczasowych wykazów wynagrodzenia, nie jest moją rzeczą. — Mogą one wbrew twierdzeniu Szan. krytyka mieć do sporządzenia przez siebie wykazów do szczepienia cały rok, a do wykazów rewakcynacyi 10 lat czasu, przynajmniej w podobny sposób, jak lekarz do sporządzenia wykazów I i II ma rzekomo „pół roku“. (R z e k o m o: gdyż lekarz nie może przecież sporządzać wykazów nie ukończywszy szczepienia, które także zajmuje sporo czasu.)

Sporządzenie przez urząd parafialny w z w y k ł y c h w a r u n k a c h wykazów z **1** do **3** gmin i to osób jednego tylko wyznania nie zajmie tyle czasu, co sporządzenie przez lekarza w dotychczasowym systemie wykazów mieszkańców k i l k u n a s t u gmin i wszystkich wyznań; w jakiż sposób zatem urzędy te, jak Szan. krytyk twierdzi, mogą mieć „pracę nie mniejszą od lekarza“?

Przepisanie wykazu, przeznaczonego d l a j e d n e j t y l k o g m i n y, przez dotyczącą zwierzchność gminną zajmie z w y k l e kilka co najwyżej godzin czasu i pociągnie koszt kilkunastu halerzy; a więc „niesprawiedliwość“ podziału pracy przy moim projekcie odnośnie do zwierzchności gminnych, co ze słów krytyki wynikałoby, nie jest uzasadnioną; a nie jest także dlatego, że szczepienie istnieje dla ludności, a nie dla lekarza, a więc i społeczeństwo, t. j. jego organa wykonawcze, powinno słusznie przyczynić się do ułatwienia pracy lekarzowi przez ponoszenie pewnego trudu i choćby nawet drobnych kosztów.

„Niepraktyczny“ według słów krytyka format proponowanych przezemnie wykazów 25×40 cm. jest formatem wszystkich dotychczasowych wykazów szczepienia I—V, które dotychczas nie potrzebowały „osobnych tek“, ani „specyalnych kopert“. Zmniejszenie zresztą formatu jest rzeczą podrzędną, można wykazom nadać wielkość zwykłego (rozłożonego) pisarskiego arkusza tak, aby wykaz składał się z dwu stronic — z rubrykami, aby je niezbyt ścieśnić, przebiegającemi w poprzek arkusza.

Proponowane przezemnie wykazy z wyjątkiem dodania kilku rubryk nie wiele różnią się od dotychczasowych, a więc nie są tak „zawiłe“, aby się w nich urzędy nie oryentowały. Co najwyżej *przeniesienie mniej szczęśliwie przezemnie umieszczonej rubryki oznaczonej 1. pomiędzy rubryką 7. a 8. ułatwiłoby przegląd.*

Co do odpisów wykazów przez zwierzchności gminne, to w każdej wiosce jest pisarz, który mając do tego kilka dni czasu, potrafi w kilku co najwyżej godzinach przysłane wykazy d o s ł o w n i e odpisać, co nie jest znów tak trudne; obawa zatem Szan. krytyka w tym kierunku jest płonną.

Nie otrzymawszy od zwierzchności gminnej na czas odpisów, lekarz mógłby przy s a m e m szczepieniu mieć nieco utrudnioną pracę, ale nie rozumiem, poco miałby lekarz sam przepisywać wykazy, jak to przypuszcza Szan. krytyk, skoro to będzie obowiązkiem zwierzchności gminnej, ale nie lekarza.

Następującego ustępu, ani myśli, z której możnaby go wysnuć, w całym moim artykule nie ma: „Zapewnia także autor o koniecznej potrzebie, bez czego dotąd się obeszło, zestawienia przez lekarza dla każdej gminy osobnych sumaryuszów na okładce wykazów rożnych wyznań i szkolnych, co także pracy lekarzowi nie umniejszy“. Przeciwnie, choć nie mogłem tego w szablonie podanym przy *wzorze A* zaznaczyć, — po to właśnie podałem rubrykę oznaczoną przez 1., aby nie sumować każdego wyznania osobno, ale wszystkie w całej gminie razem, co i dotychczas zawsze się robiło.

Niejasnem jest dalej dla Szan. krytyka, w jaki sposób wykazy proponowane przezemnie ułatwią c. k. lekarzowi powiatowemu sprawdzenie. Według ustawy c. k. lekarz powiatowy obowiązany jest „sprawdzić, czy liczba szczepionych rewidowanych i t. d., podana w rachunku, zgadza się z liczbą wymienionych w wykazach“. Aby dokonać tej czynności, c. k. lekarz powiatowy musi, a przynajmniej powinien, porównać choćby pobieżnie wykazy parafialne z wykazem I i II, a następnie porównać z rachunkiem. W moim projekcie, ponieważ nie będą osobno wykazy parafialne, a osobno lekarskie I i II, tylko razem na tych samych formularzach umieszczone, — przeto czynność porównania wykazów parafialnych z wykazami lekarskimi odpadnie, lub przynajmniej, uwzględniwszy odpisy zwierzchności gminnych, w tej samej formie dokonane, ułatwioną będzie. Wszak to zrozumiałe?

Z wyjątkiem powiatu, w którym pracuję i wielu jeszcze może innych powiatów, stosunki co do rewakcynacyi nie wszędzie są uregulowane, co sam Szan. krytyk w słowie „wyjątkowo" mi przyznaje. Wobec tego rewakcynacyę należy uregulować drogą ustawy, t. j. rozporządzenia, gdyż innego sposobu na to nie widzę.

Pisze Szan. krytyk: „dawno już nie żąda się od urzędów parafialnych wykazywania dzieci, bez względu na to czy umarły czy żyją". Ustawa jednak to nakazuje, a obowiązywać nas powinna tylko ustawa, a nie obchodzenie jej.

Prócz uzasadnionego, jak to powyżej wykazałem, a tak drobnego obciążenia zwierzchności gminnych, że nazywać go obciążeniem nie warto, projekt mój, jak to udowodniłem, nie powiększy pracy innych urzędów. Ponieważ zaś wykazy sporządzać bądź co bądź muszą urzędy parafialne metrykalne i zarządy szkół, — skoro tego uniknąć nie można, — dlaczegoż więc nadal skazywać lekarzy na bezmyślną i — *cui bono?* — pisaninę, której nikt nie czyta, skoro jest sposób na to: zmienić formę wykazów. Dlaczego pracę, którą bądź co bądź dokonują nawet przy obecnym systemie już zbiorowe siły, zwalać na jednego lekarza, bez możności dla niego korzystania z wyników tej zbiorowej pracy? Dlaczego do współdziałania nie powołać społeczeństwa t. j. organów wykonawczych tego społeczeństwa, a nie lekarza tylko, skoro ze szczepienia nie lekarz, ale społeczeństwo głównie odnosi korzyści, bo szczepienie nie dla lekarzy, ale dla społeczeństwa istnieje? Projekt mój zmierza do tego, aby do wspólnej pracy, przedstawiającej wspólny, a nietylko lekarza interes, powołać różne z mocy urzędu przeznaczone do tego czynniki, a nie zwalać prawie wszystkiego na barki jednego lekarza i wymagać od niego bez istotnej potrzeby poświęcenia jego sił i pracy, co powinno raz na zawsze wyjść z „fasonu".

Nowy projekt Dra W., mający mój zastąpić, a zmierzający do tego, aby wykazów I i II lekarze wcale nie przedkładali, tylko jakieś „sumaryczne zestawienia" dla każdej gminy na jakichś „osobnych okładkach", usuwa się z pod porównania z moim projektem, z pod oceny i krytyki, ponieważ szanowny autor „kilku uwag" bliżej go nie określił, ani formy, może ze szkodą dla sprawy, nie podał.

Na tem kończę moją zbyt może szczegółową odpowiedź. Uważając sprawę za wyczerpaną, niechcę nadużywać gościnności „Przeglądu Lek." i na przyszłe zarzuty nie odpowiem. Nie mniej jednak wdzięczny jestem szan. krytykowi za podanie „kilku uwag", co dało mi sposobność wyjaśnienia może nie zrozumiałych, gdyż zbyt zwięźle poprzednio sformułowanych spraw.

Krytyka tylko bowiem może wyjaśnić sprawę i otworzyć drogę dla postępu. *Dr. Zasacki.*

X. Wiadomości bieżące.

† Ś. p. Dr. MIECZYSŁAW WŁADYSŁAW GEDL.

Dnia 3-go lutego br. zakończył życie w Wadowicach Dr. Mieczysław Gedl, zastępca członka Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, lekarz wielce ceniony i wzięty, — człowiek niepospolicie zdolny.

Zmarły przyszedł na świat r. 1852 w Wiedniu, był synem Edwarda, nadwornego sekretarza przy sądzie kasacyjnym w Wiedniu, i Eleonory z Białkowskich. Szkoły ludowe ukończył w Bochni, a gimnazyum w Rzeszowie i już na tych ławach, jako też i później między rokiem 1871 a 1877 na uniwersyteckich w Krakowie, zyskał sobie swym czystym jak łza charakterem i zdolnościami miłość kolegów i uznanie przełożonych. Po osiągnięciu dyplomu doktora wszech nauk lekarskich w Uniw. Jag. d. 19-go maja 1877 r. praktykował w szpitalu dziecięcym św. Ludwika w Krakowie, poczem osiadł w Wadowicach, gdzie z początku jako lekarz sądowy i więzienny, a następnie od r. 1890 jako lekarz miejski pełnił zaszczytnie swe obowiązki nietylko lekarskie, ale i obywatelskie. Na tem ostatniem polu odznaczył się nadzwyczajnem popieraniem i krzewieniem idei sokolskiej, założył i utwierdził Towarzystwo „Sokoła" w Wadowicach; żmudną pracą wśród licznych trudności założył i doprowadził do końca budowę gmachu „Sokola", który po wieczne czasy związany będzie ideą z imieniem ś. p. Dra Gedla i stanowić będzie najlepszy pomnik jego zasług obywatelskich.

Jakim zaś był lekarzem, tego najlepszym dowodem ogólny, szczery żal wszystkich, którzy zasięgali jego pomocy lekarskiej, żal po szczerym i serdecznym doradcy, — opiekunie i przyjacielu. Wyrazem żalu było złożenie licznych wieńców, lub też datków na rzecz „Sokoła".

Zasłużonemu i wielce cenionemu lekarzowi, człowiekowi niezmordowanej pracy obywatelskiej i czystego jak kryształ charakteru niech towarzyszy do grobu wdzięczna i wieczna pamięć!

Dr. Stanisław Żędzianowski.

Kraków, 20 marca 1901.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, w celu uczczenia długoletnich zasług kol. Dr. Władysława Ściborowskiego, położonych około zawiązania i rozwoju Towarzystwa, wybrano go jednomyślnie członkiem honorowym.

Następnie kol. Doc. Bossowski przedstawił dwóch chorych przez siebie operowanych, objaśniając to przedstawienie szerszem omówieniem obu przypadków; wreszcie Doc. Marchlewski miał wielce zajmujący wykład p. t. »O pokrewieństwie barwika krwi z chlorofilem.«

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 15 b. m. posiedzenie naukowe. Uchwalono wziąść udział we wspólnym adresie instytucyj naukowych austryackich do R. Vichowa z powodu jego jubileuszu.

Kol. Spalke przedstawił ponownie chorego, uleczonego po doszczętnem śródkrtaniowem wycięciu bardzo licznych i różnej wielkości włókniaków krtani.

Kol. Moraczewski mówił o przemianie materyi w przypadku »akromegalii« pod wpływem soli srebra, tlenu, fosforu etc.

Kol. Barącz miał odczyt: Kilka słów w sprawie swoistego mikroba t. zw. »botryomyces« u człowieka, z demonstracyą preparatów.

(c) *Nowiny Lekarskie* z każdym numerem zaznaczają coraz wybitniej swą dążność, aby się stać pismem sprawozdawczem, stojącem na wysokości dzisiejszych wymagań i wypełnić wszystkie punkta jakie program takiego pisma obejmować powinien; świadczy o tem świeżo wydany Nr. 3 (za marzec), który jest znowu krokiem naprzód. Dział artykułów oryginalnych mieści same treściwe prace, dotyczące zagadnień, będących na dobie w medycynie praktycznej. Następują dwa streszczenia zbiorowe: jedno, dające przegląd postępów laryngologii, rynologii i otologii w roku ubiegłym, drugie omawia zastosowanie atropiny w niedrożności jelit. W dziale referatów streszczono niemniej jak 78 prac, nie licząc kilkunastu streszczeń, umieszczonych pod rubryką „Wiadomości drobniejszych." Za bardzo pożądane należy uważać wznowienie „Przeglądu prasy lekarskiej polskiej," która dzisiaj zbyt już jest liczną, aby jednostka mogła zdobyć się na posiadanie wszystkich czasopism polskich. Każdy zaś chyba z naszych lekarzy pragnie znać prace, ogłaszane po polsku, w czem obecnie *Nowiny* niezmierną będą pomocą. Po dziale, zawierającym opis nowych przyrządów lekarskich, następuje sprawozdanie z ruchu w Towarzystwach lekarskich, w którem znać duże ożywienie. Niewątpliwie najbliższe poszyty *Nowin* zawrą sprawozdania z innych także Towarzystw lekar. polskich, a nie pominą i zagranicznych. W fejletonie spotykamy opis budującego się sanatoryum w Zakopanem, pierwszego na ziemi naszej. Korespondencye przynoszą wiadomości ze wszystkich prawie ognisk naszego ruchu lekarskiego; oceny, skreślone fachowem piórem, odznaczają się bezstronnością i spokojem. W zakończeniu znajdujemy obfitą kronikę wraz ze skorowidzem Zjazdów naukowych w r. b. Wspomnieć wreszcie należy z uznaniem o doskonałym spisie treści i nazwisk autorów, dołączonym do każdego poszytu. Jednem słowem na każdym kroku postęp, zalecający *Nowiny* bardzo korzystnie, jako pismo podręczne dla każdego lekarza polskiego.

* Pomimo, że sprawę zakazu, wydanego przez ministra wojny, ażeby lekarze wojskowi nie brali udziału w IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, oprócz Dr. Kozłowskiego, podniósł z naciskiem poseł Daszyński, pan Minister nie dał odpowiedzi obu interpelantom. Sądząc ze sprawozdań dziennikarskich, interpelanci nie replikowali, a tem samem zarzut, tkwiący na dnie tego zakazu, jakoby Zjazdy lekarzy polskich miały rzekomo cechę więcej polityczną, niż ściśle naukową, pozostał nietylko nie odparty, lecz nawet nie wyjaśniony, ze szkodą dla prawdy i dla instytucyi Zjazdów. Jaki więc jest cel takich interpelacyj, na które bezkarnie się nie odpowiada?

* Dnia 13 b. m. liczne grono lekarzy krakowskich przybyło do nowej krakowskiej kliniki lekarskiej, w celu jej zwiedzenia. Dyrektor kliniki, prof. Ed. Korczyński, skreślił historyczny rys starań i zabiegów o zdobycie tej budowli, porównał pierwotne plany z uszczuplonemi przez ministeryum oświaty, wreszcie wyraził uznanie dla fun-

kcyonaryuszów, którzy przyczynili się do dźwignięcia tego przybytku. Następnie wyłożył techniczne warunki przewietrzania, oświetlania i ogrzewania, a wreszcie oprowadził po salach i pracowniach, w których zebrani mogli przekonać się o obmyślanem zużytkowaniu nowoczesnej techniki do celów lecznictwa i nauczania.

* Dr. Biegański wystąpił z wnioskiem założenia w Częstochowie Towarzystwa lekarskiego.

* Z dniem 1 kwietnia rb. zacznie wychodzić w Warszawie czasopismo *Chemik polski*, tygodnik, poświęcony wszystkim gałęziom chemii teoretycznej i stosowanej. Redaktorem nowego czasopisma będzie Br. Znatowicz. Cena roczna wynosi 10 rubli. Tymczasowy adres: Warszawa, Krakowskie Przedmieście, 66, w redakcyi *Wszechświata*.

* Prof. R. Koch wyjeżdża na wyspy Bryońskie, w celu dalszego badania zakażenia zimniczego.

* Niemiecki komitet centralny, stojący na czele zakładów dla suchotników, powołał do życia międzynarodowe centralne biuro walki z gruźlicą. Doświadczenie lat ostatnich przekonało, że działalność przeciw gruźlicy przybrała olbrzymie rozmiary, a tem samem wyłoniła się niezbędna potrzeba biura pośredniczącego, które znajduje się w Berlinie (Wilhelmsplatz, 2).

* W myśl testamentu niedawno zmarłego redaktora *Wracza*, prof. Manasseina, redakcyę na następne trzy kwartały objął Dr. Władisławlew. Z końcem bież. roku wydawnictwo *Wracza* ma ustać ostatecznie (*Jeżeniedielnik* Nr. 9).

* Piąty międzynarodowy kongres fizyologów odbędzie się w Turynie od 17 do 23 września r. bież. pod kierunkiem prof. Angelo Mosso.

* Prezydyum Izby lek. berlińskiej postanowiło wysłać do Rady związkowej petycyę przeciwko przypuszczeniu wychowańców szkół realnych do uczęszczania na niemieckie Wydziały lekarskie i wezwało inne Izby niemieckie do wystąpienia solidarnego.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Pio Marfori został zwycz. prof. farmakologii w Padwie. Dr Rajmundo Garcia Quintero, mian. prof. chirurgii patologicznej w Saragosie. Kierownikiem w hamburskiej klinice dla chorób podzwrotnikowych mianowany został Dr. Nocht.

Zapiski bibliograficzne.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 3: Goldman: Kilka słów o leczeniu owrzodzonej goleni sposobem Schleicha. Jarosiński Przypadek »choreae senilis.« Grodecki: Prosty zabieg leczniczy przy otruciu tlenkiem węgla. Sterling: Sprawozdanie z »Oddziału chorych piersiowych« przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za r. 1899 i 1900.

— *Zdrowie* (marzec): Michalski: O własnościach odolu. Tchórznicki: Kąpiele w wagonach. Chełchowski: Nasze chaty wiejskie przed 100 laty.

— *Przegląd Dentystyczny* Nr. 2: Krakowski: O przypadłościach ze strony jamy ustnej pod wpływem grypy.

— *Kronika Lekarska* Nr. 5: Winiarski i Wolfram: Trzy przypadki porażenia Landryego. Miklaszewski: O zmiennej nierówności źrenic. Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie.

— *Medycyna* Nr. 11: Kramsztyk: O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 11: Krokiewicz: Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Meczkowski: Przyczynek do nauki o tężyczce (dok.). Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 11: Jaklin: 41 laparotomie. Záhor: O klasifikaci příčin úmrti dle Bertillona (dok.).

— *La Semaine médicale* Nr. 10: Achard: Niebezpieczne wymioty podczas ciąży. Ehret: Znaczenie prątków nitkowatych w żołądku dla wczesnego rozpoznania raka tego narządu.

— *La Presse médicale* Nr. 20: Jayle: L'hôpital Bretonneau. Ehrmann: La recherche de l'albumine. Nr. 21: Debove: Néphrite latente chez un saturnin. Linossier: Le régime alimentaire des hyperchlorhydriques.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 11: Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym. Alt: O podwiązaniu żyły szyjnej (*v. jugularis*) przy zakrzepie w zatokach pochodzenia usznego. Zulchner: O szwie sercowym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11: Meyer: O podskórnem wstrzykiwaniu parafiny. Bertelsmann: Przypadek ucisku mózgu powstałego wskutek rozdarcia zatoki, wyleczony drogą operacyjną. Bender: O przewlekłem zesztywniającem zapaleniu stosu pacierzowego. Zahn: Przypadek ogólnego zapalenia nerwów. Stich: W sprawie arsenu. Gerlach: Przypadek porażenia miejsca przyczepu łożyska. Schulze: Przyczynek do leczenia zanogcicy. Gessner: O skaczącem z oka na oko rozszerzeniu źrenicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 11: Mertens: Biologiczny dowód pochodzenia ze krwi białka w moczu przy zapaleniu nerek. Michaelis: W sprawie niszczenia prątków gruźliczych w tłuszczach jadalnych. Rothman: O lipochromie komórek zwojowych. Heller: O rumieniu wypocinowym wielopostaciowym, powstającym po zadrażnieniu chemicznem cewki moczowej. Franck: O przyczynach powstawania zapaleń gruczołu sutkowego u dorastających. Steffeck: Przyczynek do leczenia macicy chorobowo ustalonej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11: Schäper: Znaczenie kursów uzupełniających dla oficerów sanitarnych. Burghardt: O wpływie na Ehrlichowską dyasoreakcyę substancyi, posiadających silne powinowactwo do odczynnika Ehrlicha. Widenmann: Kazuistyka przepuklin przeponowych u osób żywych. Dorendorf: Przyczynek do nauki o porażeniu nerwu krtaniowego górnego. Menzer: Wynik bakteryologicznego badania w jednym przypadku zapalenia błon mózgowordzeniowych. Glatzel: Godny uwagi przypadek zapalenia grypowego krtani. Braun: Przyczynek do leczenia przerostu gruczołu krokowego. Werner: Rozsiane punkty kostne na powięzi uda. Nikolai: Przyczynek do zapalenia surowiczego powięzi Tenona. Stenger: O ropniu w mózgu pochodzenia usznego. Krummacher: Przyczynek do techniki i wskazań rozszerzania macicy. Hoffmann: O kiłowem wczesnem zapaleniu opon na podstawie mózgu.

Redakcya otrzymała:

Filipkiewicz: Cieplice Trenczyńskie na górnych Węgrzech. Beck C.: 1) Ueber den Werth der Castration bei Prostata-Hypertrophie. 2) Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea. 3) Zur Behandlung des Pyothorax. 4) On the treatment of metacarpal fracture. 5) On suspending the uterus on the round ligaments. 6) A new operation for inguinal hernia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 27-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. Korczyński wygłosi odczyt na temat: „Rozwój i obecne stanowisko organoterapii" (Część I.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Kursa dla PP. lekarzy mających przystąpić do egzaminu fizykackiego w terminie wiosennym, rozpoczną się dn. 26 b. m. z następujących przedmiotów:

1) Chemia sądowa i higieniczna Doc. Dr. Seńkowski.

2) Farmakognozya wraz z ćwiczeniami mikroskopowemi Doc. Dr. Lemberger.

3) Toksykologia Tenże.

4) Medycyna sądowa i ćwiczenia sekcyjne Dr. Horoszkiewicz.

5) Higiena i bakteryologia Dr. Bier i Dr. Bernaciński.

Rok XL. Kraków, 30 Marca 1901. Nr. 13

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. III. Serya orzeczeń sądowolekarskich Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

VIII. Wątpliwa śmierć z uduszenia.

Po bójce, która miała miejsce w szynku w nocy z 1-go na 2-go stycznia 1898 r. między żołnierzami a wyrobnikami żydami, znaleziono w sieni tegoż szynku zwłoki freitra Stępkowicza, leżące na wznak na ziemi z głową odwróconą ku drzwiom od ulicy, obok beczek rzędem pod ścianą ustawionych W otoczeniu zwłok nie znaleziono nigdzie żadnych śladów krwawych lub narzędzi, użytych do bójki. Jakkolwiek denat znany był z tego, że lubił się napijać, przecież miał być krytycznego wieczoru zupełnie trzeźwym.

Wskutek doniesienia sądowego odbyła się dnia 3-go stycznia 1898 roku sekcya sądowa wobec komisyi cywilnej i wojskowej.

A. Oględziny zewnętrzne:

1. Michał Stępkowicz, l. 23, wzrostu dobrego, silnej budowy kośćca, o podściółce tłuszczowej dobrze rozwiniętej.

2) Stężenie trupie utrzymuje się jeszcze w małym stopniu w kończynach górnych, a wybitniej w kończynach dolnych. Plamy trupie na niżej położonych częściach ciała bardzo rozległe i jako takie przez nacięcie stwierdzone. Źrenice równo i nie nadmiernie rozszerzone. Na spojówkach niema śladu wybroczyn. Z jamy ust i nosa wylewa się ciecz wodnista w dość znacznej ilości, szczególnie przy poruszeniu zwłok na bok.

3. Na czole po stronie lewej ponad guzem czołowym znajdują się trzy otarcia naskórka, jedno od drugiego mniej więcej $1^1/_2$ ctm. odległe, każde mniej więcej wielkości $^1/_2$ centa. Otarcia te przedstawiają się zaschłe tak, że przy dotknięciu dają wrażenie suchej skóry i twardsze aniżeli skóra nienaruszona. Barwa tych otarć jest szaroczerwona. Po nacięciu skóry w tych miejscach stwierdzono, że otarcie to ogranicza się do najpowierzchowniejszych warstw skóry; w tkance skórnej w miejscu przecięcia nie stwierdzono najmniejszego przekrwienia lub wynaczynienia, tkanka podskórna odpowiednio do otarć nie przedstawia żadnych zmian.

4. Na brodzie po stronie lewej otarcie naskórka wielkości centa, pergaminowato zaschłe, przy dotyku twarde, niepodatne. Po nacięciu stwierdzono, że skóra w głębszych warstwach, jako też tkanka podskórna nie okazują przekrwienia lub wynaczynień.

B. Oględziny wewnętrzne:

5. Po zdjęciu powłok czaszki miękich nie przedstawiają one po stronie wewnętrznej żadnych ograniczonych podbiegnięć, tak samo i czepiec czaszkowy bez zmian; również i w miejscach odpowiadających otarciom naskórka pod 3) opisanym.

6. Po przepiłowaniu sklepienia czaszki stwierdza się silne przyleganie opony twardej mózgu do kości czaszki.

7. Sklepienie czaszki symetryczne, kości sklepienia dosyć cienkie. Po obu stronach szwu strzałkowego głębokie ubytki w kościach ciemieniowych tak, że do światła zupełnie kości przeświecają. Ubytki te przedstawiają mniej więcej rozległość 20-halerówki. Sklepienie czaszki nigdzie nie naruszone.

8. Opona twarda w całości, jednak najwybitniej w częściach tylnych przekrwiona, żyły opony znacznie wypełnione krwią; w zatoce sierpowatej większej, oprócz krwi płynnej, skrzepy pośmiertne. Opona gładka, lśniąca, wzdłuż zatoki po stronie zewnętrznej opony rozległe i dość wysokie wypuklenie opon przez silne rozwinięcie wybujałości Pacchiona. Opona twarda przedstawia się w tem miejscu po stronie zewn. zgrubiałą i mlecznie zabarwioną.

9. Po zdjęciu opony twardej przedstawia się opona pajęcza przekrwioną, przesiąkniętą cieczą surowiczą; w rowkach zwojowych również znaczna ilość cieczy surowiczej, jasnej. Po wyjęciu mózgu wylewa się z kanału kręgowego w znacznej ilości ciecz surowicza, jasna.

10. Na przekroju mózg przedstawia się przekrwionym, zbitości ciastowatej, o istocie szarej ściśle odgraniczonej od białej. Komórki boczne znacznie rozszerzone, zawierają znaczną ilość cieczy surowiczej jasnej. Sploty naczyniowe przekrwione. Zwoje podstawowe i obwodowe na przekroju oprócz przekrwienia nie okazują zmian chorobowych.

11. Podstawa czaszki nie naruszona.

12. Na skórze szyi nie stwierdzono żadnych zmian, jako też i skóra po odpreparowaniu po stronie wewn. przedstawia się zupełnie prawidłowo, w mięśniach szyi żadnych zmian nie znaleziono.

13. Tchawica *in situ* otwarta, zawiera mierną ilość cieczy pienistej, śluzowatej; błona śluzowa tchawicy przekrwiona.

14. Po wyjęciu tchawicy i krtani wraz z przełykiem wydobyto płuca, przyczem stwierdzono, że lewe płuco na całej powierzchni jest silnymi zrostami spojone z klatką piersiową, płuco prawe wolne.

15. Opłucna płuca prawego gładka, lśniąca, pod opłucną nie znaleziono nigdzie punkcikowatych wybroczyn. Opłucna płuca lewego znacznie zgrubiała.

16. Miąższ płuc wszędzie powietrzny, przy nacięciu zalewa się w częściach przykręgowych bardzo obficie krwią czarną, mało pienistą, w częściach zaś przednich cieczą pienistą krwawą. Miąższ płuc w częściach przednich jest nieco suchszy i znaczniej niedokrewny w porównaniu z częściami przykręgowemi, które są opadowo przekrwione.

17. Worek sercowy okazuje plamy mleczne i zawiera mierną ilość cieczy surowiczej jasnej.

18. Serce w wymiarze poprzecznym powiększone; na osierdziu serca również liczne zgrubienia barwy mlecznej. Pod osierdziem serca liczne wybroczyny punkcikowate barwy czarnej. Mięsień sercowy wiotki, na przekroju o zabarwieniu żółto-brunatnem, kruchy. Komórki sercowe zawierają krew, szczególnie prawa, w znacznej ilości, przeważnie skrzepłą; między beleczkami komórki lewej skrzepy krwi. Z żyły wpadającej do serca wydobyto skrzep dość długi, na powierzchni czarny, wewnątrz biały. Zastawki bez zmian.

19. Żołądek rozdęty zawiera treść pokarmową, mianowicie rozpoznać można kapustę, a oprócz tego ciecz dość płynną, jasną, kwaśnego zapachu. Błona śluzowa żołądka pokryta znaczną ilością gęstego śluzu, na szczytach fałdów zabarwienie szaro-łupkowe, błona śluzowa zgrubiała. Jelita zawierają bardzo znaczną ilość kału. Błona śluzowa jelit rozpulchniona, zresztą bez zmian.

20. Na wątrobie torebka przedstawia miejscowe zgrubienia, od wielkości grochu do wielkości $^1/_2$ centa, mleczno zabarwione. Wątroba powiększona, o brzegach zaokrąglonych. Na przekroju miąższ wątroby o konsystencyi zbitszej, niż prawidłowa. Wątroba nie przedstawia się przekrwioną.

21. Śledziona również o torebce zgrubiałej, powiększona, o miąższu dającym się łatwo zeskrobać.

23. Nerki dość duże, torebka schodzi łatwo. Istota korowa od rdzennej ściśle odgraniczona. Nerki przedstawiają stan przekrwienia opadowego.

23. Pęcherz nieco wypełniony moczem. Błona śluzowa bez zmian.

24. Kościec nigdzie nie naruszony.

Orzeczenie.

Sekcya denata wykazała zmiany przedewszystkiem charakteru przewlekłego, jak zgrubienia błon surowiczych, mianowicie osierdzia, torebki wątrobowej, śledziony i opony mózgu twardej i miękkiej; następnie zwyrodnienie tłuszczowe i zwyrodnienie wątroby w formie marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis incipiens*), wreszcie zmiany nieżytowe żołądka i jelit. Zmiany te polegają na przewlekłem zatruciu wyskokowem. Na tem samem tle rozwinęło się znaczne nagromadzenie tłuszczu w sieci większej jak i w krezce. Do świeższych zmian odnieść należy przekrwienie mózgu i wytworzenie się obrzęku mózgu, jakoteż wynaczynionki podosierdziowe, chociaż takowe, ze względu na swe prawie czarne zabarwienie, jako przeobrażenie krwi dawniej wynaczynionej uważać należy. Dalej znaleziono otarcia naskórka na czole i na brodzie, które powstać mogły w ostatnich chwilach życia. Ślady te zewnętrzne wraz z obrazem zmian wewnętrznych (przekrwienie mózgu, wynaczynionki podosierdziowe) przemawiałyby za śmiercią gwałtowną, spowodowaną przez uduszenie. Przemawiałyby zaś przeciwko temu przypuszczeniu obraz przekrwienia narządów wewnętrznych, jak płuc i wątroby, brak płynności krwi i dość rozwinięty skrzep biały w sercu; ten ostatni przemawiałby raczej za dłuższy czas trwającem konaniem. Wreszcie brak jakichkolwiek śladów na szyi przemawiałby również przeciw śmierci gwałtownej z uduszenia.

Bezpośrednia przyczyna śmierci wywołaną była przekrwieniem mózgu znacznego stopnia przy istniejących już zmianach przewlekłych, powstałych skutkiem alkoholizmu, a w następstwie porażenia mózgu. Czy przekrwienie mózgu było w tym przypadku wywołane bądźto nadmiernem użyciem alkoholu, bądź też przez działanie urazu zewnętrznego, stanowczo orzec nie możemy.

Protokół powyższy wraz z orzeczeniem podpisali dwaj znawcy sądu cywilnego i dwaj znawcy ze strony c. i k. armii. Tymczasem w dniu 5-tym stycznia 1898 zgłosił jeden z c. i k. lekarzy wojskowych, który pełnił przy sekcyi obowiązki znawcy i protokół wraz z orzeczeniem podpisał, odmienne orzeczenie dodatkowe. W orzeczeniu tem wyklucza stanowczo śmierć naturalną z tego powodu, że denat za życia nigdy nie chorował, „kwitnąco“ wyglądał i był dobrze zbudowany, a oświadcza się za śmiercią gwałtowną z uduszenia. Natomiast znawcy cywilni wykluczają w swem dodatkowem orzeczeniu z dnia 21 stycznia stanowczo uduszenie gwałtowne, jako przyczynę śmierci, a to z powodu braku płynnej krwi w ustroju i braku wynaczynionek podopłucnowych. Przekrwienie i obrzęk mózgu odnoszą do ostrego zatrucia alkoholem, które przyjmują na podstawie zmian, świadczących za alkoholizmem przewlekłym i zeznań świadków, iż denat lubił się napijać. Otarcia naskórka powstały, zdaniem znawców, po śmierci lub w ostatniej chwili życia, gdy denat padał na ziemię.

Wobec tych sprzeczności sąd zasięgnął zdania Wydziału lekarskiego, którego orzeczenie, oparte na zbadaniu aktów sprawy, opiewało:

1) Sekcya zwłok M. Stępkowicza nie wykazała żadnych takich zmian, któreby zdolne były wytłómaczyć przyczynę śmierci.

2) Obecność w wielkich naczyniach krwionośnych oraz w sercu skrzepów krwi ciemnych i białych, które były nadto między beleczkami mięsnemi w wnętrzu serca usadowione, stwierdza, iż denat zmarł śmiercią nie nagłą, lecz powolną, t. j. poprzedzoną dłuższem konaniem.

3) Z uwagi na ten fakt, że śmierć denata nie była nagłą, oraz że na jego zwłokach oprócz czterech niecharakterystycznych kształtem i usadowieniem otarć naskórka, krwią niepodbiegniętych, zatem powstałych najprawdopodobniej po śmierci, zresztą żadnych innych śladów obrażenia nie znaleziono, Wydział lekarski nie znajduje żadnej podstawy do przypuszczenia śmierci gwałtownej wogóle, w szczególności śmierci z gwałtownego uduszenia przez zadławienie.

Wobec tego orzeczenia sąd zaniechał sprawy, atoli w kilka miesięcy potem wdrożono ponowne śledztwo wskutek polecenia władz wyższych. Ponowne i więcej energiczne śledztwo wykazało następujące, zupełnie nowe szczegóły: Wedle zgodnych zeznań licznych świadków w chwili krytycznego zajścia denat nie był wcale pijanym; wyszedłszy z izby szynku na ulicę, wrócił po chwili napowrót i oświadczył obecnym, że jacyś ludzie nie chcą go przepuścić do koszar, wobec czego będzie zmuszony na gwałt gwałtem (bagnetem) odpowiedzieć. Po tem oświadczeniu opuścił izbę ponownie. Od tej zaś chwili, aż do chwili znalezienia jego zwłok w sieni szynku, upłynęło, zdaniem wszystkich świadków, od 15—30 minut czasu (!). Zwłoki denata miały mieć kończyny dolne zgięte, tak, iż przedudzia były zwrócone ku udom; pomiędzy niemi spoczywał wydobyty bagnet. Ciż sami świadkowie, bawiący podówczas w izbie szynku, słyszeli gwar na ulicy i głosy „bić, ubić na śmierć żołnierzy“, potem zaś wołanie o wodę. Świadek Tarka widział, jak w sieni bito nieznanego mu żołnierza po głowie i jak go kolankowano; żandarm Warszawski słyszał w czasie przeprowadzania wstępnego śledztwa od Icka Pencaka, iż on wraz z Helsingerem, Bernfeldem i innymi wspólnikami mu nieznanymi bili denata w sieni. Pencak miał go chwycić pod gardło, aby nie mógł krzyczeć, tymczasem Bernfeld bił go wówczas po głowie pięściami. Skoro zauważyli, że denat jest bezwładnym, zostawili go w sieni i wybiegli na ulicę. Zeznania te uznał Pencak w śledztwie sądowem jako nieprawdziwe i przez siebie nie podane. Świadek Harwat podał, iż gdy pewnego razu już po śmierci Stępkowicza w sprzeczce chwycił go obwiniony Pencak pod szyję, odgrażał mu się słowami, iż go tak udusi jak żołnierza, za którego nie był wcale karanym. Wreszcie zeznali lekarze wojskowi, iż przy sekcyi, którą wykonywali znawcy cywilni, zwrócili oni tym ostatnim uwagę na istniejące złamanie kości gnykowej, jednak znawcy cywilni oświadczyli, że złamanie to wywołali przypadkiem sami przy sekcyi. Wobec tego, choć zdaniem c. i k. lekarza pułkowego, Dra S., złamanie to powinni byli znawcy cywilni wpisać w protokole oględzin, ci przecież tego nie uczynili. W dodatkowem przesłuchaniu oświadczyli znawcy cywilni, że złamanie kości gnykowej nastąpiło przy sekcyi i dlatego nie było krwią podbiegnięte; jako wywołane pośmiertnie przy sekcyi nie uważali za stósowne w protokole oględzin opisać (?!).

Na wiadomość o wznowieniu śledztwa umknęli dwaj z głównie obwinionych, t. j. Pencak i Buchsbaum, natomiast resztę wspólników, między nimi Helsingera i Bernfelda, aresztowano.

W ten sposób uzupełnione całkiem nowymi szczegółami akta śledcze przesłał sąd ponownie Wydziałowi lekarskiemu, który w tej dziwnie od początku przez znawców i niedokładne pierwsze śledztwo zagmatwanej sprawie, nie mógł wydać stanowczego orzeczenia.

Orzeczenie Wydziału:

1) Wydział lekarski nie może sobie żadną miarą wyrobić zdania o przyczynie i jakości śmierci ś. p. Michała Stępkowicza, albowiem między wynikiem wznowionego i całkiem nowe szczegóły przywodzącego śledztwa, a wynikiem dochodzeń znawców, zachodzą zasadnicze przeciwieństwa.

2) Biorąc pod rozwagę następujące okoliczności, przeważnie stwierdzone wznowionem śledztwem: *a)* iż między ostatniem wydaleniem się denata z szynku a znalezieniem jego zwłok upłynęło od 15 - 30 minut, zatem mało czasu dla wyjaśnienia powolnej śmierci człowieka, który, opuszczając po raz ostatni izbę szynku, był przynajmniej pozornie zdrowym, skoro na żadne dolegliwości się nie użalał i który nie był pijanym, skoro wzywając obecnych na świadków wyrządzanego mu gwałtu, usprawiedliwiał się z konieczności użycia w swej obronie bagnetu; *b)* iż sekcya nie stwierdziła takich zmian anatomicznych, któreby jasno i stanowczo określały przyczynę dłuższem konaniem poprzedzonej śmierci; *c)* iż widziano, jak w sieni szynku bito żołnierza, słyszano gwar bójki, wołanie o wodę, iż jeden z obwinionych przyznał się do dławienia denata; *d)* iż wszyscy znawcy wspominają dopiero przy wznowionem śledztwie o złamaniu kości gnykowej, stwierdzonem przy sekcyi, — możnaby jedynie ten tylko wysnuć wniosek, że M. Stępkowicz zmarł nagle wskutek uduszenia, dokonanego przez zadławienie.

3) Biorąc zaś z drugiej strony pod rozwagę następujące szczegóły, wyjęte z protokołu sekcyi: *a)* że zewnętrznie stwierdzono na ciele denata trzy otarcia nad lewym guzem czołowym i jedno po lewej stronie brody krwią niepodbiegnięte; *b)* że zresztą żadnych innych obrażeń, w szczególności na szyi, nie napotkano; *c)* że w sercu i w żyle dosercowej znaleziono przeważnie tylko skrzepy krwi, już to ciemne, już też mięszane, zewnątrz ciemne, a wewnątrz białe, bądź luźne, bądź też między beleczki ścian serca wplecione, można ten tylko wysnuć wniosek, jaki Wydział lekarski w swem pierwszem orzeczeniu wyraził, t. j., że denat zmarł śmiercią, poprzedzoną dłuższem konaniem i że nie ma podstawy do przypuszczenia śmierci gwałtownej i nagłej, czy to wskutek zadławienia, czy też wskutek wstrząsu, o który obecnie Sąd się zapytuje.

4) Zarazem zwraca Wydział uwagę na sprzeczności, zachodzące między brzmieniem protokołów, pisanych w polskim (dla sądu cywilnego) i w niemieckim (dla sądu wojskowego) języku. I tak, gdy w polskim protokole jest mowa tylko o opadowem przekrwieniu tylnych części płuc, a wobec tego w orzeczeniu o braku przekrwienia tychże, to w protokole niemieckim jest mowa o znacznem przekrwieniu płuc wogóle; w protokole polskim jest wzmianka, że w zatoce sierpowatej mieściły się wiotkie ciemne skrzepy obok krwi płynnej, w protokole niemieckim ustępu tego brakuje. Podczas gdy znawcy wojskowi są zdania, że złamanie kości gnykowej mogło powstać za życia wśród dławienia, to znawcy cywilni uznają je stanowczo za powstałe przy sekcyi, zatem po śmierci. Wydział lekarski nie może ukryć swego zdumienia, że znawcy, stwierdziwszy to złamanie, choćby nawet powstałe wśród sekcyi, nie opisali go w protokole, co więcej, że znawca c. i k. lekarz pułkowy, Dr. S., zwróciwszy pierwszy uwagę na to obrażenie, nie wspomina o niem ani w swym protokole, ani w swem późniejszem, zasadniczo odmiennem orzeczeniu, chociażby wzmianka ta mogła mu się wielce przydać do poparcia swego zapatrywania śmierci z zadławienia, a przypomina sobie to obrażenie dopiero po upływie roku od chwili sekcyi, w czasie wznowionego śledztwa. Zarazem nadmienia się jeszcze, że złamanie kości gnykowej wogóle, a w szczególności przy sekcyach zwłok osób tak młodych, jak denat, należy wedle doświadczenia niektórych członków Wydziału do rzadszych zdarzeń.

5) Wobec tylu zasadniczych sprzeczności nie może Wydział lekarski rozstrzygnąć przyczyny śmierci denata. Gdyby do obecnej chwili nie upłynął już tak długi przeciąg czasu, gdyby zatem była nadzieja jakiegokolwiek pewniejszego wyniku sekcyi powtórnej, nie wahałby się Wydział lekarski zalecić zarządzenie i podjęcie jej przez doświadczonych znawców.

W sierpniu 1899 r. odbyła się w sądzie obwodowym w N. S. rozprawa główna przeciw pozostałym wspólnikom przy krytycznem zajściu i zakończyła się zasądzeniem.

Uwagi epikrytycznie tego przypadku muszą z natury rzeczy dotyczyć głównie jednego szczegółu, t. j. znalezienia skrzepów krwi ciemnych i białych, luźnych i między beleczki ściany serca wplecionych, jako bądź co bądź niezwykłego zjawiska w przypadku nagłej śmierci z uduszenia lub wstrząsu *(schoku)*. Szczegół ten był przedmiotem szeregu doświadczalnych badań, przeprowadzonych przezemnie w ciągu ubiegłego roku szkolnego, z których w następnym artykule zdaję sprawę. Inne niedokładności znawców są wystarczająco podniesione w orzeczeniu Wydziału lekarskiego.

II. Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. *(Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides).*

Podał
Dr. Józef Krzyszkowski,
asystent instytutu.

(Ciąg dalszy).

Szczegóły odnoszące się do mego przypadku są następujące:

Wywiady. A. Z. l. 29, zamężna od lat 13; rodziła raz jeden przed 12 laty, dziecko żyje i jest zdrowe. Miesiączka do czasu zasłabnięcia odbywała się prawidłowo. Choroba obecna zaczęła się, jak chora podaje, od marca 1899 r. Objawiła się silnem krwawieniem. Krew odchodziła ciągle i tylko od czasu do czasu były 2—3-dniowe przerwy.

Z powodu tych krwotoków zgłosiła się we wrześniu 1899 r. na oddział ginekologiczny, gdzie rozpoznano poronienie dwumiesięczne (?) i dokonano odjęcie polipa. Po ośmiodniowym pobycie w szpitalu czując znaczne polepszenie powróciła do domu. Przez miesiąc krew nie pokazywała się, tylko od czasu do czasu występowały brudne upławy. Po miesiącu zaczęła znów krwawić, a w październiku 1899 r. zgłosiła się do szpitala po raz drugi; tu rozpoznano znów „polipa i zapalenie błony śluzowej macicy“ i wykonano wycięcie polipa i wyłyżeczkowanie błony śluzowej macicy.

Po dziesięciodniowym pobycie chora opuściła szpital; przez 3 tygodnie stan był dobry, nie krwawiła wcale, jednak upławy brudne utrzymywały się i nadal.

W czwartym tygodniu krwawienie znów wystąpiło i z przerwami 3—4-dniowemi powtarzało się ciągle. Od trzech tygodni krwawienie trwa bez przerwy. Przez cały ten czas chora miała silne bóle dołem brzucha i w krzyżach. Stolec był stale zaparty, a występował dopiero po zażyciu oleju rącznikowego. Chora oddaje mocz z trudnością, parcie na mocz ma częste. W czasie moczenia czuje silne pieczenie, — ciepłota wieczorna podwyższona.

Z tymi przypadłościami zgłosiła się chora dn. 9-go lutego 1900 r., na oddział ginekologiczny szpitalny.

Stan obecny: Kobieta wzrostu małego, budowy wątłej, o skórze barwy woskowo-żółtej, błonach śluzowych bladych; w pochwie guz miękki, rozpadający się, wychodzący z wargi tylnej macicy i przechodzący w części na wargę przednią po stronie prawej. Guz ten jest wielkości pomarańczy, kruchy i przy dotknięciu obficie krwawi. Macica nie powiększona, ruchoma, daje się łatwo ściągnąć ku dołowi.

Rozpoznano: *Sarcoma uteri.*

11/2. Wyskrobano część pochwową i przypalono żegadłem. Uzyskaną tkankę odesłano mi do zbadania.

12/2. Przystąpiono do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. Operacyi dokonano zapomocą klamer.

Przebieg po operacyi: Jakkolwiek gojenie się rany w pochwie miało przebieg całkiem prawidłowy, to jednak już od czwartego dnia chora zaczęła w godzinach wieczornych gorączkować, a 26/2 t. j. w 14 dniu po operacyi można było stwierdzić nad spojeniem łonowem naciek bolesny, który niewątpliwie pochodził z przerostu nowotworu na otrzewnę. Gorączka utrzymywała się ciągle, wejrzenie chorej stawało się coraz bardziej charłacze.

14/3 1909 t. j. w rok od zasłabnięcia z zagojoną raną w pochwie, a z wybitnymi bolesnymi naciekami nowoutworzonymi nad wchodem do miednicy, chora na własne żądanie, jako nieuleczona, opuściła szpital.

Kawałki uzyskane d. 11/2 przy skrobaniu, jakoteż i części z nowotworu, uzyskane przy operacyi dnia następnego, ustalono w nasyconym rozczynie sublimatu. Resztę zaś, wskutek krótkiego działania słabego rozczynu formolu prawie że niezmienioną, otrzymałem natychmiast.

Opis makroskopowy.

Przysłane masy wypełniają naczynie litrowe, robią pierwsze wrażenie zaśniadu. Składają się z licznych krągłych lub eliptycznych jagód. Krągłe, wielkości grochu, wiszą na cieniutkich niteczkowatych szypułkach. Eliptyczne dochodzą wielkości pestki śliwki i przechodzą jednostajnie się zwężając w cienkie, nieraz nitkowate szypuły. Barwa ich od blado-różowej i czerwonej dochodzi do sino-czerwonej. Powierzchnia gładka, lśniąca, przeświecająca, — tu i owdzie białawo-zielonkawa, obumarła, gdzieniegdzie na powierzchni krew lub masy włóknikowe. Jagody w dotknięciu miękkie i elastyczne. Przekrój jednostajny — okazuje utkanie bardzo wiotkie i obrzękłe, środek zapada się nieznacznie pod powierzchnię. Przy słabym ucisku daje się wycisnąć z miąższu ciecz obfita, przeźroczysta, wodojasna, — lub na różowo zabarwiona.

Oprócz tych wybitnych i niejako odosobnionych jagód widać liczne cienkie, do 3 ctm. długie, polipowate wybujałości. Polipków tych zwykle po kilka wychodzi razem ze wspólnej podstawy, a ściśnięte otoczeniem, uciskają się nawzajem, na szczycie zaś są zwykle pałkowato zgrubiałe, — lub przechodzą w wyżej opisane jagody. Powierzchnia ich i przekrój są takie, jak u jagód wyżej opisanych.

Dalej przechodzimy do tworów z powierzchni i przekroju podobnych zupełnie do poprzednich, tyle tylko, że szeroką podstawą na właściwych masach nowotworowych umieszczonych. Twory te mają powierzchnię guzowatą i zatokowatą, a na pierwszy rzut oka robią wrażenie znacznie obrzękłej błony śluzowej.

Macica niezbyt przez operacyę zmaltretowana, rozcięta od przodu cięciem podłużnem wzdłuż linii środkowej, jest w dwójnasób powiększona. Powiększenie to dotyczy głównie części szyjnej.

Część szyjna jest jednostajnie wewnątrz zajęta masami nowotworowemi, przechodzącemi w owe polipowate i guzowate wyżej opisane wybujałości; wybujałości te zostały w wielkiej części podczas operacyi usunięte, a o ile z preparatu sądzić można, to najobfitsze musiały się znajdować na tylnej ścianie szyi. Naciek nowotwórczy zajmuje w całości część pochwową, nacieczа równocześnie od wewnątrz ścianą szyi i dolną część trzonu macicy, pozostawiając wprawdzie granicę od tkanki zdrowej, jakkolwiek nierówną, to jednak makroskopowo wyraźnie widoczną.

Na ścianie tylnej trzonu i szyi przy ujściu wewnętrznem wypukla się ku światłu guz wielkości dużej śliwki; — guz ten jest dość zbity, — siedzi podstawą szeroką w głębi miąższu, okazuje budowę siatkowatą. Barwa tego guza, jak i reszty mas nowotwórczych szaro-różowo-biaława, zbitość reszty mas nowotworowych dość miękka.

Światło trzonu rozszerzone, ściany odpowiednio przerosłe tak, że rozciągnięcia mechanicznego na nich nie widać. Z powierzchni wewnętrznej guza wychylają się do światła liczne, od najdrobniejszych do długich na $1^1/_2$ ctm., pałkowate, zgrubiałe, polipowate wybujałości. Błona śluzowa wnętrza macicy w całości zgrubiała, przechodzi w guz i zlewa się jednostajnie z opisanemi wybujałościami; oprócz tego w obu rogach widać liczne, drobne, wielkości główki sondy anatomicznej, na cieńszych nieco szypułkach polipki.

Cały preparat z macicy w przewidywaniu, że będę jeszcze potrzebował robić skrawki, ustaliłem 10% formaliną.

Opis mikroskopowy. Krągłe i eliptyczne jagody, a polipowate i guzowate wybujałości przedstawiają jeden i ten sam charakter mikroskopowy. Na powierzchni są pokryte jużto wielowarstwowym płaskim (część pochwowa) nabłonkiem, jużto jednowarstwowym waleczkowatym. Jagody wskutek utrwalania, a jeszcze więcej wskutek odwodnienia, znacznie zmniejszyły swą objętość i z tego powodu powierzchnia ich na przekroju jest najdziwaczniej pogiętą i pomarszczoną. Polipowate i guzowate wybujałości okazują w głębi ogniska przybłonkowe fizyologicznego wejrzenia (wypustki) wielowarstwowego płaskiego i jednowarstwowego wałeczkowego nabłonka; wypustki te są zawsze w związku z warstwą powierzchowną, a szczególnie widoczne wybitnie w miejscu stykania się dwóch guzowatych wybujałości ze sobą, gdzie wytwarzają one zupełnie w głąb wnikające zatoki.

Oprócz tego widzimy w głębi liczne poprzeczne i podłużne przekroje zwykłych cewkowych gruczołów prawidłowej błony śluzowej, które tu i owdzie wskutek odsznurowania potworzyły różnej wielkości torbiele retencyjne *(ovula Naboti).*

Tyle co do warstwy powierzchownej i pierwiastków gruczołowych, spotykanych w głębi wszystkich polipowatych wybujałości.

Teraz przejdźmy do warstwy głębszej jagód i guzowatych wybujałości. Tu wśród wiotkiego podłoża, włókienek grubszych i cieńszych, nie barwiących się hematoksyliną, a barwiących się na blado-różowo eozyną, a na czerwono van Giesonem — i wśród znacznej ilości naczyń krwiono-

śnych i chłonnych, widzimy porozmieszczane różnej wielkości komórki nowotworowe. Protoplazma tych komórek niewidoczna gubi się wśród podłoża (tkanki podstawowej). Natomiast jądra barwią się bardzo dobrze hematoksyliną i są albo okrągłe (tych mniej), albo eliptyczne. Te stanowią znaczną większość. Wielkość ich odpowiada wielkości leukocytów, a dochodzi długości jądra mięśni gładkich, na szerokość zaś są 3—4 razy szersze. Jądro bardzo wyraźnie obrysowane, pęcherzykowate, zawiera zwykle kilka (2—3) jąderek i drobniutką siateczkę nitek chromatycznych. Wiele jąder hiperchromatycznych — i wśród komórek wiele komórek z mitozami. Hiperchromatozę i mitozy spotykamy w komórkach wszelkich wielkości, t. j. począwszy od komórek wielkości ciałka białego aż do największych (wielkości przekroju poprzecznego mięśnia prążkowanego) w małych zwykle mitozy regularne, typowe, w dużych najczęściej wielobiegunowe, czasem atypowe. We wszystkich komórkach, gdzie zaczynają się wytwarzać pętle chromatycznych nitek, tam obrysy protoplazmy stają się bardzo wyraźne. a komórka przybiera kształt okrągły, wyraźnie się powiększając. Porównując wiele obrazów mikroskopowych widać, że jądra komórek dużych po odbytej karyokinezie rozpadają się na 3, 5 do 7 jąder tegoż samego charakteru, jądra te leżą jeszcze jakiś czas blizko siebie w spólnej otoczce protoplazmatycznej, potem jądra się nieco rozsuwają, a obrysy protoplazmy wspólnej zacierają się, aż wreszcie stanowią już zupełnie odrębne komórki, a za wspólnem ich pochodzeniem świadczy tylko ułożenie w większej lub mniejszej grupie. Im bardziej się zbliżamy do podstawy czy to polipa, czy to wybujałości guzowatych, czyli do właściwego utkania nowotworowego, tem więcej znachodzimy komórek z mitozami i komórek olbrzymich, czasem po kilkanaście na jednem polu widzenia.

W ugrupowaniu komórek nowotworowych w jagodach i wybujałościach, widać pewien typ, a mianowicie grupują się najliczniej około wypustek gruczołowych, około naczyń tak krwionośnych, jak i chłonnych. Naczynia krwionośne są nieznacznie porozszerzane i wypełnione ciałkami krwi; śródbłonek ich duży, obrzękły. Na niektórych przekrojach wybujałości guzowatych widać, jak te naczynia rozgałęziają się i anastomozują ze sobą, biegnąc równolegle od warstw najgłębszych aż do powierzchownych.

Natomiast uderza obfitość naczyń chłonnych; są one porozszerzane, a w wielu miejscach, zwłaszcza przy podstawie wybujałości, tworzą torbiele. Podłoże znacznie obrzękłe, pojedyncze niteczki tkanki podstawowej są znacznie przesączyną porozsuwane. Komórki nowotworowe (ich jądra) zdają się zachowywać biernie i są albo z jednej strony niejako odsuwane od miejsc przedstawiających większy opór (ścian naczyń, gruczołów i powierzchni), albo też pozostały one tu w położeniu pierwotnem, ściśnięte wśród tkanki podstawowej zbitszej, a im dalej od tych miejsc, tem są one wskutek obrzęku na większej przestrzeni rozstawione.

Obok komórek nowotworowych, podłoża, naczyń i gruczołów, spotykamy jeszcze liczne, jedno- i wielojądrzaste leukocyty, których obecność łatwo wytłómaczyć sprawami zapalnemi (owrzodzenia i naloty włóknika).

O ile wszystkie preparaty z owych jagód i polipowatych wybujałości dawały jeden i ten sam obraz, a różnica polegała tylko na większym lub mniejszym obrzęku tkanki podstawowej, o tyle preparaty z właściwych mas nowotworowych z samej szyi, a zwłaszcza z owego guza, znajdującego się około ujścia wewnętrznego, okazują znaczną różnorodność.

Tu prawie każde pole widzenia daje nam odmienny obraz; największą zaś różnorodność mamy w preparatach z miejsc, pochodzących z części środkowej szyi, z ściany dolnej, tuż z przed owego guza. Tu też, tak jak u podstawy polipów, główną treść stanowią komórki mięsakowe różnej wielkości i kształtów, których tylko jądra barwią się dobrze i w większości są hiperchromatyczne. Różnica obrazu polega na tem, iż niema śladu obrzęku, a komórki leżą pośród licznych pęczków włókien mięśni gładkich i włókien tkanki łącznej. Komórki mięśni gładkich uderzają swą wielkością, są znacznie większe od komórek mięśni gładkich, położonych tuż obok w niezmienionej macicy; często jeden pęczek, złożony z kilku zaledwie komórek, biegnie przez całe pole widzenia; wogóle te włókna mięsne robią wrażenie włókien nowoutworzonych, a nie włókien ze szyi; na nich jednak nigdzie nie zauważyłem śladu jakiegokolwiekbądź prążkowania. Na innych polach spotykamy znów obraz odmienny; ciemno się barwiące jądra małych komórek mięsakowych, poukładane w dwóch szeregach, leżą pomiędzy włóknami mięśni gładkich, lub włóknami tkanki łącznej; miejsca te mają wybitnie siatkowatą budowę i przypominają utkanie śródbłoniaków.

Wśród tego siatkowatego utkania napotykamy też większe grupy komórek o jądrach owalnych i jądrach tworzących komórki olbrzymie; tak tu jak i tam hiperchromatoza i mitozy. Im bliżej ku powierzchni, tem więcej jąder owalnych, dochodzących nieraz olbrzymich rozmiarów i komórek olbrzymich; im bardziej w głąb ku prawidłowemu mięśniowi macicy, tem więcej komórek nowotworowych drobnych, prawie że okrągłych, o jądrach jasno lub ciemno się barwiących, bez wyraźnego typu. Granica nowotworu od miąższu macicy i mikroskopowo nierówna, ale wyraźna.

Dotąd nie spotykałem najważniejszych dla nas komórek heteroplastycznych. Pamiętając, że w przypadku (Richtera p. l. 17) dopiero po następnem sprawdzeniu go przez Grawitza znaleziono chrząstkę, starałem się ją tu bądź co bądź odszukać. Przy badaniu nowotworów Wilms radzi robić jak największe skrawki i ja też poszedłem za tą radą i oglądałem skrawki z narządu ustalonego we formalinie, cięte przez całą długość i szerokość dolnej ściany szyi. Na tych to dopiero skrawkach, okazujących największą różnorodność i mieszaninę wprzód opisanych obrazów, znalazłem bezsprzecznie dla nas najważniejsze heteroplastyczne ogniska. A mianowicie, małe typowe ognisko chrzęstne, obok ognisk śluzakowatych w miejscu odpowiadającem części środkowej dolnej ściany szyi macicy.

Te ogniska śluzakowate, tak jak i ognisko chrzęstne, leżą pośród wyżej opisanych komórek utkania mięsakowego, nie są ostro odgraniczone, tak substancya śródkomórkowa śluzakowata, jak i hyalinowa chrząstki gubi się w otoczeniu.

(Substancya śródkomórkowa ogniska śluzakowatego barwi się hematoksyliną typowo blado-niebiesko, w niej oprócz mniejszych komórek okrągłych, wielobocznych i wrzecionowatych, spotykamy okrągłe, prawdziwie rozmiarów olbrzymich, o grubych pętlach nitek chromatycznych, ułożonyc nieregularnie, lub też tworzących gwiazdy 3, 5 i 7 ramienn

i pochodzące z nich zbiory jąder, tworzące grupki, odpowiadające komórkom olbrzymim).

(Substancya hyolinowa ogniska chrzęstnego barwi się hematoksyliną typowo fiołkowo i okazuje budowę jednolitą, a w jej okrągłych lukach, gdzieniegdzie bardzo wyraźnie zaznaczonych, leżą różnej wielkości komórki chrzęstne. Jądra ich barwią się bardzo mocno (prawie czarno). Tu i owdzie komórki te dochodzą olbrzymich jak wyżej rozmiarów. W jądrach hiperchromatoza i mitozy. Pomiędzy owem ogniskiem chrzęstnem a ogniskami śluzakowatemi jest znaczne podobieństwo; centra ognisk śluzakowatych barwią się ciemniej, lekko fiołkowo tak, że sądząc z obrazów mikroskopowych wszystkie je trzebaby uważać za młode ogniska chrzęstne.

Włókien mięśni prążkowanych pomimo bardzo starannego badania nigdzie nie napotkałem; natomiast znalezione w kilku miejscach wiotkie oczka można uważać za tkankę tłuszczową.

Błona śluzowa jamy macicy okazuje zwykły obraz *Endometritis interstitialis chronica hypertrophica* i przechodzi na guz, zlewając się bez wyraźnej granicy z owemi polipowatemi wybujałościami.

Małe polipki, napotkane w obu rogach, okazują zwykły obraz *Endometritis chronica polyposa*; w ich podłożu brak obrzęku. Mięsień macicy prawidłowy. (Dok nast.).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną.

Podał

Dr. Stanisław Cięglewicz (Jasło).

Pomimo że objawy kiły ogólnie są znane, to przecież ze względu na wielkie niebezpieczeństwo, jakie ta choroba przedstawia dla ludzkości, sprawa kiły jest zawsze dla dyskusyi otwartą, a częste jej omawianie może wydać w praktyce nie rzadko plon bardzo wdzięczny. Wszyscy wybitni autorowie zgodnie wskazują na wielką doniosłość kiły, względnie na zgubny jej wpływ na wszystkie prawie narządy wewnętrzne, a tem samem i na prosty stosunek do schorzenia i śmiertelności ludności. Z tego też zapewne założenia wychodząc, zarządziło ministerstwo oświaty w Niemczech szereg wykładów w Charité o chorobach płciowych dla lekarzy berlińskich, które też tam rzeczywiście wygłoszone zostały przez wybitnych specyalistów w czasie od 22 października do 9 listopada r. z., wobec ogromnego udziału lekarzy.

Doniosłość zatem tej sprawy zachęciła mnie do niniejszej rozprawki, zwłaszcza że niedawno zdarzyło mi się prawie w tym samym czasie leczyć, względnie spostrzegać, dwa przypadki kiły trzeciorzędnej, z których jeden dotyczył wątroby, a drugi mózgu, a gdy przy tej sposobności przypomniałem sobie kilka ciekawszych przypadków, należących do tej kategoryi, z lat dawniejszych, postanowiłem uwzględniając powyższe motywa, równocześnie i tym kilka uwag tutaj poświęcić.

Kiła wątroby. Kobieta, około 40 lat mająca, zgłosiła się w listopadzie r. z. u mnie, skarżąc się na boleści w brzuchu, stałe chociaż nie gwałtownie się utrzymujące, dalej zupełny brak łaknienia i odbijanie, tudzież raptowne wychudzenie.

Wywiady, po części mi zdawna znane, wykazują: *S.* mężatka rodziła 7 razy: przy pierwszych porodach dzieci przychodziły na świat nieżywe, lub zmacerowane: dopiero przy następnych noworodki były żywe i są zdrowe do dnia dzisiejszego. Aż do zamążpójścia nie chorowała nigdy; niedługo jednak po wyjściu zamąż (przed 18 laty) zapadła na gardło, wskutek czego podówczas zgłosiła się u mnie. Badanie wykazało wrzód słoniowaty na jednym z migdałków; gdy zaś w ciągu dalszego spostrzegania stwierdziłem obrzęk i zbitość gruczołów podszczękowych i karkowych, oświadczyłem wówczas pacyentce, że jej chorobę gardła uważam za kiłę pierwszorzędną, nabytą drogą pozapłciową. Oświadczenie to pacyentka przyjęła z niedowierzaniem i niechętnie; to też od tego czasu straciłem ją z oczów na pewien szereg lat; — poczem znowu leczyła się u mnie, chorując na wrzód okrągły żołądka, wskutek czego dwa razy jeździła do Karlsbadu; — od roku jednak czuła się zupełnie zdrową. Dopiero przed 3ma tygodniami zapadła na nowo; od tego czasu chudnie, ma boleści i jeść nie może.

Stan obecny: kobieta wynędzniała, źle odżywiona, włosy na głowie dość dobrze utrzymane; na skórze zmian żadnych; źrenice dobrze oddziałują, język grubo obłożony; tętno słabo napięte, 86 uderzeń na minutę, ciepłota 37°C. Powłoki brzuszne bardzo obwisłe i pomarszczone, przytem tak wychudzone, że z łatwością ująć je można w duże fałdy i dozwalają odróżnić zwoje kiszek. Obmacywanie brzucha bolesne, szczególnie w całej górnej połowie; — przy dotykaniu z łatwością stwierdzić można powiększenie wątroby, sięgającej do samego pępka. Jest ona na całej górnej powierzchni gładka, miękka, brzeg jej jednostajnie wydłużony, ostry; pęcherzyk żółciowy nie wyczuwalny, nie wybadano nigdzie żadnego guza lub zbytniej zbitości wątroby. Wobec wyżej wspomnianego zwiotczenia obwiśnięcia i powłok brzusznych można podłożywszy rękę od dołu wziąść niejako wątrobę na dłoń, i tą drogą stwierdzić gładkość tego narządu od dołu. Postępowanie to jednak jest bolesne, gdyż wogóle każdy najmniejszy dotyk powierzchni wątroby sprawia chorej ból kłójący, nadzwyczaj dotkliwy. Wypukiem dokładnie oznaczyć można, że narząd badany jest wątrobą, stłumienie bowiem, poczynające się od linii poziomej pępka, schodzi się ku górze ze zwykłem stłumieniem wątroby. Żółtaczki brak; - skóra jednak barwy ziemistej, wskazuje na ciężką cherę. Mocz nie zawiera żółci, białka i cukru; c. g. jego wynosi 1.020. Śledziona sięga do łuku żebrowego. Zresztą prócz uporczywego zaparcia stolca, innych zboczeń w reszcie narządów wewnętrznych wybadać nie można; — brak jest również wolnego płynu w jamie brzusznej.

Na podstawie przytoczonego badania choroba wątroby nie ulegała żadnej wątpliwości; teraz należało się zastanowić jaki był rodzaj tej choroby? Wobec serca zdrowego i miękkości miąższu wykluczyłem wątrobę muszkatołową (bierne przekrwienie), a w obec bolesności tegoż miękkiego miąższu marskość, ile że badana nie nadużywała napojów wyskokowych, ani nie przebywała zimnicy; — również na podstawie wyżej opisanych objawów należało wykluczyć zwyrodnienie skrobiowate, toż samo raka, bąblowca i ropnie wątroby, opierając się na gładkości miąższu i innych cechach i t. d.; nie potrzebowałem również myśleć o żółtym zaniku wątroby i chorobie żyły bramnej. Natomiast wątroba ta uderzała na pierwszy rzut oka, jako uległa zwyrodnieniu tłuszczowemu; cechująca jednak bolesność otaczającej wątrobę otrzewnej wobec tak szybkiego wyniszczenia ustroju oraz wywiady uprawniały mnie dostatecznie do przypuszczenia, że mam przed sobą zapalenie kiłowe wątroby i to tak zwaną „perihepatitis syphilitica“; — w obec tego zaś owo tłuszczowe zwyrodnienie wątroby, — jeźli w ogóle na podstawie powyższych objawów rozpoznawać je się godziło, — przyjąć należało za powikłanie choroby głównej. Przynajmniej Niemayer-Seitz [w dziele swojem „Lehrbuch d. speciellen Pathologie und Therapie“] wyraźnie zaznacza, że obok zapalenia wątroby kiłowego nie rzadko znajdują się objawy tłuszczowego lub skrobiowatego zwyrodnienia przy znacznem powiększeniu całego narządu. Zdaje mi się, że tłomaczenie takie w tym przypadku było słuszne, gdyż inne postacie kiły wątroby, jak marskość na tle kiły, lub kilaki uczyniłyby wątrobę zbitszą i guzowatą. Zresztą postać anatomiczna dla terapii jest w tym przypadku bez większego znaczenia, a wobec tego, że postacie te bardzo często razem się kombinują, ma ona znaczenie więcej akademiczne; kombinacya ta jednak tłómaczy owę stałą obecność bólów kłujących w okolicy wątroby, pochodzących z towarzyszącej *perihepatitis*. Niemayer-Seitz opierając się na stałej obecności tych bólów twierdzi, że przypuszczać można kiłę wątroby nie tylko przy obecności guzów i wrębów, ale już samo obrzmienie wątroby obok bólów kłójących i wywiadów wywołać powinno poważne zastanowienie się nad przyrodą tego cierpienia. Podobnie wyrażają się i inni autorowie, n. p. Eichhorst i Gerhard; — wszyscy jednak twierdzą, że rozpoznanie kiły wątroby przedstawia czasami nieprzezwyciężone trudności. Powszechnie w swoim czasie ceniony dya-

gnosta wiedeński, Oppolzer, tak się wyraża o semiotyce kiły wątroby [1]): „die Syphilis der Leber bietet im Leben keine einzige charakteristische, ja nicht eine auch nur halbwegs constante Erscheinung, aus der man mit Bestimmtheit auf die genannte Erkrankung schliessen könnte, selbst die genaueste Berücksichtigung des Gesammtbildes schützt nicht immer vor Irrthümern in der Diagnose. Das Gefühl von Schwere, Druck, Schmerzen in der Lebergegend kommen bekanntlich bei allen Krankheiten in grösserem oder geringerem Grade vor. Der Icterus tritt einerseits nicht constant auf, und ist andererseits bekanntlich wieder eine Erscheinung, welche die meisten Leberkrankheiten begleitet. Der Acites und die Milzschwellung dienen nur dazu, um in der Diagnose irrezuführen, weil sie die nahezu constanten Begleiter der granulirten Leber sind". Opinię tę wypowiedział Oppolzer w r. 1863; — czytając wykład Gerharda, wygłoszony 2 miesiące temu w Charité [2]), nie znajduję tam żadnych nowych szczegółów, zdolnych rzucić jaśniejsze światło na będącą w mowie sprawę Zwraca jednak uwagę Gerhard na występującą czasami gorączkę, która niekiedy przybiera postać gorączki trawiącej, wskutek czego tego rodzaju chorych nieraz jako chorych piersiowych traktowano, i dlatego podnosi, że czasami termometr ważną może odegrać rolę przy różniczkowem rozpoznaniu między kiłą a innym tumorem tego narządu

W moim powyżej przytoczonym przypadku zbieg okoliczności upoważnił mnie do uczynienia rozpoznania klinicznego *hepatitis syphilitica*; — oświadczyłem też pacyentce otwarcie, że obecna jej choroba wątroby pozostaje w ścisłym związku przyczynowym z dawniej przebytą kiłą; leczenie też musi być takie, jakie przeciw kile się stosuje. Ku memu zadowoleniu otrzymałem od niej odpowiedź, że chociaż tak zmizerowana leczenia tego się nie obawia, bo gdy w początkach ciągle rodziła dzieci nieżywe, zasięgała przeciw temu rady w Krakowie, a tu jej polecano jechać do Krynicy i tam robić wcierania; rada ta była dla niej zbawienną, gdyż po kuracyi wyglądała bardzo dobrze i odtąd rodziła już dzieci żywe i zdrowe Poleciłem jej zatem wcierania (po 2 grm. szaruchy dziennie) przy równoczesnem zażywania jodku sodowego [10:200, 3 razy dnia po łyżce], a wobec tak wielkiego osłabienia somatozę 3 łyżeczki dziennie w mleku lub rosole.

Po 3 dniach ponownie wezwany, znalazłem stan niezmieniony; wątroba jednakowa, — boleści i brak łaknienia stale się utrzymują. Pacyentka osłabiona, leży w łóżku, — stosuje się jednak pilnie do poleconego leczenia. W 5 dni potem stan jeszcze był jednakowy Leczenie dalej to samo. We 20 dni od rozpoczęcia leczenia stan rzeczywiście zmienił się na korzyść; wchodzącej do mego pokoju ordynacyjnego na pierwszy rzut oka nie poznałem. Twarz jej wypełniła się, przygnębienie moralne, dotychczas stale spostrzegane, znikło, stała się wesoła i uśmiechnięta, a pozdrawiając mnie, zapytała, czy ją poznałem. Badanie wykazało również wynik zadowalniający: bolesność nad wątrobą znacznie mniejsza, sama wątroba macalna na dwa palce wyżej pępka; — pacyentka twierdzi, że jest zdrową i o wiele mocniejszą, znosi dobrze pożywienie, chociaż żywi się przeważnie płynami, gdyż jeść się boi, — odbijanie nie tak częste.

Po ostatniej (30) wcierce stan podmiotowy chorej bardzo dobry; przedmiotowo wątroba sięga na dwa palce powyżej pępka. Poleciłem zaprzestanie wcierań, a natomiast dalsze zażywanie. Na J.

Jakikolwiek będzie w tym przypadku dalszy przebieg choroby, dotychczasowy jednak wynik leczenia jest bardzo zadowalniający; rozpoczynając leczenie wcieraniami, uczyniłem to nie bez pewnej obawy, mając przed sobą chorą tak osłabioną Najbliższa przyszłość pokaże, czy polepszenie to będzie istotnie trwałe, — nie mogę bowiem zapominać, że rokowanie w kile wątroby jest zawsze poważne.

[1]) Oppolzer's Klinische Vorlesungen. 1863.
[2]) Therapie der Gegenwart.

Kiła mózgu. *W.*, żonaty od lat 16tu. ojciec kilkorga zdrowych dzieci, wezwał mnie w końcu listopada r z. Pacyent podaje, że nigdy nie chorował, od 3 jednak lat dostaje czasem kłócia w okolicy serca i uderzeń do głowy, a od kilku tygodni trapią go bóle w krzyżach, które za gościec uważa; raz na wiosnę stracił przytomność. Właściwie jednak chorym czuje się dopiero od 6 dni, dostał bowiem mrówienia w lewej nodze, szczególnie w pięcie i w 3 palcach zewnętrznych; w tych miejscach uczuwa równocześnie zimno. a całą nogę czuje jakby zdrętwiałą. Rękę prawą uważa za znacznie słabszą od lewej, skarży się też na utrudnioną mowę Napojów wyskokowych używał w miernej ilości. Podczas rozmów z chorym zauważyłem częste zrywanie nogi prawej, a czasami i lewej.

Badanie wykazuje: mężczyzna lat 41, dobrze odżywiony, silnie zbudowany, o tętnie 76, miarowem i dobrze napiętem; ciepłota 37°C; chory robi wrażenie człowieka przygnębionego i zobojętniałego. Na skórze, błonach śluzowych i w stawach, jak również w układzie kostnym, zmian żadnych nie widać; źrenice dobrze na światło oddziałują; — narządy klatki piersiowej, jak również jamy brzusznej, przedstawiają się prawidłowo. Odruchy kolanowe: po prawej stronie prawidłowy, po lewej prawie zniesiony. Czucie i lokalizacya wszędzie prawidłowe: ręka prawa co do władzy widocznie słabsza od lewej; chód niepewny, zwłaszcza powłóczy nogę lewą. Na jednej nodze stanie, ale zaraz się przewraca, tracąc równowagę. W zakresie nerwów obwodowych brak bolesności; w krzyżach uczucie ściskania i opasywania; — mowa utrudniona w zakresie zgłoskowania; — sfera myślenia prawidłowa.

Objawy te wskazywały na chorobę mózgową, a różnorodność ich kazała wnosić, że jedyną podstawą dla nich jest sprawa kiłowa. Ośrodki ruchowe dla nóg, rąk i dla mowy widocznie nią były także zajęte. Pewną wagę należało przywiązywać do podania, że chory przed około 8 miesiącami stracił przytomność. Pomimo zaprzeczeń stanowczych chorego, jakoby kiedykolwiek miał kiłę przebywać, oświadczyłem mu kategorycznie, że chorobę jego uważam za kiłę mózgu, a nie widząc w domu odpowiednich dla leczenia warunków, jak niemniej z powodu ważności sprawy, poleciłem mu, aby w celu leczenia się natychmiast udał się do szpitala krakowskiego. Chory polecenie to rzeczywiście wykonał i przez dwa i pół tygodnia w szpitalu był leczony. Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie prymaryuszowi oddziału, p. Radcy Dr. Krokiewiczowi, za najchętniej mi na moją prośbę przysłany przebieg choroby *W.* i jej leczenia, wskutek czego mogę go tutaj w streszczeniu podać. Rozpoznanie w szpitalu brzmiało: *Lues cerebri*. Chory nie gorączkował. Przebył w szpitalu 16 dni; poddany był leczeniu przeciwkiłowemu i podczas swego pobytu w zakładzie dostał 12 wcierek szaruchy (po 2·0 dziennie) i zażywał jodek potasu (5%) trzy łyżki stołowe dziennie. Od 5 dnia leczenia uczuł wracającą siłę w porażonej ręce, mowa również stała się wyraźniejszą Ten stan poprawy wzmagał się z dnia na dzień, władza w kończynach wróciła, mowa stała się zupełnie wyraźną, odruchy kolanowe prawidłowe. Czując się zupełnie dobrze chory na własne żądanie, jako wyleczony, opuszcza szpital.

Przedstawił mi się po powrocie i znalazłem go zupełnie dobrze; z całej sprawy chorobowej śladu nie widać, jedynie odruch kolanowy prawy znalazłem nieco słabszym od lewego. Obawiając się jednak nawrotu choroby poleciłem mu jeszcze zrobienie ponownych 12 wcierań i dalsze zażywanie jodku potasu. W epikryzie pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę na zapiski szpitalne, dotyczące wywiadów. Otóż tam chory się przyznał, że przebywał kiłę przed 12 laty, podczas gdy badany poprzednio przezemnie stanowczo temu przeczył. Ta „mendatia syphilitica" dowodzi, ile na wywiadach w tym kierunku polegać można; dlatego też bardzo zbawienną wydaje mi się rada Eichhorsta [1]), aby każdy wątpliwy przypadek uważać za kiłę i odpowiednio leczyć: wiele to nigdy zaszkodzić nie może, natomiast nieraz bardzo gruntownie pomoże, zwłaszcza, jeśli sprawa jest w początku.

Podobnie pomyślny przebieg leczenia choroby, o której piszę, przypominam sobie z mej praktyki z przed laty około 10, a dotyczył on mego znajomego *G.* Gdym przybył do niego w kilka godzin po napadzie udarowym, znalazłem go już przytomnym, ale mowę miał upośledzoną tak, że z trudnością się mógł wysłowić; równocześnie było

[1]) Handbuch d. speciellen Pathol. u. Therapie.

porażenie jednego kąta ust, jak również jednej ręki i nogi (dziś nie pamiętam po której stronie). Pacyent miał lat około 50; przed laty przebywał kiłę; usposobienia zazwyczaj łagodnego, zmienił się od jakiegoś czasu do niepoznania, stał się opryskliwym, a nawet gwałtownym dla swoich najbliższych; w ciągu ostatnich kilku miesięcy raz czy dwa razy tracił przytomność. Stan narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej był prawidłowym

Roznawszy *lues cerebri*, poleciłem dowieźć tego chorego do kliniki krakowskiej, gdzie jak to od p. Radcy Dworu prof. Korczyńskiego się dowiedziałem, był leczony z bardzo dobrym skutkiem przeciw kile. Później jednak pacyenta tego więcej nie widziałem, gdyż zamieszkał w innych stronach, wykonując dalej swój zawód; przypadkowo jednak przed dwoma laty miałem sposobność przeczytania jego pisma, z którego musiałem powziąć przekonanie, że jego sfera myślenia silnie jest podkopaną. *G.* umarł nie dawno, jednak nie wiem istotnej przyczyny śmierci.

Niestety nie zawsze ta sprawa chorobowa, choćby już zaraz w początkach leczona, tak pomyślny bierze obrót. Kilkanaście lat temu, leczyłem 62-letniego mężczyznę o bardzo czerstwym ustroju, który został w tym wieku dotknięty wrzodem pierwotnym. Wrzód ten pomimo leczenia szerzył się coraz bardziej, w okresie drugorzędnym choroby jeszcze nie był zagojony. Niespełna w rok potem wybuchła kiła mózgowa, początkowo objawiająca się tylko złą lokalizacyą słuchu tak, że chory w ciemnym pokoju nie mógł się zoryentować, zkąd głos pochodzi; później uległ zawrotom, stał się apatycznym i dostał śpiączki tak, że całymi tygodniami leżał spokojnie w półśnie, wreszcie zmarł wśród objawów coraz to większej śpiączki. W przypadku tym najtroskliwsze leczenie nie mogło powstrzymać rozwoju choroby; tłómaczę to sobie po części wyłączną złośliwością jadu kiłowego, po części nieszczęśliwą lokalizacyą w mózgu, a wreszcie, że sprawą zajęty był ustrój starszego człowieka, u którego wymiana materyi jest powolna, zatem i ustrój mniej odporny.

Wypada mi jeszcze kilka słów poświęcić rokowaniu w kile mózgu. Autorowe uważają je wogóle za bardzo poważne, zależne od wielu okoliczności, a przedewszystkiem gorsze przy zajęciu okolicy, zaopatrzonej przez tętnicę podstawową mózgu, jak również przez tętnicę rowka Sylwiusza, jak niemniej gorsze w przypadkach dotyczących ludzi wiekowych, a to ze względu na zmiany w tętnicach i na powstały już rozpad guzów kiłakowych. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676 C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Największa część halucynacyj daje się wytłómaczyć sprawą sejunkcyi w podany już sposób. Za słusznością tego tłómaczenia przemawiają właściwości omamów, jak niemożność korekcyi ich, rozkazujący ich charakter, wreszcie ta właściwość, że najczęstszemi ze wszystkich są omamy słuchowe, słyszane przez chorych jako „głosy“. Omamy słuchowe w formie głosów zwie *W.* fonemami *(phoneme)* w odróżnieniu do innych omamów słuchowych, co do częstości równorzędnych z omamami w zakresie innych zmysłów. W przewlekłych psychozach zdarza się często, że chory doznaje fonemów, na które składają się nie pojedyncze głosy, lecz całe rozmowy kilku osób. Zależnie od indywidualności, wykazującej u jednych myślenie pojęciami, u innych myślenie słowami, zdarza się, że w jednej i tej samej postaci chorobowej u jednego chorego powstają wyobrażenia chorobowe, n. p. wyobrażenia lęku, u drugiego zaś fonemy tejże samej treści. Toż samo i urojenia wielkości u maniaków lub urojenia samooskarżenia u melancholików mogą się objawiać w formie słyszanych głosów.

Różnica między rzeczywistem wrażeniem zmysłowem a odpowiednim mu omamem polega na tem, że dla pierwszego przyczyna podniety mieści się na obwodzie, dla drugiego w stacyach centralnych. Ponieważ wszystkie silniejsze zadrażnienia obwodowe zmysłów wywołują równocześnie pewien ton czuciowy, przeto i w przewlekłych psychozach wytwarza się taki ton czuciowy, który atoli nie jest wywołany natężeniem podniety zmysłowej, lecz samą chorobą, tak, że prawidłowe i obojętne spostrzeżenia zmysłowe prowadzą wskutek chorobowego tonu czuciowego do zafałszowania wtórorzędnej identyfikacyi, polegającego na tem, iż chory, mając sposobność wytłómaczyć sobie wrażenia zmysłowe w różny sposób, wybiera z nich ten, który mu zaleca odnieść je wyłącznie do jego własnej osoby. W ten sposób powstaje urojenie odnoszące *(Beziehungswahn)*, polegające na zafałszowaniu spostrzeżeń. I tak n. p. chory, który widząc przechodniów na ulicy zatrzymujących się, rozmawiających i t. d., odnosi te ich czynności wyłącznie do siebie, że czekają na niego, mówią o nim i t. d., objawia takie urojenie. Spostrzeżenie w danym przypadku jest słuszne i prawdziwe, a chorobowem jest odnoszenie go do własnej osoby, które w warunkach prawidłowych ma miejsce tylko wtedy, gdy spostrzeżenie łączy się z silnym tonem czuciowym. Geneza tych urojeń jest ta sama, co i geneza omamów; różnica zaś między niemi polega na tem, że podnieta, mająca wywołać omam, musi być silniejsza. Toteż zdarza się często, że po ustaniu omamów wskutek osłabienia wywołującej je podniety, utrzymują się jeszcze „urojenia odnoszące“. Te urojenia mają zatem za punkt wyjścia samospostrzeżenie pewnej zmiany własnej osobowości; toteż ten sposób ich powstawania musimy nazwać autopsychicznym. Spotykamy się z nim n. p. u chorych, którzy to, co widzą lub słyszą, odnoszą do własnych myśli; a ponieważ urojenie to łączy się chętnie z urojeniem wyjaśniającem, więc chory dowodzi, że mu ktoś wykrada myśli z głowy, t. j. że myśli jego stają się znane, zanim były przezeń wypowiedziane. Jeżeli świadomość świata zewnętrznego jest zmieniona, to urojenie odnoszące staje się co do sposobu powstawania alopsychicznem. Jeżeli zaś obojętne spostrzeżenia zmysłowe odnosi chory do podmiotowego uczucia chorobowych lub innych zmian swego ciała (n. p. pewien chory doznaje na widok swego ojca pobudzenia płciowego i odnosi jego przyczynę do osoby ojca, jako czynnika wywołującego je), to urojenie odnoszące będzie somatopsychicznem (omamy odruchowe Kahlbauma). N. p. hipochondryczne urojenie prześladowcze z późniejszem urojeniem wielkości polega właśnie na somatopsychicznem „urojeniu odnoszącem“.

Na podstawie dotychchasowych wyjaśnień dochodzi *W.* do określenia obłąkania. Obłąkanie przedstawia nam tedy czas, w którym zachorzenie miąższu nerwowego sprowadziło rozluźnienie kojarzenia (sejunkcyę). Odrodzenie się i wyrównanie tych zmian jest możliwe i to w ostrych psychozach.

Do innych objawów, spostrzeganych w psychozach przewlekłych, objawów wytłómaczalnych również teoryą sejunkcyi, należy następowe wyjaśnienie treści świadomości, czyli retrospektywne urojenie wyjaśniające. Treść świadomości, zmieniona przewlekłą lub następową psychozą, musi być wedle odczuwanej przez nas potrzeby wprowadzoną w związek przyczynowy z tą częścią świadomości dawnej, która przez psychozę nie uległa jeszcze zmianie. Im więcej ma taki przewlekle chory zastanowienia i logiki jeszcze zachowanej, tem większą odczuwa potrzebę zaprowadzenia ładu w swych myślach. W ten sposób dochodzą do błędnych zapatrywań na istotę i objawy poprzednio przebywanej choroby, zaczynają poprzednio słyszane fonemy tłómaczyć sobie tem, że ludzie lub siły nadprzyrodzone były ich powodem, że głosy te przemawiały do nich przez podziemne kanały, drogą hipnozy, telegrafu, telefonu, przy pomocy wydrążonych ścian i t. d. Ta fantastyczność tego urojenia pcha ich także do odkryć i wynalazków wybitnie obłędnych. Szczególnie zaś zajmują się ci chorzy z upodobaniem wypadkami z przeszłego swego życia i odkrywają w nich niezbite dowody

miłości lub nienawiści pewnych osób. To spaczone wyjaśnienie dawniejszych a wspominanych zdarzeń nazywa *W.* retrospektywnem urojeniem odnoszącem. Już w stanie zdrowia umysłowego spotykamy się z jego analogią w tem, że nieraz zdaje się nam, iż osoby lub przedmioty, na które pierwszy raz spoglądamy, przecież już niegdyś widzieliśmy. W stanach obłąkania wystarcza do powstania tego urojenia najbardziej powierzchowne podobieństwo. I tak chory widzi w przechodniach monarchów, osoby historyczne, znakomite. Urojenie to musimy odróżnić od zafałszowań pamięci, które się również zdarza u tych chorych. Zafałszowanie pamięci może być dodatnie lub ujemne. Dodatnie, zwane konfabulacyą, polega na wyłanianiu się wspomnień odnośnie do zdarzeń, które nigdy nie miały miejsca. Objaw ten zdarza się prawie zawsze w trzech, odznaczających się przez czasowe defekty pamięci, psychozach, to jest w hebefrenii, presbyofrenii i niedowładzie postępującym. Ujemne zafałszowania pamięci polegają na pojawianiu się ograniczonych luk w dobrze zresztą zachowanej pamięci, mimo iż odnośnie do wrażeń zapomnianych chory nie był w chwili ich doznawania zamroczonym i nie miał zniesionej zdolności zapamiętania. Najczęściej przyczyną tych luk pamięciowych zdają się być stany afektu, trwające u chorego w czasie, w którym odnosi wrażenie nie utrwalające się w jego pamięci, lub też myśli nadwartościowe, z któremi zapomniane wrażenie przez to pozostaje w związku, że ono służy im za dowód, lub że ono mogłoby służyć do ich obalenia lub osłabienia. Konfabulacye nie są kłamstwami chorych, gdyż mogą one mieć swe źródło w zdarzeniach urojonych przez chorego w czasie trwania u niego ostrej psychozy, lub w snach, które przewlekle obłąkany pojmuje za rzeczywistość. Konfabulacye przedstawiają się zatem chyba jako kłamstwo patologiczne. Analogię zaś dla ujemnych złudzeń pamięci stanowią tak zwane pohipnotyczne zjawiska, polegające na tem, że hipnotyzowany wypełnia po obudzeniu się polecone mu w chwili snu czynności, nie przypominając sobie wcale otrzymanego rozkazu.

Myśli nadwartościowe *(überwerthige Ideen)* są to wspomnienia jakichkolwiek, z silnym afektem połączonych zdarzeń w życiu. Różnią się one od myśli swoistych tem, że chory nie odczuwa ich jako sobie obcych i narzuconych swej świadomości; owszem widzi w nich wyraz swej własnej istoty. Mimo to chorzy żalą się nieraz na nie, iż o niczem, tylko o nich, myśleć muszą. Od myśli przymusowych zaś różnią się tem, że chory uważa je za słuszne i usprawiedliwione, zaś myśli przymusowe odczuwa jako bezmyślne i nieusprawiedliwione. Jeżeli kto odbiera sobie życie po stracie majątku, ukochanej osoby, lub po zniesławieniu własnej lub blizkich sobie osób, działa zawsze pod wpływem myśli nadwartościowych; to też ten czyn jego, t. j. samobójstwo, musimy nazwać czynem nieprawidłowym, mimo że on nie daje się jeszcze odnieść do obłąkania. W tych przypadkach trzeba zatem zawsze zbadać, czy myśl nadwartościowa była chorobową, czy też jeszcze fizyologiczną. Myśl nadwartościową wywołują zwykle takie zdarzenia życiowe, które z doświadczeniem dotychczasowem nie dają się pogodzić. W zakresie zdrowia umysłowego myśli te ulegają korekcyi przez myśli im przeciwne; w zakresie psychozy myśli przeciwne, czyli kontrastujące, nie wystarczają w tym celu, a nadto zjawia się wskutek sejunkcyi urojenie odnoszące. Myśli nadwartościowe mogą być wywołane możliwością uzyskania renty w przypadkach wypadku (*Unfallrente*), mogą one cechować pierwszy okres ostrych, podostrych psychóz i niedowładu postępowego, a są one niemal stałym psychotycznym objawem w zadumie. Zdaniem W. przypadki tak zwanych przez Magnana „prześladowanych prześladowców“, zatem pieniaczy, dają się najczęściej wytłómaczyć myślami nadwartościowemi.

Najtrudniejsze zagadnienie stanowi odpowiedź na pytanie: czy i kiedy pewna psychoza, która nie dała się wyleczyć, ma być uważana za nie postępującą dalej, czyli za ukończoną w swym rozwoju. Choroby umysłowe przewlekłe, a dalej nie postępujące, jako zejścia ostrych psychóz, stanowią analogię z chorobami fizycznemi, uleczonemi w ten sposób, że pozostawiły one pewien defekt, t. j. nie nastąpiła zupełna *restitutio ad integrum*. Rozwiązanie postawionego zagadnienia polega na zbadaniu objawów psychotycznych dotąd omówionych, czy i o ile one nie stanowią wyrazu toczącej się sprawy chorobowej. W tym celu powinno się zawsze dla próby pozwolić choremu wrócić do zwykłych warunków obywatelskiego życia, gdyż pobyt w zakładzie jest tylko dla tych wskazany, którzy bez niego istniećby nie mogli. Drugą wskazówką w tym względzie jest zachowanie się ciężaru ciała chorego, albowiem jak długo choroba nie jest jeszcze ukończoną, tak długo wskutek możliwych zaburzeń snu, łaknienia, a wreszcie wskutek swoistych odżywczych wpływów mózgu cierpi ogólne odżywienie chorego, a zatem i ciężar jego ciała.

Rozpoznanie psychóz przewlekłych bez defektu, czyli stanów pomieszania, tylko wtedy jest uzasadnione, jeżeli się opiera nie na „ogólnem wrażeniu“, jakie badany sprawia, lecz na stwierdzeniu i rozpatrzeniu pewnych a omówionych psychotycznych objawów. Przebieg w niektórych przypadkach będzie stałym, t. j. obok nieznacznych objawów funkcye pozostałe będą nienaruszone. W innych przypadkach znowu przebieg będzie zwolna narastającym, t. j. nasilającym się co do objawów. W tych przypadkach, które się najczęściej odznaczają zwolna tworzącem się urojeniem prześladowczem, a po pewnym czasie następowem urojeniem wielkości, często trudno jest oznaczyć dokładnie chwilę rozpoczęcia się choroby. Widoczny początek w tych razach mogą stanowić myśli nadwartościowe, nadające właściwy kierunek „urojeniom odnoszącym“. Wkrótce potem poczynają zyskiwać przewagę w obrazie fonemy, nieprawidłowe senzacye lub halucynacye w zakresie innych zmysłów. Urojenie prześladowcze zwykło się przytem systematyzować w dwa sposoby, raz przez urojenia, wyjaśniające treść halucynacyi, powtóre przez też same urojenia, odnośnie do twórców i powodów prześladowania. Na tej drugiej kategoryi urojeń wyjaśniających opiera się zwykle urojenie wielkości, wynikające z logicznego wytłómaczenia wrzekomo użytych tak znacznych środków, zasobów i ludzi do prześladowania. Przy zachowanej formalnie zdolności myślenia i namyśle tworzą chorzy mniej lub więcej fantastyczne i dziwaczne wyobrażenia techniczne, które często wyłaniają się zrazu jako fonemy, podające chorym nowo utworzone słowa. Dzięki formalnie poprawnej logice i twórczości umysłowej, zachowanych do końca, przeistaczają ci chorzy zwolna cały obraz otaczającego ich świata. Podczas gdy objawy w okresach początkowych rozgrywają się w zakresie alopsychicznym, to w okresie końcowym zauważa się zmianę treści wszystkich trzech świadomości, czyli stwierdza się psychozę całkowitą. Trzeci odmienny przebieg tych stanów może być takim, iż rozwijają się one jako dalszy ciąg przebytych napadów ostrej psychozy, zakończonych uleczeniem. *W.* zauważył te stany, jako dołączające się do *hallucinosis acuta*, lub do ostrej halucynacyjnej alopsychozy, najczęściej u alkoholików. Przebieg rozwoju urojenia prześladowczego bywa tu szybszym i prędzej zgubnym. Czwarty a odmienny przebieg cechuje się tem, że choroba rozpoczyna się jako zaduma, w której przebiegu wśród złagodzenia się przygnębienia występują fonemy i „urojenia odnoszące“. Wyłaniający się wówczas stan pomięszania odznacza się urojeniami prześladowczemi i wielkości, wybuchami przeklinania i skłonnością do gwałtów tak, że następuje stosunkowo szybko zafałszowanie całego wątku świadomości. Te cztery różne przebiegi stanowią zaledwie część możliwych, a nieznanych jeszcze bliżej innych rodzajów przebiegu tych różnorodnych stanów pomięszania. (C. d. n.).

V. Wyciągi.

Prof. E. Riegler: **O nowej, czułej próbie na cukier.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 3, 1901). W Nrze 49 z r. 1900 czasopisma *Wiener med. Blätter* ogłosił autor nową próbę na cukier gronowy, którą skutecznie zastosować można do wykrycia tego ciała w moczu. Do rurki odczynnikowej dajemy 20 kropel (1 ctm.³) moczu, wsypujemy czystego chloro-wodorku fenylhydrazyny w ilości 0·1 grm., następnie krystalicznego octanu sodowego 0·5 grm. i dolewamy w końcu 2·0 ctm.³ wody; wszystko ogrzewamy w rurce do wrzenia, a następnie dodajemy niezwłocznie 10 ctm.³ roczynu wodorotlenku sodowego (10%), zakłócamy kilkakrotnie i odstawiamy. Jeżeli cukier gronowy się znajduje, to powstaje po niejakim czasie, albo też zaraz, zabarwienie fiołkowo-czerwone cieczy: zabarwienie to powstaje już po kilku sekundach, jeżeli ilość cukru wynosi więcej, aniżeli 0·1‰. — Badanie, czy zabarwienie wystąpiło, należy uskuteczniać w świetle przepuszczonem; nadto nie powinno się czekać na powstanie zabarwienia dłużej niż 5 minut, a to z tego powodu, że w każdym moczu (— i prawidłowym) — powstaje ono po dłuższym przeciągu czasu. Obecnie podaje autor modyfikacyę tej metody, której czułość jeszcze jest zwiększoną. A mianowicie zaleca postąpić w następujący sposób: na maleńką parowniczkę (śred. 3 ctm.) dajemy 0·10 grm. chloro-wodorku fenylhydrazyny, 0·5 grm. kryst. octanu sodowego, nalewamy 20 kropel roczynu cukru (moczu), a następnie chwyciwszy parowniczkę szczypcami, ogrzewamy zawartość ostrożnie nad małym płomykiem tak, aby się sole rozpuściły, a roczyn zawrzał; teraz stawiamy parowniczkę na stole i nieruszając dolewamy ostrożnie 10 ctm.³ roczynu wodorotlenku sodowego (10%) i czekamy chwilę (przy badaniu moczu nie dłużej jak minutę). I tu powstaje zabarwienie fiołkowo-czerwone zaraz, albo po chwili, jeżeli cukier gronowy jest obecny. Ponieważ odczyn ten właściwy jest wszystkim aldehydom, przeto próba ta nie ma znaczenia we wszystkich tych przypadkach, w których mocz zawiera aldehyd. *Dr. Ig. L.*

Greeff: **O zapaleniu rzeżączkowem oka.** *(Berl. klin. Wochen.*, Nr. 6, 1901). Śluzoropotok ostry oka może powstać przez bezpośrednie zetknięcie się ropy rzeżączkowej z okiem, jak n. p. przy porodzie, przeniesieniu ropy palcami lub przy przestrzykiwaniu oka moczem, w którym znajdują się gonokoki. Stosunkowo rzadki śluzoropotok u osób dorosłych, przy tak częstem zakażeniu rzeżączkowem części rodnych, tłomaczy się znaczną odpornością spojówki i łatwą utratą żywotności gonokoków, bądź to przez zetknięcie się z mydłem, bądź przez rozpuszczenie wodą lub wyschnięcie. Drugim rodzajem zakażenia rzeżączkowego oka jest śluzoropotok przerzutowy, powstający tak samo, jak może powstać przerzutowe zapalenie stawów. Śluzoropotok występuje zawsze nagle; rozpoczyna się obfitem łzawieniem, które w kilka godzin przechodzi w obfite ropienie, czemu towarzyszy obrzęk powiek i obrzęk spojówki gałkowej *(chemosis)*. Jeżeli sprawa chorobowa nie zajmie rogówki, to nie pozostawia po sobie żadnych zmian. Zajmuje zaś rogówkę wtenczas, jeżeli wydzielina ropna zatrzymuje się na jednem miejscu przez czas dłuższy. Zapobiegawcze zapuszczanie sposobem Crédego 2% roczynu azotanu srebrowego uważa G. za złe, a to dla tego, że pomijając silne zapalenie odczynowe, roczyn 2% ścina warstwy powierzchowne nie sięgając w głąb, nie usuwa przeto radykalnie zakażenia, co wykonać może tylko roczyn słaby ¹/₄—¹/₁₀ procentowy. W przypadkach istniejącego już śluzoropotoku przepłókuje G. worek spojówkowy co 1—2 godziny słabym roczynem azotanu srebrowego, nie odwijając powiek, lecz tylko je rozsuwając. Słaby roczyn, nie raniący rogówki i delikatne poruszanie powiekami przy przepłókiwaniu, usuwając wydzielinę z rogówki, są najlepszą ochroną od przeniesienia się zapalenia na rogówkę. *P.*

Conradi: **O wpływie wyższych stopni ciepłoty na sernik mleka.** *(München. med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1901). Jeżeli do mleka (5 ctm.³) dodamy kilka kropel 10% roczynu chlorku wapniowego i ogrzejemy mieszaninę tę do ciepłoty 50—55°, natenczas zamienia się mleko na galaretę. Wiadomą jest również sprawa strącania się sernika w mleku przy ogrzaniu, jeżeliśmy dodali do niego roczynu podpuszczki. Autor badał wpływ ogrzewania mleka do pewnych stopni ciepłoty na zachowanie się wydzielania sernika po dodaniu tych odczynów i doszedł z szeregu doświadczeń do następujących wyników: mleko krowie po dodaniu 0·2—0·6% $CaCl_2$, zależnie od pochodzenia, jako też stopnia kwasoty, wydziela sernik w ciepłocie, leżącej między 45°—65°. Jeżeli jednakowoż to samo ogrzejemy do ciepłoty ponad 80°, w takim razie punkt krzepnięcia sernika obniża się o 8°—12°, podczas gdy mleko ogrzane do ciepłoty 75—80° C. zachowuje się po dodaniu $CaCl_2$ tak samo, jak mleko, poprzednio nie ogrzewane. Również zachodzi różnica w działaniu zaczynu podpuszczkowego na sernik mleka, ogrzewanego do różnych stopni ciepłoty. Ogrzanie mleka ponad 80° C. sprawia, iż punkt krzepnięcia sernika pod wpływem roczynu podpuszczki podnosi się, podczas gdy mleko ogrzane do 70° zachowuje się tak, jak nie ogrzane. Autor wnosi z wyników doświadczeń, iż przez ogrzanie mleka ponad 80° C. zmieniają się trwałe własności chemiczne i fizykalne sernika w mleku. *Dr. Ig. L.*

Fleischmann: **Ostre połogowe wynicowanie macicy.** *(Münch. med. Woch.*, Nr. 7, 1901). Opisawszy przypadek całkowitego wynicowania macicy, powstały wskutek pociągania przez położnę za pępowinę, przytacza autor przypadek przez siebie spostrzegany, gdzie wynicowanie macicy nastąpiło mimo umiejętnie przeprowadzonego wygniatania łożyska sposobem Crédégo. Oddzielenia łożyska dokonał F. na macicy wynicowanej przed jej odprowadzeniem, a to dlatego, że łatwiej jest oddzielić łożysko od macicy wynicowanej, łatwiej tym sposobem zmniejszoną macicę odprowadzić, a nadto unika się możności powtórnego wynicowania przy wyjmowaniu łożyska z macicy odprowadzonej. Większego krwotoku przy odklejaniu łożyska od wynicowanej macicy autor nie zauważył. Przy odprowadzaniu macicy stawia przeszkodę skurcz szyjki; aby ten przezwyciężyć, należy, wprowadziwszy rękę do pochwy, ująć na dłoń wynicowaną macicę, końce palców wsunąć do szyjki, rozchylając następnie palcami zwężenie, posuwać równocześnie macicę dłonią ku górze. *P.*

Frankenstein: **Przypadek kwilenia śródmacicznego.** *(Münch. med. Wochen.*, Nr. 9, 1901). Podczas wykonywania obrotu przy miednicy ścieśnionej u wieloródki, z chwilą uchwycenia dziecka za stopkę, dziecko krzyknęło dwa razy tak głośno, że krzyk ten słyszał nie tylko operujący i matka, ale i otoczenie. Po dokonanym obrocie wydobyto zaraz dziecko donoszone, zupełnie nie omdlałe, dobrze krzyczące. Jako przyczynę kwilenia śródmacicznego, uważa podrażnienie skóry, jakie powstało przy ujęciu stopki, u dziecka uciśniętego obkurczoną macicą i przy obecności powietrza, które mogło się dostać z wprowadzeniem ręki do jamy macicy. *P.*

Borrel. **Teorye pasorzytnicze raka.** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1901. Nr. 2). Jeżeli przypuszczenia, iż rak jest sprawą pochodzenia zakaźnego, jeszcze nie zupełnie przebrzmiały, to pochodzi to głównie stąd, iż do dziś dnia pewne szczegóły kliniczne z trudnością można tłómaczyć bez uciekania się do tego przypuszczenia i że w ostatnich czasach ogłoszono spostrzeżenia szerzenia się raka jakby nagminnie: w pewnych miejscowościach, domach, dzielnicach. Przypuszczenie, że przyczyną raka są bakterye, szybko upadło; pozostały jeszcze dwie inne teorye, jedna, upatrująca przyczyny raka w kokcydyach, druga — w drożdżach *(Saccharomycetes)*. Pierwsza z tych teoryj jest dlatego bardzo pociągającą, iż powstawanie i rozwój raka tłómaczy się powszechnie nadmiernem i atypowem bujaniem komórek pochodzenia nabłonkowego, znaną zaś jest rzeczą, że u niektórych zwierząt pasorzytują kokcydya właśnie w komórkach nabłonkowych. Badania nad obecnością kokcydyów w rakach podzielić można na dwa okresy: w pierwszym uważano za kokcydya twory wewnątrz-komórkowe, ootczone podwójną, niekiedy promienisto prążkowaną obwódką i zawierające jądro; okazało się jednak, że wszystkie tego rodzaju twory są skutkiem wpochwiania się komórek rakowych jednych w drugie. W drugim okresie zwrócono uwagę na twory, zawarte w wakuolach wśród protoplazmy komórek rakowych: okazało się jednak, że są to albo zmiany degeneracyjne, albo ślady czynności wydzielniczej komórek rakowych i że przytem nie mają one podobieństwa do różnych okresów rozwoju kokcydyów, znanych skądinąd. Dopiero badania Sawczenki w r. 1895 zdawały się zawierać dowód niezbity, że niektóre z tych tworów, leżących w wakuolach protoplazmy komórek rakowych, są istotnie kokcydyami, gdyż badacz ten opisał obrazy, podobne do pewnych okresów rozwoju, zwłaszcza do schizogonii kokcydyów. Obecnie jednak Borrel przekonał się, że część tych obrazów spotyka się już w warunkach prawidłowych, mianowicie w jądrach (świnek morskich) w czasie rozwoju plemników. Polegają one na przekształcaniu się archoplazmy i rozpadaniu się centrosomów na liczne drobniejsze ciałka. Podobne przekształcanie się archoplazmy i centrosomów zdarza się też w komórkach rakowych, gdzie może wytworzyć się nawet podobieństwo do schizogonii kokcydyów, jeżeli nastąpi nieprawidłowa wakuolizacya archoplazmy. Uważanie drożdży za przyczynę raka (San Felice, Roncali) jest zupełnie bezpodstawne. Drożdże mogą być wprawdzie chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt i wywoływać powstawanie sporych guzów, jednakże guzy takie składają się prawie wyłącznie z komórek drożdżowych, a ustrój dostarcza do nich tylko nieco tkanki łącznej. Hodowle drożdży, otrzymane rzekomo z raków, są prostemi zanieczyszczeniami, pochodzącemi z powietrza pracowni. Obrazy drobnowidowe, opisywane w rakach ludzkich jako drożdże, nie są morfologicznie dość ściśle

opisane; zwolennicy zapatrywania, że drożdże są przyczyną raka, mięszają w jedno drożdże z kokcydyami i okazują grube braki w zasadniczych wiadomościach o morfologii tych ustrojów. Doświadczalnie nie wywołano zapomocą drożdży ani razu niewątpliwego raka.

Borrel, starając się pozostać na stanowisku ściśle przedmiotowem, uważa dalsze badania w kierunku pasorzytów raka za pożądane, gdyż może przecie kiedyś dostarczą one jakichś pewniejszych danych. W każdym jednak razie z góry przewidywać można, że gdyby nawet wykazano kiedyś pasorzytniczą przyrodę raka, to przyczyną jego, jak i w ogóle nowotworów złośliwych, nie mógłby być jeden tylko rodzaj drobnoustrojów, lecz w różnych rodzajach, a może nawet w różnych przypadkach nowotworów — drobnoustroje odmienne. Jak na dziś jednak, żadna z teoryi pasorzytniczego pochodzenia raka nie posiada na swe poparcie dostatecznych dowodów.

Ciechanowski.

Selter (Solingen). **Zapalenie wyrostka robaczkowego u dzieci.** *(Archiv für Kinderheilkunde.* T. 31, Z. I i II). Na podstawie prac, ogłoszonych o przedmiocie tym i własnych doświadczeń, sądzi autor, że: 1) choroby wyrostka robaczkowego *(appendicitis catarrhalis lub coliappendicitis)* są bardzo często objawami zaburzeń w trawieniu u dzieci, lub nawet u osesków; 2) »*periappendicitis*« jest również częstszą w późniejszym wieku dziecięcym, aniżeli dotychczas sądzono; często nie rozpoznaje się jednak cierpienia tego, gdyż objawy u dzieci są mniej wybitne i niestałe; 3) cierpienie to w wieku dziecięcym pojawia się częściej w postaci rozlanej (ogólne zapalenie otrzewnej), aniżeli u dorosłych. Połowa mniej więcej przypadków ograniczonego zapalenia otrzewnej goi się samoistnie; inne przechodzą w ropienie. Ropień leży albo wprost w miednicy małej, albo też w większości przypadków opada w nią i podnosi się ku górze na lewej stronie miednicy, co można wykazać badaniem przez odbytnicę; 4) wobec każdego przypadku tego cierpienia, nawet przy ciężkich objawach, należy w pierwszych dwóch dniach zachowywać się wyczekująco. Jeżeli w tym okresie czasu objawy nie ustąpiły, a badanie przez odbytnicę nie okazuje zmniejszenia się wysięku, należy przystąpić do operacyi. Również często nawrotujące zapalenia około kiszki ślepej należy operować w czasie wolnym od napadu.

Jan Landau.

Oddo (Marsylia). **Ropień wątroby u dziecka w następstwie urazu.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Styczeń, 1901). Mając sposobność spostrzegania u dziecka trzynastoletniego ropienia wątroby w następstwie urazu, podaje autor literaturę tego przedmiotu i dochodzi do następujących wniosków: 1) ropień wątroby wogóle rzadko się wydarza u dzieci, ropień zaś w następstwie urazu w brzuch jest częstszy u dzieci, aniżeli u osób dorosłych, a częstość ta pochodzi ztąd, że dzieci częściej są narażone na urazy wymierzone w brzuch; 2) czasem objawy występują bezpośrednio po urazie, a niekiedy znowu upływa pewien okres czasu, w którym objawów brak; 3) najczęściej uraz działa bezpośrednio na okolicę wątroby i ropień wtedy jest pierwotny i pośredni; bardzo rzadko zaś powstaje ropień w następstwie urazu, wywartego na inną okolicę brzucha i ropień wtedy jest następowy i pośredni; 4) objawy ropnia urazowego wątroby u dziecka są: bolesność miejscowa, wypuklenie, chełbotanie itd., gorączka stała lub zwalniająca, wycieńczenie znaczne i szybko występujące; 5) zazwyczaj ropień ma dążność do przebicia się przez skórę lub do dróg oddechowych, tj. do oskrzeli, lub do jamy opłucnej; 6) po przebiciu najczęściej szybko następuje polepszenie; trwałe wyleczenie wymaga jednak zabiegu chirurgicznego, stosownie do przypadku.

Jan Landau.

Emil Kraus. **O hodowaniu prątków durowych ze stolców osób chorych na dur.** *(Verhandl. des XVIII Congresses für innere Medizin).* K. opisuje sposób otrzymania czystej hodowli prątka durowego z kału chorych na dur brzuszny, który polega na tem, że: 1) prątek durowy nie wytwarza gazu na pożywkach, zawierających cukier gronowy, jak np. *bacterium coli*, skutkiem czego łatwo oznaczyć kolonię do niej na leżącą; 2) że im rozcieńczenie kału jest większe, tem łatwiejszym jest charakterystyczny rozrost poszczególnych kolonij.

Jako pożywki K. użył agaru glicerynowego z 2% dodatkiem cukru gronowego. Do przygotowanej w ten sposób pożywki płynnej w ilości 5 ctm³, dał $^1/_2$ ctm³ w odpowiedni sposób prawie do miliona rozcieńczonego kału; rozczyn ten następnie wylał na szalkę Petriego, którą po stężeniu pożywki umieścił w szafce o stałej ciepłocie 37°C. Po 20—24 godzinach można było zauważyć na płytce 60—100 dobrze oddzielonych od siebie kolonij, z których pod uwagę bierze jedynie te, które wyrastają między dnem pożywki a dnem szalki. Kolonij tych jest dwa rodzaje, makroskopowo podobnych do siebie, odznaczających się jednak tem, że jedne mają w pośrodku pęcherzyk gazu, zwiększający się w następnych godzinach, drugie nie mają go wcale, są nadzwyczaj skąpe i one to przedstawiają prątek durowy.

Badania te przeprowadził K. na 4 chorych, jak nie mniej na odpowiedniej liczbie ludzi zupełnie zdrowych. Jakkolwiek badania, przeprowadzone z kałem zupełnie zdrowych, nie dały podobnych wyników, to przecież K. nie przypisuje swojej metodzie nadzwyczajnego znaczenia, ale poleca ją w tych przypadkach, gdzie chodzi o pewne i szybkie wyeliminowanie *bacterium coli* z kału, tem samem ułatwienie hodowli prątka durowego.

Nartowski.

Zahradnický. **Przyczynek do etyologii i leczenia wgłobienia jelit.** *(Sbornik klinický).* T. II, Z. 1). Z. wykonał u 19 letniej dziewczyny wycięcie jelita z powodu zgorzelinowego wgłobienia jelita czczego w ślepe. Objawy ostrej niedrożności trwały od 5 dni. Chora zmarła w 12 godzin po operacyi w zapadzie. Na szczycie części wgłobionej znalazł autor dwa guzki, które okazały się mięśniakami, wychodzącymi z błony podśluzowej. Guzki te uważa autor za przyczynę wgłobienia. Podobne a bardzo liczne guzki znaleziono w całem jelicie cienkiem. Rozmiary guzków rozmaite, jedne jak ziarno siemienia, inne jak orzech laskowy. Wszystkie wychodziły z błony podśluzowej i złożone były z mięśni gładkich. Uporczywa biegunka i obecność ciał trudno strawnych w przewodzie pokarmowym były czynnikiem, który przy usposobieniu, spowodowanem guzkami, sprowadził ostatecznie wgłobienie.

Lepszym był wynik operacyi w drugim przypadku, gdzie również z powodu zgorzeli pętli wgłobionej musiał autor u 10 letniego chłopaka zresekować 85 ctm. jelita cienkiego. Jelito złączył guzikiem Murphyego, który odszedł już 4 dnia. Chłopak wyzdrowiał.

Autor jest zasadniczym zwolennikiem odgłobienia (dezinwaginacyi), którą zaleca próbować przed wszystkiem innem. Dopiero gdy odgłobienie się nie udaje, czy to z powodu zrostów, czy też zgorzeli części wgłobionej, pozostaje resekcya jelita, jako jedyna operacya.

Herman.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 marca 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytuje list Radcy Dworu prof. Korczyńskiego, w którym zaprasza Towarzystwo lekarskie do zwiedzenia nowej kliniki lekarskiej we środę dn. 13 marca o godz. 5 po południu. Przyjęto do wiadomości.

III. Następnie przyjęto do wiadomości pismo od Prezydyum III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, zapraszające do wzięcia udziału w Zjeździe, który się odbędzie w Pradze od 25 do 29 maja 1901 r.

IV. Przewodniczący zawiadamia o uchwale komitetu, by kol. Ściborowskiego z powodu jego zasług dla dobra Towarzystwa zamianować członkiem honorowym. Przyjęto do wiadomości.

V. Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Dr. Adama Gettlicha z Krakowa.

VI. Zapowiedziany odczyt kol. prof. Bujwida z powodu choroby prelegenta odłożono na później.

VII. Następnie kol. Gliński przedstawił 3 okazy zmian patologicznych w obrębie przełyku.

1) W przypadku 1-ym (PSL 36. 1901) chora 50-letnia zgłosiła się do szpitala prawie już umierająca, z objawami obrzęku płuc i wkrótce zmarła. Badanie pośmiertne wykazało w górnej części przełyku (w odległości 6 ctm od początku) obecność kości zwierzęcej kształtu nieprawidłowego graniastosłupa trójkątnego, wysokości 1,4 ctm.; długość boków trójkąta wynosiła: 1) 3 ctm., 2) 2,8 ctm. 2) 1,5 ctm. Kość ta składa się z grubej blaszki istoty zbitej, oraz z istoty gąbczastej i tkwi nadzwyczaj ostrymi brzegami swymi w ścianach przełyku, leżąc nieco skośnie do jego długiej osi. Odpowiednio do najbardziej wystających części kości znajdujemy w ścianie przełyku 3 ubytki, drążące przez całą grubość ściany; dwa z nich leżą na ścianie przedniej z boków i posiadają kształt owalny (wymiary ich wynoszą 2 ctm. × 1 ctm.) owrzodzenie 3-cie (o wymiarach 1 × $^1/_2$ ctm.) leży na bocznej ścianie przełyku po stronie lewej; brzegi tych ubytków są już bliznowaciejące. Poczynając na 2 ctm. powyżej tych ubytków, wzdłuż całego przełyku, aż do przepony, ciągnie się dookoła przełyku naciek ropny, przecho

dzący w okolicy dolnej części przełyku na opłucnę płuca prawego, co dało powód do powstania otoku ropnego (*pyothorax*) po stronie prawej z następowem ugnieceniem i niedodmą płuca prawego. Tak więc w danym przypadku połknięta kość dała powód do zejścia śmiertelnego skutkiem przebicia przełyku, następowego zapalenia ropnego tkanki śródpiersia tylnego (*mediastinitis purulenta posterior*) i otoku ropnego po stronie prawej. Połknięta kość w danym przypadku musiała pozostawać już dość długo w przełyku, za czem przemawia bliznowacenie brzegów owrzodzeń i rozległe zmiany następowe w otoczeniu przełyku, dla powstania których również potrzeba było pewnego czasu; mimo to i mimo że przyjmowanie pokarmów przez cały czas choroby musiało być znacznie utrudnione, jeżeli nie całkowicie zniesione, chora udała o poradę lekarską dopiero wtedy, gdy wszelka pomoc była już dla niej bezskuteczną.

2) W przypadku 2-im (PSL. 35. 1901) chory, lat 45, zgłosił się do szpitala ze skargami na trwający od 2 miesięcy silny kaszel z obfitą plwociną cuchnącą, na żadne zaburzenia w połykaniu i wogóle na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego nie uskarżał się; badanie przedmiotowe wykazywało obecność jamy w obrębie płatu dolnego płuca prawego; rozpoznawano zgorzel płuc na tle gruźliczem. Badanie pośmiertne wykazało obecność płaskiego nacieku nowotworowego w dolnej części przełyku (5 ctm. powyżej wpustu); naciek ten, na powierzchni owrzodziały, nie powodując znaczniejszego zwężenia światła zajmuje okrężnie całą ścianę przełyku, ciągnie się ku górze na przestrzeni 13 ctm., przechodzi przez całą grubość ściany przełyku i szerzy się w sąsiedztwie, otaczając po stronie lewej częściowo tętnicę główną zstępującą, po stronie prawej zaś przechodząc bezpośrednio (po przebiciu opłucnej) na dolny płat płuca prawego i wytwarzając tutaj guz nowotworowy, wielkości orzecha włoskiego Od owrzodziałej powierzchni nowotworu w przełyku prowadzi w kierunku skośnym ku dołowi i ku stronie prawej przetoka, ciągnąca się do dolnego płatu płuca prawego i kończąca się tutaj w jamie wielkości gęsiego jaja, o cechach jamy zgorzelinowej, dochodzącej do samej opłucnej, która jest w 3 miejscach przedziurawiona; przebicie opłucnej dało powód do powstania odmy piersiowej i zapalenia opłucnej z wypociną posokowatą. W gruczołach śródpiersia tylnego znaleziono przerzuty nowotworowe. Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało utkanie raka skórnego (*cancroid*). Przypadek jest pouczający ze względu na to, iż sprawa nowotworowa, tocząca się w przełyku, może przebiegać mimo rozległych zmian bez objawów miejscowych (co się tłómaczy w danym przypadku nieznacznem tylko zwężeniem światła) i skutkiem tego dać powód do błędnego rozpoznania.

Prócz tego w obydwu tych przypadkach sprawa chorobowa, tocząca się w przełyku, dała powód do zmian następowych w płucu prawem, wzgl. w opłucnej prawej, zejście stosunkowo dość rzadkie i zależne od stosunków anatomicznych (położenia dolnej części przełyku względem opłucnej po stronie prawej). Z tego względu przy tego rodzaju sprawach, toczących się w obrębie płuca prawego, winno się mieć zwróconą uwagę na przełyk i nie zaniedbywać ścisłego badania w tym kierunku.

3) Okaz 3-ci przedstawia przypadek polipa, wychodzącego ze ściany dolnej części przełyku i okazującego bardzo złożone utkanie (przypadek ten zostanie w całości ogłoszony drukiem).

W dyskusyi kol. R u t k o w s k i podnosi w przypadku przedstawionym pod 3 trudności rozpoznawcze za życia takich chorych, przez co i do zabiegu chirurgicznego, który mógłby uratować chorego, nie przychodzi. Gdyby można było takie przypadki rozpoznać, byłaby wskazaną operacya od strony żołądka.

Tego samego zdania jest i kol. K r y ń s k i; kol. G l i ń s k i wyjaśnia, że za życia badano chorego zgłębnikiem, a ten wykazał tylko zwężenie przy wpuście żołądka.

Kol. R u t k o w s k i jest zdania, że gdyby nawet badano ezofagoskopem, to badanie takie nie wykazałoby, że guz jest na szypule, a tem samem, że są dobre widoki dla zabiegu operacyjnego i przebiegu pooperacyjnego

VIII Kol. prof. K o s t a n e c k i omawia stosunki anatomiczne okolicy pachwinowej, a następnie demonstruje preparat z przypadku przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej na jednym i tym samym osobniku.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Czwarte posiedzenie Wydziału Sam. lek. odbyło się dnia 4-go marca b. r. pod przewodnictwem prezesa prof. J o r d a n a. Odczytano listy z życzeniami dla nowo powstałego Towarzystwa, otrzymane od związku lekarzy wiedeńskich i od Izby lekarskiej na Bukowinie. List Dr. K., w którym prosi o interwencyę w pewnej sprawie, przydzielono do referatu doc. Braunowi. Prof. Trzebicky zapytywał o informacye w sprawie, poruszonej przez kol. O., co do założenia kasy zapomóg przy Izbie zach. galicyjskiej. Zgodzono się jednomyślnie, że Wydział Towarzystwa ma zająć w tej sprawie stanowisko wyczekujące. Wreszcie załatwiono kilka spraw administracyjnych. (*Streszczenie protokołu*).

VII. W sprawie etyki w zawodzie naukowym.

Pomiędzy ludźmi, zajmującymi się nauką, zdarzają się nieporozumienia, dotyczące praw własności pomysłów, praw zajmowania się jakąś sprawą i t. p. Nieporozumienia te wynikają najczęściej z różnicy zapatrywań, oraz z braku normujących prawideł, zwykle zastępowanych obyczajem, a często i z braku takiego prawa obyczajowego. Jedno takiego rodzaju nieporozumienie, w które nieoczekiwanie zostałem wmięszany, zmusiło mię do zastanowienia się nad tą sprawą; chcę tu podać kilka uwag ogólniejszego znaczenia, które mi się nasunęły.

Przebieg tego zdarzenia jest następujący: W styczniu 1897 r. wykazał E. Buchner, podówczas profesor w Tybindze, że fermentacya wyskokowa odbywać się może bez udziału żywych komórek drożdżowych, a tylko pod wpływem soku wyciśniętego z tych komórek. W publikacyach swoich Buchner nigdzie nie zastrzegł sobie wyłącznego prawa do zajmowania się tą sprawą. Pracując nad badaniem enzymów, a oceniając całą doniosłość nowego odkrycia i widząc w soku drożdżowym pożyteczny materyał do badań nad inwertyną, którą się zajmowałem, powtórzyłem i rozszerzyłem badania Buchnera po upływie półtora roku od ogłoszenia pierwszej jego rozprawy. W pracy mojej, ogłoszonej w Biuletynie Akademii Umiejętności, wyraziłem podziw dla odkrycia Buchnera i przesłałem mu jej egzemplarz z dedykacyą, wyrażającą wielkie uznanie. Na to otrzymałem list, skreślony w bardzo ostrym tonie, w którym mi Buchner stanowczo zabrania dalszej pracy nad sokiem i wymaga, abym „n a t y c h m i a s t (w oryginale podkreślono) przerwał wszelkie w tym kierunku podjęte roboty“. Podpis zaopatrzony wszystkimi tytułami, jakby dla zastraszenia skromnego urzędnika. Buchner i w druku oburzał się na mnie, oddając mój postępek na sąd współzawodowców. List jego pokazałem najprzód dwóm naszym wybitnym uczonym, którzy mi odpowiedzieli: „pracuj pan dalej, nie zwracając na to uwagi“. Zasięgałem też opinii głośnych uczonych zagranicznych. Oto wyjątki z niektórych listów słynnych fizyologów, chemików i biochemików. Dwa z nich pochodzą z Niemiec, dwa — ze Szwajcaryi i jeden z Ameryki.

„Wenn Herr Prof. Buchner in seinen Abhandlungen es sich nicht vorbehalten hat, den Presssaft in jeder Richtung selbst zu untersuchen, so konnte er, streng genommen, nicht erwarten, dass kein Anderer sich mit dem Presssaft beschäftigte. Er kann Ihnen nicht verbieten Versuche mit dem Presssaft anzustellen“.

„Es handelt sich um ein Naturprodukt der complicirtesten Zusammensetzung, um ein Untersuchungsgebiet, welches weder Buchner, noch zahlreiche andere Forscher so bald erschöpfen werden, so dass man es von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, nur begrüssen kann, wenn die Aufhellung desselben von mehreren Seiten in Angriff genommen wird“.

„Buchner's Vorbehalte finde ich sehr ungerechtfertigt. Was man sich reserviren will, soll man nicht veröffentlichen“.

„Nach meiner Meinung hat Niemand das Recht Ihnen oder sonst Jemandem die Ausführung einer beliebigen wissenschaftlichen Arbeit zu verbieten. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine so wichtige Sache, dass es mir in höchstem Grade wünschenswert erscheint, dass sie von verschiedenen Seiten unabhängig bearbeitet wird“.

Niektóre zdania są tak ostre, że ich tu przytaczać nie mogę.

Wobec takiej opinii ludzi kompetentnych, że tu nie wspominam już o zdaniu własnem, nie ustawałem w pracy nad sokiem drożdżowym i sądzę, że zachowanie się moje byłoby bardzo ujemnem w sensie etycznym, gdybym posłuchał rozkazu berlińskiego profesora.

W podobnych zawikłaniach i nieporozumieniach, gdzie niema praw i prawideł, a obyczaj jest niejednostajniony, musi być jakieś ogólne kryteryum, któreby pozwalało oryentować się, przyświecało przy pracy naukowej i kierowało naszymi postępkami. Sądzę, że kryteryum to powinno być nam podyktowane przez wpojone w nas poczucia, zasady, a głównie: z jednej strony przez poczucie własności dóbr duchowych, z drugiej zaś przez cześć dla nauki i dbałość o jej dobro.

Zachowanie zasady własności autorskiej nie pozwala brać cudzej myśli i wydawać jej za swoją; nie pozwala zastosowywać jej bez przytoczenia źródła tak, aby się wydawało, że jest naszą własną; pozwala jednak używać jej w całej jej rozciągłości do dalszych badań. Bo myśl ogłoszona jest jak przedmiot użyteczności publicznej, np. książka w czytelni ogólnej, puszczona w obieg a zaopatrzona stemplem. Stempla zetrzeć nie wolno, nie wolno przedmiotu przywłaszczyć, lecz korzystać z niego wolno i należy w całej rozciągłości. Co byśmy powiedzieli o autorze, któryby oddając swą książkę do biblioteki zastrzegł, że będzie tylko sam z niej korzystał. Naturalnie, że kraść cudze myśli lub plon cudzej pracy i np. sprzedawać je innym jest zbrodnią, oby niezwykłą.

Co do przywiązania do nauki i dbałości o jej dobro, zasada ta jest ważną osobliwie u nas, w dobie obecnej, gdy nauka nasza dopiero się wyłania i organizuje, aczkolwiek posiada już swoje dawniejsze tradycye i swoje cechy indywidualne. Przyświecać więc nam powinna dbałość o dobro nauki polskiej, a w sensie etycznym nazwiemy ujemnem wszystko to, co do jej rozprzężenia i na jej szkodę się kłoni. Winniśmy jedni drugich wspierać, sobie nie szkodząc, wspólnie budować, a nie zdradzać, Boże uchowaj, na rzecz obcych.

Wobec tego nie mają znaczenia wszelkie zastrzeżenia praw, zabraniania pracy w pewnym zakresie i t. p. i bez wszelkiej ujmy dla etyki nie mamy powodu z niemi się liczyć. Natomiast spór o pierwszeństwo, chociaż najczęściej dziwnie wygląda, może mieć jednak dla jednostki wartość istotną, a dla nauki — historyczną. Dla naszej nauki, w epoce jej wykwitu, spór taki posiadać może niekiedy znaczenie doniosłe. *A. Wróbiewski.*

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia. 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Baylac (Tuluza). *Nakłócie i przepłókanie jamy brzusznej przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej.* Ponieważ celem prelegenta jest, by chorzy korzystali z jednej strony z dobrodziejstwa przepłókania jamy brzusznej, a z drugiej nie byli narażeni na niebezpieczeństwo, mogące wyniknąć z cięcia brzusznego i by nie używano płynów przeciwgnilnych, w każdym razie nie bardzo odpowiednich, dlatego po nakłóciu stosuje jedynie wodę ogrzaną do 45°, również skutecznie działającą: idzie bowiem głównie o to, aby otrzewnę uwolnić od wysięku, a podać jej możliwie dobre warunki, prowadzące do wyzdrowienia. Istotą wszystkiego jest działanie mechaniczne. Według tej modły leczył Baylac 8 przypadków gruźliczego zapalenia otrzewnej, połączonego z puchliną brzuszną, osiągając w 5 zupełne wyleczenie, a w 3 przypadkach znaczną poprawę. W końcu stara się prelegent wyjaśnić teoretycznie, w jaki sposób następuje wyleczenie.

Marini (Palermo). *Wyniki badania krwi w przebiegu chorób zakaźnych.* Badając krew chorych na włóknikowe zapalenie płuc, znalazł prelegent znamienne typy leukocytów z wielokształtnem jądrem, okazujących następujące właściwości: dokoła jądra grupuje się w pierwoszczy neutrofilna ziarnistość (przy barwieniu triacidem Ehrlicha) i to właśnie środkowa część komórki barwi się nader silnie, obwód zaś pozostaje czysty, względnie mało zabarwiony. Zmiany te znikają stopniowo z ustępowaniem choroby, są więc prawdopodobnie zawisłe od ogólnego zakażenia. We krwi psów zdołał Marini wywołać doświadczalnie podobne leukocyty, szczepiąc bardzo jadowite zarazki, pochodzące z łuszczącej się skóry dzieci, chorych na odrę.

Fenoglio (Cagliari). *Etyologiczne znaczenie »amoebae coli«.* Tym zarazkom nie można — zdaniem mówcy — przypisać etyologicznego znaczenia w czerwonce i innych cierpieniach jelitowych, nie wywierają one bowiem żadnego wpływu chorobotwórczego, tem bardziej, że można je napotkać z wszystkiemi znamiennemi cechami u ludzi zupełnie zdrowych. Podane kotom (bardzo skłonnym, jak wiadomo, do czerwonki) nie wywołują żadnego swoistego cierpienia. W przypadkach zaś, gdzie rzekomo ze skutkiem przeszczepiono treść jelitową, zawierającą powyższe drobnoustroje, nie stwierdzono dokładnie, czy i inne zarazki w grę nie wchodziły.

Achard (Paryż). Pierwszy referent. *O niedomodze nerek.* Znane dotychczas cechy anatomicznych zmian w nerkach pozostają w pierwszym rzędzie tylko środkami pomocniczymi celem rozpoznania niedomogi nerkowej, albowiem czynnościowe zaburzenia nie zawsze równomiernie postępują ze zmianami anatomicznemi, pojawiają się nawet wcześniej, lub mogą istnieć u ludzi na pozór zdrowych. Różne są drogi, prowadzące do wyśledzenia powyższych zaburzeń; najczęściej służy ku temu ilościowe oznaczenie prawidłowych składników moczu: mocznika, fosforanów, soli potasowych (których ilość maleje przy jednostronnem cierpieniu nerkowem), lub oznaczenie trującej siły moczu, wstrzykując go do żył królików sposobem Bouchardа. Atoli daleko korzystniejszy sposób, aniżeli powyższe, jest, według prelegenta, porównawcze fizykalno-chemiczne badanie osmotycznej siły moczu i krwi, czyli, innemi słowy, oznaczenie stosunku, zachodzącego między drobinową gęstością płynów, według Koranyiego z pomocą kryoskopii; dla codziennej jednak klinicznej praktyki jest i to postępowanie zanadto uciążliwe. Tem bardziej poleca się inny dogodniejszy sposób do rozpoznania czynnościowych zaburzeń w nerkach, polegający na badaniu wydzielonego błękitu metylowego, wstrzyknąwszy go poprzednio pod skórę w ilości 0,05 grm., a pojawiającego się w moczu zdrowego osobnika w $^1/_4$—$^1/_2$ godz. później, jako niebieski barwik, lub też jako bezbarwny chromogen, w stanach zaś chorobowych po jednej lub kilku godz. Czas trwania wydzielenia błękitu metylowego jest zależny od natężenia niedomogi nerkowej.

Laache (Christiania) (koreferent) zaznacza, że obecnie przyjmuje się tak samo czynnościową niedomogę nerek, jak serca lub żołądka, co jest tem potrzebniejsze, że ze stanowiska anatomicznego cierpienia nerkowe nie zawsze dadzą się odróżnić w swych najrozmaitszych postaciach; także i w symptomatologii te zaburzenia zacierają się między sobą, niektóre nawet objawy nie dadzą się wogóle wyjaśnić na drodze anatomicznej. Jako przykład przytacza prelegent okresowy białkomocz, który również należy odnieść do pewnego stopnia niedomogi nerek. Trzeba atoli starać się rozpoznać niedomogę jeszcze przed pojawieniem się uchwytnych objawów, a do tego służą środki pomocnicze, podane przez Acharda, Castaigna, Caspera i Richtera. W dalszym toku omawia prelegent leczenie rzeczonego cierpienia. W pierwszym więc rzędzie stoi postępowanie zapobiegawcze, a ze względu na doniosłe etyologiczne znaczenie zwapnienia tętnic, winna być uwaga skierowana na możliwość nadużycia napojów wyskokowych. Właściwe leczenie ma zadość uczynić dwom zasadom: *a)* szczególne staranie nad osłabionym narządem, *b)* w przypadku zaczopowania kanalików nerkowych usunięcie chorobowej wypociny zapomocą przepłókania ustroju (picie wiele wody, wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej). W ostrej niedomodze nerkowej (mocznica) wskazany jest upust krwi z podskórnemi wlewaniami lub bez nich.

Dyskusya: Richter (Berlin) omawia na wstępie znaczenie metody Koranyiego (kryoskopia), służącej do rozpoznania niedomogi nerek. Dla praktyki jednak, a szczególniej dla widoków możliwego chirurgicznego zabiegu, ważnem jest wiedzieć, w jaki sposób dzielą się obydwie nerki w swej wspólnej pracy, pytanie, które prelegent wraz z Casperem starali się wyjaśnić, kombinując florydzynową metodę Acharda z kateteryzowaniem moczowodów. Otóż pokazało się, że w warunkach prawidłowych po zastosowaniu florydzyny każda nerka wydziela równą ilość cukru; w przypadkach zaś jednostronnego schorzenia nerkowego ten chemizm się zmienia: chora nerka wydziela mniej cukru, silnie schorzała zupełnie go nie wydziela: wogóle można powiedzieć, że ilość wydzielonego cukru jest w odwrotnym stosunku do nasilenia cierpienia. Z oznaczenia ilości wydzielonego mocznika i kryoskopowego zbadania moczu z każdej nerki z osobna, można sobie wyrobić obraz wielkości pracy nerek.

De Dominicis (Neapol) wątpi, by cukromocz florydzynowy był pochodzenia nerkowego: po wstrzyknięciu florydzyny psu znalazł we krwi 25 cgr. glikozy; w kilka dni później wycięto obydwie nerki i powtórnie wstrzyknięto florydzynę, poczem stwierdzono, że ilość cukru we krwi wzrosła do 80 cgr. Samo więc wycięcie nerek nie powiększa glikemii, z czego wynika, że nerki nie wytwarzają cukru.

Widal (Paryż) podaje wyniki swych badań, dokonanych wspólnie z innymi autorami, a tyczących się przepuszczalności chorych nerek dla niektórych przetworów (kwasu salicylowego, błękitu metylenowego) i określenia drobinowej gęstości krwi zapomocą kryo-

skopijnej metody w przypadkach miąższowego zapalenia nerek u ludzi i zwierząt (doświadczalnie wywołanego). Znaleziono n. p., że u chorego z miąższowem zapaleniem nerek bez mocznicy wydzielanie błękitu metylenowego trwa dłużej, a punkt marznięcia krwi jest znacznie podniesiony. U 7 królików wywołano zapalenie nerek po wstrzyknięciu kwasu chromowego, nerki przepuszczały kwas salicylowy zupełnie prawidłowo wydzielanie zaś błękitu metylenowego trwało dłużej pod postacią chromogenu. Surowica tych zwierząt, wstrzyknięta w ilości 0,1 ctm.^{3} do mózgu świnek morskich, była trująca: aby ten sam skutek wywołać u królików, trzeba było użyć 0,5 cm^3. Po wytworzeniu się cierpienia nerkowego wstrzyknięcie surowicy nawet w większych dawkach pozostawało bez skutku.

Bard (Lugdun) wspomina o swych dawniej już ogłoszonych doświadczeniach, według których przepuszczalność nerek, mierzona błękitem metylenowym, jest mniejsza w przebiegu łącznotkankowego zapalenia tego narządu, zwiększona zaś przy miąższowem zapaleniu. Prawdopodobnie jest tak samo w mocznicy.

Bernard (Paryż) zaznacza, że siła przepuszczalności nerek może być dla różnych związków chemicznych różną: nieuzasadnioną jest więc rzeczą, aby wyniki, otrzymane z doświadczeń błękitem metylenowym, były słuszne: w każdym razie trzeba oddać pierwszeństwo kryoskopii, której użyć można równocześnie dla moczu i krwi, otrzymując przez to ważne wyniki pod względem porównawczym. Otóż stwierdzono, że przepuszczalność nerek (którą lepiej nazwać „wydzielniczą czynnością“) jest rozmaitą przy poszczególnych cierpieniach nerkowych: jest jednak zupełnie niezawisłą od istniejących zmian anatomicznych. Nawet w przebiegu mocznicy nerki są pod tym względem „przepuszczalne“, nie można jej więc odnieść do nieprzepuszczalności: tę ostatnią własność należy oddzielić od niedomogi.

Moor (Nowy York) donosi, że odkrył w moczu nowe ciało organiczne, które nazwał „urein“, dające z żelazosinkiem potasowym zabarwienie niebieskie. Żadne inne ciało, wchodzące w skład prawidłowego moczu, nie daje podobnego odczynu. Prelegent więc przyjmuje, że urein jest istotną częścią składową moczu, a nie mniej przyczyną amoniakalnego rozkładu i mocznicowego zatrucia, występującego u chorych nerkowych.

Torulla (Barcelona) stosował organiczne wyciągi z nerek w cierpieniach tego narządu, nie otrzymując jednak zachęcających wyników.

Sergent i Bernard (Paryż). *O chorobie Addisona.* Prelegenci są zdania, że od choroby Addisona należy oddzielić zbiór objawów, przedstawiających się jako wynik niedomogi nadnercza, przyjętej obecnie pod nazwą „forme fruste“ (postaci rzekomej) choroby Addisona. Podział ten jest tem bardziej usprawiedliwiony, ponieważ rzeczona choroba rozwija się czasami u osobników, nieokazujących w nadnerczu żadnych zmian anatomicznych. Niedomoga nadnercza występuje nagle lub też powoli pod postacią ogólnego zakażenia, albo też na tle przyczyn usposabiających, jak urazy itp.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag w sprawie wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich.

Podał

Dr. Władysław Żydłowicz

b. asystent Kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

A teraz zastanówmy się, czy wykłady takie, jakie radby urządzić dr. Borzęcki, przyczyniłyby się do zmniejszenia chorób wenerycznych u naszej młodzieży. Czy ci z młodzieży, którzy odwiedzają domy publiczne, nic wiedzą o tem, że tam mogą się nabawić chorób wenerycznych? O ile wiem z własnego doświadczenia, to ci właśnie młodzieńcy mają nawet przesadzone pojęcia o zgubnych następstwach chorób wenerycznych, a zwłaszcza kiły. Gdy się takiemu studentowi powie, że się zakaził jadem kiłowym, nieraz płacze, a zawsze prawie trwożliwie się wypytuje, czy w przyszłości choroba „na mózg się mu nie rzuci“, a przy zapisywaniu przetworów rtęciowych wyraża obawę, czy mu kości nie spruchnieją (zdanie, jak wiadomo, mylne, utarte między laikami). W praktyce prywatnej po wyleczeniu ucznia gimnazyalnego z rzeżączki zawsze daję mu przy ostatniej wizycie naukę ojcowską, by zaniechał spółkowania z prostytutkami, objaśniam go, że kiła, którą się zakazić może, to skaza na całe życie, że po dłuższym lub krótszym czasie u takich chorych występują zmiany mózgowe i t. d. Chłopczyna przyrzeka, odchodzi skruszony i bardzo często po kilku tygodniach zgłasza się z nową rzeżączką, albo nawet z wrzodem twardym. A przecież taka przestroga, dana w cztery oczy, powinna więcej zdziałać, niż wykład. Zresztą, gdyby świadomość przykrych następstw kiły chroniła wogóle od spółkowania z kobietami publicznemi, to słuchacze medycyny, którym w klinicznych wykładach demonstruje się „ad oculos“ ciężkie przypadki kiły, chyba od spółkowania z prostytutkami wstrzymać by się powinni, a dlaczegóż tego nie czynią? Bo walka z popędem płciowym, to nie walka na słowa...

Gdybym miał przekonanie, że takie wykłady zapobiegną przynajmniej w części szerzeniu się chorób wenerycznych u młodzieży, zgodziłbym się na ich wygłaszanie w zupełności. Lecz ja w nich dopatruję nawet szkodę. Trzeba sobie wyobrazić, jak by się takie wykłady odbywały i coby im towarzyszyło. A więc zebranie naraz dwóch ostatnich klas w jednej obszernej sali, podobnie jak do wysłuchania egzorty, i wykład. Gdyby treść wykładu nie wydostała się poza mury owej sali, to wprawdzie nie byłoby pożytku z takiego wykładu, ale nie byłoby też i szkody. Wiadomo jednak, jak chciwie łowi młodzież wiadomości z zakresu chorób płciowych, jak ją to zajmuje i jak te wiadomości lubi rozszerzać w swem gronie. Jestem przekonany, że po takim wykładzie treść jego przedostałaby się lotem błyskawicy do znacznie młodszych kolegów i że przez jakie dwa tygodnie w gronie dzieciaków o niczem innem by nie rozprawiano, tylko o domach publicznych, wszetecznicach i chorobach wenerycznych. Czy szerzenie takich wiadomości między kilkunastoletnimi chłopakami leży w interesie szkoły i młodzieży?

Przejdę teraz do oceny wykładów o samogwałcie. I tu muszę wypowiedzieć zdanie, że wykład taki nietylko na nic się nie przyda, ale oddać może w dodatku niedźwiedzią przysługę młodzieży.

W jaki sposób samogwałt szerzy się między chłopakami? Wiadomość o nim podaje się z ust do ust. I nieulega, zdaniem mojem, a sądzę i ogółu lekarzy, najmniejszej wątpliwości, zwłaszcza, że odczyt taki trzebaby wygłosić już wobec 13-letnich chłopiąt, że niejeden dopiero wtedy dowiedziałby się, że samogwałt istnieje, a jak ten rękoczyn wykonać trzeba, pouczyłby go sam lekarz. Czy młodzież dlatego dopuszcza się samogwałtu, że nie wie o jego szkodliwych skutkach? W ponurych, może nawet za ponurych barwach przedstawia spowiednik chłopcu szkodliwy wpływ samogwałtu na ustrój, prosi go i zaklina na wszystko, by tego w przyszłości nie czynił i skruszony młodzieniec przyrzeka solennie poprawę. I jakiż z tego wynik? Zaprzestanie samogwałtu na jakie dwa tygodnie, aby potem na nowo zabrać się do dzieła. Zapomniano, że i tu mamy do czynienia z popędem płciowym, w dodatku chorobliwym i dlatego walka na słowa musi być bezowocną; chłopcy, dopuszczający się samogwałtu, to ludzie nerwowo chorzy, których leczyć należy, a nie straszyć.

Chcąc zabrać się do walki z tym wrogiem młodzieży i to do walki skutecznej, społeczeństwo przedewszystkiem powinno się uderzyć w piersi, uznać swą winę, a następnie zabrać się do dzieła. A więc najpierw wyrugować ze szkół dotychczasowy wadliwy system nauczania, który z ludzi, obdarzonych od przyrody rozumem i wolną wolą, wytwarza stado bezmyślnie „kujących“ na pamięć, a wprowadzić system bezpośredniego nauczania i korzystania z nauki. Przy dzisiejszym sposobie nauczania nie jest student obowiązany zdać spra-

wozdania z tego, co nauczyciel uczy na tej samej lekcyi; wie on o tem dobrze. że i tak w domu musi lekcyę „wykuć"; naturalnie robi to tylko wtedy, gdy spodziewa się, że go nauczyciel „wyrwie" i dla tego tylko, aby obronić się przed „dwójką" i „przejść" z klasy do klasy. Podczas lekcyi mała tylko cząstka korzysta z nauki, tj. ta, która ma w tem interes; reszta obojętnie drzemie, albo uczy się na następną lekcyę, z nudów gra w karty pod ławką, a niektórzy, aby sobie skrócić wlokący się żółwim krokiem czas, pod ławkami dopuszczają się samogwałtu. Skłania ich do tego bezczynność umysłowa i fizyczna. Z czasów studenckich przypominam sobie, że zamiast wygniatać ławkę na takiej nudnej lekcyi, nieraz w lecie uciekałem z kilkoma kolegami z klasy i graliśmy w piłkę za miastem, albo szliśmy się kąpać; sądziłem wtedy, że dopuszczam się czegoś zdrożnego. Dzisiaj widzę, że był to tylko czyn samoobrony ze strony ustroju, nękanego bezczynnością umysłową i fizyczną i żałuję, że za mało tego przekroczenia się dopuszczałem.

Jak więc widzimy, przestarzały dzisiejszy system uczenia przyczynia się w wysokim stopniu do wykonywania samogwałtu i dlatego usunąć go co rychlej należy. Trzeba tu dużo silnej woli ze strony zainteresowanych czynników, chęci do pracy, pracy i... środków materyalnych, a wiadomo. że na nic się tak nie skąpi u nas, jak na cele oświaty. Wdzięczne choć trudne pole do pracy będą tu mieli lekarze szkolni; zamiast odczytów o samogwałcie najlepiej się młodzieży przysłużą, gdy wpłyną na władze szkolne i z niemi obmyślą nowy system nauczania, oparty na fizyologicznych warunkach równomiernego rozwoju ducha i ciała. Największe, zdaniem mojem, korzyści przyniósłby system bezpośredniego nauczania i korzystania z nauki tak. aby uczeń na tej samej lekcyi był obowiązany zdać sprawę z nabytych wiadomości, a podręcznik w domu służyłby mu do przypomnienia sobie w domu tego. czego się w szkole nauczył. Ale też wtedy tylko nauka taka mogłaby przynieść rzeczywistą korzyść, gdyby ograniczono liczbę uczniów, przypadających na klasę, do kilkunastu i gdyby zmniejszono liczbę godzin nauki. Mniej obciążać pamięć wierszami, wyjątkami. luźnemi datami i faktami, które nie przynoszą spodziewanej korzyści, a przeciwnie, zabójczo działają na rozwój umysłu; odbiegnąć więc od szablonu i na tej drodze zainteresować młodzież przedmiotami szkolnymi. Jak dzisiaj. to obciążone mózgowie stara się jak najwcześniej pozbyć przykrego balastu; jestto rodzaj samoobrony ustroju i to jest jeszcze szczęściem dla uczących się. Że się nie mylę, wydając niekorzystny sąd o dzisiejszym sposobie nauczania, najlepszym dowodem, że ucząc się przez lat 10 języka niemieckiego, a przez 8 lat łacińskiego, przeciętny „dojrzały człowiek" nie umie skleić porządnego zdania w tych językach, a z dużego alfabetu greckiego już po kilku latach nierozpoznaje wszystkich liter, a przecież uczył się przez sześć lat tego języka niemal codziennie. Piękny wynik z tyloletniej pracy i ślęczenia nad książkami!...

Mógłby mi ktoś zrobić zarzut, że jestem przeciwnikiem pouczenia młodzieży o zgubnych skutkach chorób wenerycznych i samogwałtu.

Owszem, jestem za takiem pouczeniem, ale w odmiennej formie: nie przez zbiorowe wykłady, jak tego chcą wspomniani koledzy, gdyż, jak wykazałem, pożytku z tego nie będzie, a nawet może wyniknąć szkoda dla młodzieży. Do pouczenia młodzieży nadaje się szkoła i rodzice, względnie opiekunowie młodzieży: a gdy wejdzie w życie instytucya lekarzy szkolnych, to ta będzie mogła zdziałać dużo bardzo w tym kierunku. Lekarze szkolni, stykając się z powierzoną ich pieczy młodzieżą, przy sposobności badania młodych organizmów pouczą o chorobach wenerycznych i szkodliwych następstwach z samogwałtu uczniów, ale w cztery oczy, od przypadku do przypadku, tam tylko, gdzie to uznają za stosowne i korzystne.

X. Wiadomości bieżace.

Kraków, dnia 28 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. L. Korczyński miał odczyt: »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii« (Część I.).

(c) Z Towarzystw higienicznych, których zawiązanie uchwalił ostatni Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, zorganizowało się już lwowskie; krakowskie jest w przededniu swego powstania, a raczej wskrzeszenia. Nie przesądzając, jakie ramy zakreśli sobie dla swej działalności jedno i drugie Towarzystwo, to jednak na pewno przewidywać można, iż staraniem ich będzie szerzyć zasady higieny wśród społeczeństwa, a budzić zajęcie dla spraw zdrowia publicznego w kołach lekarskich. Da się to osiągnąć różnymi sposobami, między którymi najpotężniejszym pozostanie zawsze słowo drukowane.

Zanim pod tym względem postanowione coś będzie i zanim postanowienie przejdzie w czyn. nie będzie może od rzeczy zwrócić uwagę kolegów galicyjskich, tych przedewszystkiem, których zakres działania dotyczy spraw higienicznych, na istniejące od szeregu lat polskie pismo higieniczne. Jest niem warszawskie »Zdrowie«. Od czasu, kiedy stawszy się organem warszawskiego Towarzystwa higienicznego zyskało silną podstawę materyalną i szerokie poparcie moralne, podniosło się ono na niebywały dotąd poziom. Kierownictwo pisma zdołało zręcznie pogodzić interesa zawodowców, potrzebujących w powodzi nowoczesnego piśmiennictwa znaleźć drogowskaz i przewodnika, z interesem szerokiej publiczności, szukającej wiadomości w formie łatwej, przystępnej i praktycznej za niezbyt wygórowaną cenę. Ta druga zaleta zreformowanego »Zdrowia«, acz wielkiej doniosłości, nie zajmuje nas na razie; zwracając się do lekarzy, podnieść należy wartość naukową pisma, które obecnie słusznie zasługuje na nazwę przeglądu postępów higieny. Każdy poszyt przynosi kilkadziesiąt dokładnych streszczeń z najnowszych prac higienicznych, ogłoszonych po niemiecku, francusku, angielsku i włosku i daje wierny, a wyczerpujący obraz ruchu na tem polu. Ze względu na nasze własne stosunki znów nadzwyczaj są ważne i pouczające artykuły oryginalne, których kilka znajduje się w każdym numerze »Zdrowia«. Wreszcie rzeczywiście znakomicie przedstawiają się t. zw. »wiadomości bieżące«, zawierające mnóstwo drobniejszych, zajmujących i pożytecznych szczegółów, a układane widocznie bardzo starannie i, podobnie jak referaty, według pewnego stałego planu. W zakresie tych wiadomości spotykamy już teraz stosunkowo wiele rzeczy, odnoszących się do stosunków galicyjskich. podanych dokładnie i bezstronnie.

Do sprawy tej powrócić jeszcze nieraz zdarzy się nam sposobność; na dziś kończymy mniemaniem, że »Zdrowie« w obecnej już formie zasługuje na to, aby znalazło w Galicyi jaknajliczniejszych czytelników.

— Do biblioteki Towarzystwa Lek. krak. nadesłali: 1) WP. Prof. Wachholz 8 roczników różnych polskich czasopism (częściowo niekompletnych) z r. 1900. 2) WP. Fizyk Buszek kilkadziesiąt zeszytów »Zdrowia« oraz »Nowin lekarskich«. 3) Kol. Dr. Terensiewicz brakujący zeszyt »Nowin Lekarskich« z r. 1889. 4) Kol. Dr. Dika kilkadziesiąt zeszytów »Wiener medicin. Wochenschrift« z r. 1900 i 1901.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom składam niniejszem serdeczne podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, bibl. Tow. Lek. krak.

* W N-rze 10 »Przegl. Lek.« podaliśmy wyciąg z ustawy Zjazdów lekarzy i przyrodników czeskich, w szczególności zaś zwróciliśmy uwagę na § 10, dopuszczający obce języki do obrad zjazdowych. Wiadomo, że paragraf, dotyczący używania przez gości obcej mowy na posiedzeniach Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, znajduje się od wielu lat w naszym regulaminie, a w zmienionym podczas Zjazdu przeszłorocznego statucie, paragraf ten w całej pełni został uwzględniony. Zatem w Pradze i Krakowie zastosowano się w całej rozciągłości do ducha uchwał Zgromadzenia lekarzy słowiańskich w Paryżu 1900 r.

W świeżo otrzymanej odezwie Komitetu gospodarczego, mającego się odbyć w b. r. XI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich, do której jest dołączona i ustawa Zjazdów, nie znajdujemy zupełnie paragrafu, któryby rozstrzygał sprawę używania języka nierosyjskiego w obradach Zjazdów lekarzy rosyjskich, niema nawet wzmianki, czy nieżyjący już dziś prezes Akademii medyczno-wojskowej, prof. Pa-

szutin i prof Djakonow, delegaci rosyjscy na międzysłowiańskim Zjeździe w Paryżu. poddali tę sprawę pod obrady.

Zasługa wytworzenia między lekarzami słowiańskimi ściślejszego zespolenia naukowego i literackiego przypada kolegom czeskim; w ich też ręku spoczywa dotychczasowy ster dalszej na tem polu organizacyi Przyznając atoli zasługę w początkowaniu, wyznajemy otwarcie, że z nią się łączy obowiązek wyświetlenia podniesionej przez nas sprawy; »lekarski Komitet słowiański« w Pradze, jako posiadający mandat organizacyjny, ma obowiązek i powinien 1) zapytać się bezpośrednio Komitetu gospodarczego XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich. dla jakich powodów zasadnicza uchwała Zgromadzenia lekarzy słowiańskich w Paryżu. dotycząca używania przez członków słowian ich języka narodowego, została zupełnie pominiętą i zbytą milczeniem w ustawie Zjazdów lekarzy rosyjskich? 2 podać ewentualnie otrzymaną odpowiedź przed 1-ym maja br. do wiadomości lekarskich Komitetów słowiańskich, w celu wyciągnięcia konsekwencyi ze zmienionych warunków.

* Na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Kijowie uczynił prof. Tomaszewski wniosek, zmierzający do założenia szpitala dla trędowatych; jednocześnie wybrano komisyę w celu obliczenia liczby trędowatych w kijowszczyźnie i guberniach sąsiednich.

* Towarzystwa i związki lekarskie w Niemczech wysyłają solidarnie podania do rządu, domagające się niedopuszczania na Wydziały lekarskie wychowańców szkół realnych

* Redakcya tygodnika »St. Petersburger Medicinische Wochenschrift« uświetniła 25-lecie swego istnienia wydaniem numeru jubileuszowego, w którym, obok treści sprawozdawczej, znajduje się 7 prac oryginalnych. Do numeru tego dołączyła Redakcya podobiznę trzech już dziś nieżyjących a zasłużonych członków Redakcyi: Holsta, Böttchera i Wahla.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kłodzianowski, lekarz poselstwa austr. w Egipcie, otrzymał perski order słońca i lwa 2-giej klasy. Prof. Neusser, który leczył króla Milana, otrzymał serbski krzyż komandorski »Takowa.« Prof. nadzwycz. chirurgii w Kijowie Dr. Malinowski mian. został profesorem zwycz. Prof. Garrè z Rostoku powołany został do Królewca na miejsce Eiselsberga.

Nekrologia

Dr. Włodzimierz Preininger. założyciel i redaktor miesięcznika »Lékařské rozhledy.« zasłużony lekarz, obywatel i pisarz, zakończył życie w Pradze w 36 r. życia Płodna jego działalność literacka uwydatniała się głównie na polu zdrowia społecznego: liczne prace z tego zakresu zamieszczał w czasopismach czeskich: »Světozor,« »Zlata Praha,« »Rozhledy,« »Zdravi,« »Almanach lázni zemi koruny české.« Lekarskiemu piśmiennictwu ojczystemu przyswoił Alberta »Dyagnostykę chorób chirurgicznych« i Filatowa: »Choroby dzieci.« Był sprawozdawcą z prac czeskich do czasopism niemieckich, a odwrotnie w »Rozhledach« większa część wyciągów była jego pióra. Był czynnym i cenionym członkiem »Spolku českých lék.,« oraz Izby lekarsk. czeskiej.

Schodząc z tego świata w tak młodym wieku. pozostawił po sobie bogaty plon rozumnego. szlachetnego i nad wszelki wyraz pracowitego życia.

Zmarli: W Budapeszcie prof. hygieny Józef Fodor. W Petersburgu Dr. Władysław Krajewski W Lisku chirurg Józef Freysinger, lekarz miejski.

Zapiski bibliograficzne.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 12: Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerotica« oraz t. zw »gangrenae spontaneae.« Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (c. d).

— *Medycyna* Nr. 12: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego, z przytoczeniem własnego przypadku (c d). Kramsztyk: O zatruciu ług'em sodowym u dzieci (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12: Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Slavik: Otrava dynamitem. Vražda nebo otrava nahodilá.

— *La Semaine médicale* Nr. 11: Debove: Patogeneza i leczenie otyłości.

— *La Presse médicale* Nr. 22: Landouzy i Bernard Przewlekłe miąższowe zapalenie nerek u gruźliczych. Meige i Feindel: Leczenie drgań nerwowych (*tic*). — Nr. 23: Soury: La séminologie du système nerveux. d'après Dejerine. Romme: La quinine et le bain frais dans la fièvre typhoïde.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12: Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk. Kühn: Doświadczenia kliniczne nad leczeniem gruźlicy płuc kwasem cynamonowym (hetolem). Nusch: Dalsze spostrzeżenia nad leczniczem działaniem heroiny i aspiryny. Niessen: Leczenie rzeżączki protargolem. Schlesinger: Przyczynek do techniki Lorenzowskiego odprowadzenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Simon: Leczenie atropiną niedrożności jelit. Höchtlen: Jeszcze przypadek niedrożności jelit, leczony atropiną. Schulze: Leczenie wrzodów goleni

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12: Goldmann: O zatruciu się grzybem jadowitym bedłką (*Agaricus torminosus).* Homa: Powikłania chorobowe w stawach w przebiegu płonicy. Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12: Franckel: Epidemia duru w Getyndze latem 1900 r. Körte: Leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka i jego stanów następowych Bickel: Doświadczalne badania nad wyrównaniem (Compensation) w bezładzie czuciowym (sensorische Ataxie). Michaelis: O barwiku obojętnym, jako istocie barwiącej tłuszcz. Levin: Domniemana odporność jeża na działanie much hiszpańskich (Kanthariden) i ich czynnego składnika. Fragstein: Schorzenia nerwu trójdzielnego, jako zwiastunowy objaw wiądu rdzenia. Kern: Uwagi o demonstracyi Dr. Solgera, dotyczącej kikuta po operacyi Pirogowskiej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12: Oppenheim: Przyczynek do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci. Sievers: Przypadek odmy i otoku osierdzia. Karewski: Operacyjne leczenie żylaków i żylakowego zapalenia żył Koch i Coenen: Postępy we Włoszech nad badaniem zimnicy.

Nowe książki.

Lauder Brunton: Action des médicaments Tłómaczenie z angielskiego. stron 596, rysunków 146. Cena 18 franków. Treścią tego dzieła jest uzasadnienie naukowe działania i stosowania klinicznego leków. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis, wydanie 11-te w którem autor umieścił 40 nowych spostrzeżeń.

Redakcya otrzymała:

Neugebauer: 1) 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych. 2) 70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreissung des Rumpfes vom Schädel bei Extraction des Kindes an den Füssen. C Beck: 1) A case of transposed viscera, with Cholelithiasis, relieved by a left-sidet cholecystostomy. 2) Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. 3) Contribution to the therapy of encephalocele. 4) Repairing the abdominal wall in ventral hernia: a new operation Orłowski: Nowyja naprawlenija k izuczeniju uremii. Wizel: Stosunek psychologii do psychiatryi. Stankiewicz: Pęknięcie macicy podczas porodu. Płód i łożysko w jamie otrzewnej. Cięcie brzuszne. Wyzdrowienie. Stępkowski: Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3-go kwietnia, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. Korczyński wygłosi odczyt: „Pogląd na rozwój i obecne stanowisko organoterapii“ (Część II.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 6 Kwietnia 1901. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.

Wartość rozpoznawcza płynnej krwi w przypadkach śmierci z uduszenia gwałtownego.

Podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Wedle wykładu, wygłoszonego w Sekcyi medycyny sądowej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w lipcu 1900 r. w Krakowie).

Obecność płynnej i zwykle ciemnej krwi w ustroju osób, zmarłych śmiercią nagłą wogóle, a śmiercią z nagłego uduszenia w szczególności, uchodzi już oddawna za szczegół ważny dla rozpoznania śmierci z gwałtownego uduszenia. Pierwsi autorowie sądowolekarscy, t. j. Fortunato Fidelis[1]) i P. Zacchiasz[2]) wspominają już o ujemnym wyniku sekcyi nawet w przypadkach notorycznego gwałtownego uduszenia, a rozpatrując pobieżnie zmiany w narządach wewnętrznych nie mówią nic o zachowaniu się krwi, podnoszą tylko, jako objaw względnej wartości rozpoznawczej „sanguinis ex naribus, aliisque partibus effusio“, oraz „collectio sanguinis spumosi in thorace“. Henke[3]) pomija również milczeniem zachowanie się krwi. Natomiast Krahmer[4]) nadmienia wyraźnie, że serce jest rozszerzone i zwłaszcza w swej prawej połowie wypełnione krwią ciemną, tylko wiotko skrzepniętą, niezawierającą złogów włóknikowych. Morgagni[5]), a za nim Devergie[6]), twierdzą, że prawa połowa serca jest rozszerzona i wypełniona krwią ciemną i gęstą, lecz płynną, a rzadko tylko skrzepniętą. Orfila[7]) wyraża się, że krew u uduszonych niemal zawsze jest płynna, wspomina atoli zarazem, że Lafosse miał znaleźć w zwłokach kilku utopionych krew „zbitą i polipowatą“, a Avisard w zwłokach dwóch utopionych w prawej połowie serca krew skrzepniętą, lub częściowo skrzepniętą, że wreszcie on sam znalazł w zwłokach pewnego utopionego kilka skrzepów włóknikowych. Metzger[8]) mówi o krwi czarnej, a niekiedy płynnej, jako trzeciorzędnym fenomenie uduszenia. Podobnie i S. Gromoff[9]) podaje wypełnienie prawej połowy serca czarną i płynną krwią, jako ogólną cechę uduszenia. Schürmayer[10]) uważa za cechę rozpoznawczą dla uduszenia „auffallend dunkelfarbiges Blut, das auch eine grössere Flüssigkeit zu haben pflegt“. Schauenstein[11]) zaznacza niestałość tego objawu, a Tardieu[12]) nadmienia, że rzadko tylko spotkać można w przypadkach uduszenia wiotkie skrzepy. Vibert[13]) podaje, że czasem znachodzą się u uduszonych nieliczne, miękie i prawie rozpływające się skrzepy, że atoli krew płynna tych zwłok po wylaniu jej z naczynia lub serca krzepnie. Hofmann[14]) nie przypisuje temu zachowaniu się krwi, jako wspólnemu wszystkim przypadkom nagłej śmierci, zasadniczego znaczenia dla rozpoznania śmierci z uduszenia i podnosi, że pośmiertne zachowanie się krwi, t. j. jej płynność lub skrzepnięcie, zależy od czasu trwania konania. Jeźli konanie jest krótkie, to krew pozostaje płynną, a jeżeli przy takim samym sposobie uduszenia konanie było dłuższe, wówczas krew krzepnie. W końcu wyraża przypuszczenie, że może to zachowanie się pośmiertne krwi w przypadkach śmierci nagłej polega na braku leukocytozy, zauważanej przez Littena[15]) stale w chwili dłuższego konania. Zresztą, jeżeli uduszeniu ulega człowiek, dotknięty w tym czasie chorobą zapalną, to z powodu wywolanej przez nią hiperinozy krew będzie po śmierci skrzepniętą. Lacassagne[16]), Lutaud[17]), Tourdes i Metzquer[18]) zaznaczają zgodnie, że krew w przypadkach uduszenia prawie zawsze bywa płynną, a tylko w razie, gdy śmierć poprzedza dłuższe konanie, bywa częściowo skrzepniętą. Taylor[19]) oświadcza, że czasem krew bywa mimo śmierci z uduszenia zmięszaną ze skrzepami. Zdanie Hofmana podziela w zupełności Orth[20]). Casper i Liman[21]) oświadczają: „allgemeine ungewöhnliche Flüssigkeit des Blutes findet sich bei sämmtlichen Erstickungsarten ohne Ausnahme“; dodają jednak, że w typowych przypadkach uduszenia można wcale nierzadko znaleźć w sercu dosyć spore skrzepy, które jednak rozpoznania śmierci z uduszenia wcale nie wykluczają. Maschka[22]) spotkał na 234 przypadków śmierci z uduszenia w 25 skrzepy krwi w sercu. Strassmann[23]) stwierdził krew

[1]) De relationibus medicorum i t. d. Lipsiae 1664, pag. 586.

[2]) Quaestionum medicolegalium tomus III. Cons. XIX, p. 26 i 27. Norimbergae 1726.

[3]) Lehrb. d. ger. Med. Berlin, 1841. Str. 324

[4]) Handb. d. ger. Med. Braunschweig, 1857, str. 523.

[5]) De sed. et caus. morbor. epist. XIX. § 10.

[6]) Médecine légale. Paris 1840. T. II, str. 370.

[7]) Lehrb. d. ger. Med. übers. von Krupp. Leipzig. Wien, 1843. T. II, str. 342.

[8]) Zasady med. sąd. Tłóm. Mianowski. Wilno 1823.

[9]) Med. sąd. Tłómaczył Buczyński. Warszawa 1837.

[10]) Lehrb. d. g. M. Erlangen, 1874. Str. 189.

[11]) Lehrb. d. g. M. Wien, 1875. Str. 487.

[12]) Étude méd. lég. sur la pendaison i t. d. Paris, 1879.

[13]) Précis de méd. lég. Paris, 1886. Str. 104.

[14]) Lehrb. d. g. Med. VIII Aufl. Wien. Leipzig, 1898. Str. 487.

[15]) Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 27, 1883.

[16]) Précis de méd. jud. Paris, 1878.

[17]) Manuel de méd. lég. Paris, 1877.

[18]) Traité de méd. lég. Paris, 1896.

[19]) A manual of medic. jurispr. London 1891. Str. 454.

[20]) Comp. d. path.-anat. Diagnostik. Berlin 1884

[21]) Pract. Handb. d. g. M. VI A. Berlin 1876. II Bd.

[22]) Handb. d. g. M. Tübingen, 1881. T. I.

[23]) Lehrb. d. g. M. Stuttgart 1895.

płynną nietylko w przypadkach nagłej, lecz i powolnej śmierci. Najwybitniej płynną krew widział w zwłokach osoby, zmarłej powolnie wskutek raka wątroby z następową silną żółtaczką. Krew, wzięta z tego przypadku przy sekcyi, odbytej w 5 godzin po śmierci, nie krzepła i nadal mimo wlania jej do naczynia. Corin[24]) przekonał się, że płynna krew, wypuszczona z naczyń krwionośnych wkrótce po śmierci, krzepnie, wypuszczona zaś po upływie 48 godzin od chwili śmierci, nie krzepnie. To odmienne zachowanie się płynnej krwi, zależne od upływu czasu, tłómaczy w pierwszym razie wytworzeniem się we krwi po jej wypuszczeniu z naczyń zakisu włóknikowego z nieczynnego zymogenu, t. j. protrombiny H. Schmidta; w drugim zaś razie obecnością wytworzonej z czasem we krwi po śmierci cytoglobiny Al. Schmidta, która stanowi substancyę, wstrzymującą sprawę krzepnięcia. Tymczasem przekonał się Strassmann, że płynna krew, dobyta w 24 godzin po śmierci ze zwłok zmarłych z powodu gruźlicy, krzepła natychmiast po dodaniu fibrinogenu. Brouardel[25]) uważa za jednę z przyczyn niekrzepliwości krwi uduszonych nadmierne nagromadzenie w niej CO_2; za drugą zaś nagłe ustanie czynności serca. Wieszając lub topiąc psy i poddając jedne ich zwłoki w 10 minut, inne zaś w 24 godzin po śmierci sekcyi, przekonał się, że w sercu psów w 10 minut po śmierci sekcyonowanych skrzepy były miękie i wiotkie, w sercu zaś psów, sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, krew była płynna. Na tej podstawie sądzi, że krew w każdym przypadku nagłego uduszenia krzepnie zaraz po śmierci wiotko, potem zaś skrzepy te jako wiotkie i nie włóknikowe rozpuszczają się w ciągu pierwszych 24 godzin. Tylko przy powolnem, 15—20 minut trwającem duszeniu, tworzą się zbitsze skrzepy, które się tak długo utrzymują, dopóki ich proces gnicia nie rozpuści. Pierwsza przyczyna niekrzepliwości krwi uduszonych, podawana przez Brouardela, nie jest nową, albowiem już Al. Schmidt sądził, że nadmiar CO_2 we krwi uduszonych strąca w niej substancyę fibrinoplastyczną, tem samem znosi możność skrzepnięcia krwi. Tymczasem ilościowe badania, przeprowadzone przez Pflügera[26]), wykazały, że ilość CO_2 we krwi w czasie duszenia i po uduszeniu wcale się znacznie nie zwiększa i że chociaż zwykle nieco tylko jest większą, to często przecież równa się ilości CO_2, znajdowanej w zwykłej krwi żylnej, a niekiedy bywa nawet od niej mniejszą. Zarazem stwierdził Hofmann w zwłokach zwierząt, uduszonych pod kloszem w atmosferze przez nie wydzielonego CO_2, krew skrzepniętą tak w sercu, jak i w wielkich naczyniach. Puppe[27]) reasumuje dotychczasowe zapatrywania najwięcej jeszcze słuszne, że po dłużej trwającem konaniu, jakoteż w przypadkach, w których przed śmiercią choćby nagłą istniała leukocytoza, krew po śmierci krzepnie i tworzy zwłaszcza w sercu prawem słoninowate skrzepy. Spostrzeżenie to nazywa on tak stałem, że zdaniem jego, zgodnem zupełnie z oświadczeniem Strassmanna[28]) obecność skrzepów zbitych, wplecionych między beleczki mięsne ścian serca, przemawia wprost przeciw przypuszczeniu nagłej śmierci wyłącznie z uduszenia, a szczegół ten daje się według niego doskonale zużytkować w praktyce sądowo-lekarskiej. Zresztą co do zachowania się krwi w zwłokach osób uduszonych powołuje się na wzmiankowane już doświadczenia Brouardela. Wreszcie godnem jest uwagi spostrzeżenie, jakie opisuje Modica[29]). W przypadku samobójstwa przez powieszenie znalazł on w sercu obok skrzepów małych i wiotkich czerwonych wielki skrzep włóknikowy. Wynik sekcyi o tyle był niezupełnie ujemny, o ile stwierdzono w zwłokach nieznaczne zmiany wsierdzia, nieznaczną cieśń (stenozę) zastawki dwukończystej, nieznaczne zmiany miażdżycowe w początkowej części aorty i przewlekły nieżyt żołądka miernego stopnia. W uwagach, dołączonych do opisu tego przypadku, podnosi Modica, że w przypadkach uduszenia spotykano bardzo rzadko skrzepy włóknikowe. Skrzepy te, według jego zdania, nie wykluczają możliwości śmierci nagłej, albowiem mogą się one mimo nagłości zejścia wytworzyć pod wpływem pewnych zmian w sercu i naczyniach, w przewodzie pokarmowym i t. d. Co się tyczy zmian w przewodzie pokarmowym, o których Modica wspomina, to ma on tu chyba w pierwszym rzędzie na myśli okoliczność, czy śmierć nagła następuje wśród trawienia, czy też poza tym okresem; wiadomo bowiem, że w czasie trawienia istnieje fizyologiczna leukocytoza, którąby w myśl poprzednich wywodów mogła być przyczyną, wywołującą skrzepnięcie krwi, mimo nagłego ustania czynności serca.

Uwzględniając te wyniki dotychczasowych spostrzeżeń i badań nad zachowaniem się krwi w przypadkach nagłej śmierci z uduszenia, podjąłem cały szereg doświadczeń w tym kierunku. Doświadczenia te wykonywałem na kotach i psach. Każde doświadczenie rozpoczynałem od obliczenia ciałek krwi czerwonych i białych we krwi wziętej z ucha zwierzęcia i wzajemnego ich stosunku, a to za pomocą przyrządu do liczenia ciałek, podanego przez Thoma-Zeissa. Jedne zwierzęta były przed doświadczeniem głodzone przez 24 godzin, inne były przedmiotem doświadczenia wśród stanu trawienia. Jedne z nich ginęły wskutek zadzierzgnięcia, inne wskutek utopienia, inne wreszcie wskutek uduszenia powolnego pod kloszem szklanym. Stosownie do omówionych już doświadczeń Brouardela wykonywałem na jednych zwierzętach sekcyę w 10 minut, na innych w 24 godzin po śmierci, przyczem znowu obliczałem ilość ciałek krwi i ich wzajemny stosunek w krwi, wziętej z serca. Nadto badałem zachowanie się płynnej krwi, przelanej z serca lub wielkich naczyń do kubków szklanych.

Wynik tych doświadczeń był następujący: w zwłokach kotów i psów, sekcyonowanych w 10 minut po stwierdzeniu śmierci, krew w sercu i naczyniach wielkich była z wyjątkiem jednego doświadczenia na psie, u którego były skrzepy wiotkie czerwone, zawsze płynną (liczba ogólna doświadczeń 36), a to bez względu na to, czy zwierzę było uduszone w stanie czczym, czy trawienia, czy w sposób nagły przez zadzierzgnięcie lub utopienie, czy też w sposób powolny, tj. pod kloszem. W zwłokach zaś zwierząt uduszonych w tych samych warunkach i w ten sam sposób, a poddanych sekcyi w 24 godzin po śmierci, mieściły się w sercu

[24]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. T. V, str. 234.

[25]) La pendaison i t. d. Paris, 1897. Str. 12.

[26]) Hofmann l. c. Str. 485.

[27]) Drasche's Bibliot. d. ges. med. Wissensch. Hygiene und gerichtl. Med. Wien-Leipzig, 1899. Str. 754.

[28]) l. c.

[29]) Reperto di coaguli fibrinosi nel cuore in morte rapida. Giornale di med. leg. 1898. Str. 248.

obok krwi płynnej zawsze wiotkie czerwone skrzepy włókniakowe a bardzo często także (na 18 zwłok psów i kotów, sekcyonowanych w 24 godz. po śmierci — w 12 zwłokach) odbarwione, wplątane między beleczki mięsne ściany serca, rzadziej tkwiące w lewej komórce i w aorcie, częściej zaś w prawej komórce. Co się tyczy liczby ciałek krwi, względnie stosunku ciałek białych do czerwonych, to wyniki tych obliczeń były we wszystkich doświadczeniach zgodne, tj. stosunek ciałek białych do czerwonych zmieniał się po śmierci i to w ten sposób, że ilość ciałek białych we krwi płynnej, branej ze zwierząt sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, była stale znacznie mniejszą, od ich ilości we krwi za życia; a ilość ciałek białych we krwi zwierząt sekcyonowanych w 10 minut po śmierci, była wprawdzie zawsze, lecz nie w tym już stopniu, mniejszą od ilości ciałek białych, znalezionych u nich we krwi za życia. Dla przykładu przytaczam tu należące liczby z kilku doświadczeń.

I. Suka, ważąca 5740 grm., stosunek ciałek za życia 1:550. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 10 minut po śmierci. W prawej komórce serca wielka ilość krwi płynnej, w lewej nieznaczna jej ilość. Stosunek = 1:700.

II. Pies 5410 grm. wagi. Stosunek za życia 1:700. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 24 godzin po śmierci. Prawa połowa serca zawiera obok skrzepów wiotkich czerwonych, miejscami wplecionych w beleczki mięsne, nieco krwi ciemnej, płynnej. Lewa komórka pośmiertnie stężona, prawie próżna. Stosunek w krwi płynnej = 1:1050.

III. Kotka, ważąca 2852 grm., była głodzona przez 24 godzin. Stosunek ciałek za życia = 1:570. Zadzierzgnięcie sznurem. Sekcya w 10 minut. W sercu i naczyniach krew płynna. Stosunek ciałek w niej = 1:900.

IV. Kotka, ważąca 2600 grm., głodzona. Stosunek ciałek za życia 1:600. Utopienie. Sekcya w 24 godzin po śmierci. W sercu i naczyniach wiotkie ciemne skrzepy oprócz krwi płynnej, w której stosunek ciałek = 1:1000.

Z doświadczeń tych wynika, że ilość ciałek białych we krwi zmniejsza się w pierwszych godzinach po śmierci, a to zdaje się o tyle, o ile one się zużywają przy powstawaniu skrzepów. Zarazem muszę nadmienić, że zgodnie z tymi wynikami obliczeń ciałek przedstawiało się zachowanie się krwi płynnej po przelaniu jej z serca lub wielkich naczyń do kubków szklanych. I tak bowiem krew płynna, wzięta ze zwłok sekcyonowanych wkrótce po śmierci, krzepła niemal natychmiast w kubku szklanym, tworząc zbity skrzep, gdy tymczasem krew, wzięta ze zwłok sekcyonowanych w 24 godzin po śmierci, utrzymywała się w stanie płynnym przez dłuższy czas i tworzyła luźne skrzepy małe.

Przytoczone doświadczenia dowodzą, że mimo śmierci z nagłego uduszenia tworzą się we krwi zwierząt, mianowicie psów i kotów, skrzepy wiotkie i czerwone, rzadziej skrzepy zbite, odbarwione i w beleczki ściany serca wplątane, a nadto, że twierdzenie Brouardela, jakoby u psów, sekcyonowanych w 10 minut po uduszeniu, znajdowała się w sercu krew wiotko skrzepła, zaś u psów sekcyowanych w 24 godzin po uduszeniu była znowu krew płynną, należy uważać raczej za zjawisko przypadkowe, niż stałe. Za tem zapatrywaniem przemawiają także wyniki liczenia ciałek krwi, albowiem skoro wedle dotychczasowych zasad ciałka białe zużywają się przy krzepnięciu krwi, to ilość ich we krwi zwłok, sekcyonowanych w 10 minut po śmierci, powinna być mniej więcej taką, jaką ona była we krwi zwierząt, sekcyonowanych po upływie 24 godzin od śmierci. Tymczasem była ona w moich doświadczeniach większą.

Wyników tych doświadczeń, podejmowanych na psach i kotach nie mogę porównywać i odnosić w pełnej mierze do zachowania się krwi u ludzi uduszonych, a to z tej przyczyny, że wedle dotychczasowego doświadczenia krew ludzi nagle uduszonych bywa w największej liczbie przypadków płynną; rzadziej trafiają się skrzepy wiotkie, a wyjątkowo zbite i odbarwione, podczas gdy u zwierząt w moich doświadczeniach krew była po upływie 24 godzin od śmierci zawsze skrzepniętą. Zachodzić tu zatem musi pewna różnica w krzepliwości krwi ludzkiej a krwi psów i kotów.

Celem przekonania się, jak się zachowywała krew w przypadkach nagłego uduszenia mechanicznego, które w ciągu ostatnich 12 lat w Zakładzie poddano sekcyi, zestawiłem te przypadki w liczbie 111. Na liczbę tę składa się 34 przypadków powieszenia, 1 przypadek zadzierzgnięcia, 37 przypadków utopienia, 15 przypadków uduszenia przez aspiracyę ciał obcych i następowe zatkanie krtani (ciałami obcemi były wymiociny, kęsy pokarmowe, krew, oraz cygaro), 16 przypadków uduszenia przez zatkanie ust i nosa u niemowląt za pomocą piersi kobiety karmiącej, pościeli, raz liści wtłoczonych przez dzieciobójczynię do jamy ustnej, 4 przypadki śmierci z zasypania przez gruzy walącego się budynku, 2 przypadki uduszenia przez ugniecenie ciała kolanami osoby drugiej i zatkanie ust i nosa, wreszcie 2 przypadki „status thymici“. Z tych notowano w 18 przypadkach obecność skrzepów krwi w sercu (zatem w 16% przypadków, gdy w zestawieniu Maschki były skrzepy w 10·6% przypadków), a to w 3 przypadkach skrzepy zbite i odbarwione (2·7%), w reszcie tj. 15 przypadkach skrzepy wiotkie, czerwone (13·5%). Skrzepy krwi znaleziono w prawem sercu u 5 osób powieszonych (samobójstwa), raz zbite i odbarwione a to u 43 letniego mężczyzny, u którego sekcya nie wykazała żadnych zmian chorobowych, w żołądku zaś i jelitach tylko mierną ilość treści, w reszcie przypadków wiotkie i czerwone; w zwłokach 4 osób utopionych stwierdzono w prawem sercu skrzepy wiotkie, czerwone, przy ujemnym obrazie sekcyjnym; w zwłokach 3 osób zdrowych, zaduszonych przez aspiracyę wymiocin (żołądek pełny, trawienie) znaleziono skrzepy raz zbite i częściowo odbarwione, 2 razy wiotkie, czerwone; nakoniec w 6 zwłokach niemowląt, nie okazujących zmian chorobowych, a uduszonych przez zatkanie nosa i ust, częścią piersią, częścią pościelą, raz zauważono skrzepy zbite i odbarwione, zresztą wiotkie. Wreszcie muszę tu wspomnieć o przypadku, ocenianym niedawno przed tutejszym trybunałem przysięgłych, o którym bliższe dane zawdzięczam uprzejmości Dra Horoszkiewicza, asystenta Zakładu. Przypadek ten tyczył się 77-letniego handlarza, którego zadławiono, gdy był w stanie podpitym. Prócz zmian zewnętrznych na szyi, dowodzących niezbicie zadławienia, znaleziono przy sekcyi w prawej komórce serca dosyć spory skrzep, częściowo odbarwiony i zbity, a nadto obrzęk płucny. Zdaje mi się, że obecność tego skrzepu w rzeczonym przypadku tłómaczy się dostatecznie tem, że tu wobec stwierdzonego obrzęku płuc musiało dłuższe konanie, a tem samem i powolne ustawanie czynności serca poprzedzić śmierć. Zarazem mógł może na wytworzenie się tego skrzepu wpłynąć korzystnie stan upojenia alkoholem.

Zarówno z doświadczeń mych, podjętych na zwierzętach

jak i z zestawienia przypadków sekcyonowanych w Zakładzie, oraz z odnośnego piśmiennictwa, wynika dowodnie, że chociaż w przypadkach śmierci z nagłego uduszenia mechanicznego znachodzi się w sercu i wielkich naczyniach najczęściej krew płynną, to jednak zdarza się w nich spotkać także i skrzepy, częściej wiotkie i czerwone, rzadko zaś odbarwione, zbite i wplątane między beleczki ścienne serca. Te ostatnie mogą się znaleźć w zwłokach osób, zresztą nie okazujących żadnych zmian chorobowych, ani zmarłych w czasie trawienia. Tak więc nawet obecność zbitych, odbarwionych i między beleczki ścian serca wplecionych skrzepów, nie wyklucza możliwości śmierci z nagłego uduszenia gwałtownego; w każdym jednak razie jest ona w zwłokach osób uduszonych wyjątkową.

II. Z instytutu patologiczno-anatomicznego profesora Obrzuta we Lwowie.

Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. *(Sarcoma hydropicum polyposum colli uteri embryoeides).*

Podał
Dr. Józef Krzyszkowski.

(Dokończenie).

Zanim przystąpię do omówienia obrazów mikrp., przytoczę najpierw zapatrywania różnych autorów na pochodzenie i rozrost tego nowotworu. Większość, dopatrując główną charakterystykę w polipowatym kształcie, szukała pierwszych zmian w błonie śluzowej. I tak Pfannenstiel jest zdania, że nowotwór wychodzi z powierzchownych warstw błony śluzowej, tuż za ujściem zewnętrznem szyi macicznej. Za dowód wyjścia z błony śluzowej wogóle uważa obecność w nowotworze gruczołów; a na dowód wyjścia z okolicy tuż za ujściem zewnętrznem przytacza różnorodność nabłonków, okrywających polipowate wybujałości. Dla twierdzenia, że nowotwór wychodzi z warstw powierzchownych błony śluzowej, dopatruje poparcie w brodawczatej (papilarnej) budowie; (twierdzi, iż gdyby pochodził z warstw głębszych, to przybrałby charakter rozlany, a tak zachowuje już istniejący typ utkania błony śluzowej szyi *(Columnae rugarum)*.

Pick przyjmuje również ten sam punkt wyjścia i podaje, że nowotwór charakteryzuje się jeszcze początkowym rozrostem, ograniczonym do najbardziej powierzchownych warstw błony śluzowej *(papilläre Infection)*, a w późniejszych dopiero okresach okazuje skłonność do wciskania się w głąb utkania szyi.

Mięsak jako taki, jeżeli wychodzi z błony śluzowej, to musi wychodzić z jej pierwiastków łączno-tkankowych, a zatem albo z tkanki łącznej podstawowej, albo ze ścian naczyń (chłonnych lub krwionośnych). I tak też odpowiednio do obrazów, otrzymywanych pod mikroskopem, punkt wyjścia odnoszono do tych jej pierwiastków. Ruge odnosi punkt wyjścia mięsaków błony śluzowej wogóle, a więc i tej formy, li tylko do tkanki podstawowej błony śluzowej pomiędzy przewodami gruczołowymi. Klienschmidt i Amann uważają za punkt wyjścia naczynia krwionośne i chłonne. Pfannenstiel wyklucza stanowczo naczynia kwionośne, a otrzymywane obrazy mikroskopowe raz mu przemówiły za wyjściem z naczyń chłonnych, raz znowu za wyjściem z tkanki łącznej podstawowej. — Pick uważa bujanie śródbłonka naczyń chłonnych i krwionośnych za zmiany drugorzędne, gdyż w odpowiednich miejscach naokoło naczyń nie zauważył nigdy większego nagromadze ia się komórek mięsakowych.

Sprawa, czy w nowotworze mamy do czynienia z zwyrodnieniem śluzakowatem, czy z obrzękiem, była dlugi czas na porządku dziennym. Ostatecznie można sprawę tę uważać za załatwioną przez Picka, który sądzi, że w tych gnzach możemy napotkać i typowe ogniska śluzakowate i obrzęk. Obrzęk zaś, jako taki, działając na młodą tkankę łączną, może przyczynić się do wytworzenia się z niej na podstawie przemiany *(metaplasis)* utkania śluzakowatego.

Daleko ważniejszą i trudniejszą do wytłómaczenia sprawą była obecność pierwiastków obcych (heterologicznych), nie wchodzących w anatomiczną budowę macicy: chrząstek i mięśni prążkowanych. Pierwiastki te, jakkolwiek nie zawsze spotykano, a tylko trzy razy w parze, to pomimo tego wszyscy uważali je za coś swoistego, jakkolwiek nie niezbędnego dla tego rodzaju mięsaka.

Przeciwnicy teoryi Conheima wpryśnięcia ognisk zarodkowych, na poparcie której nieraz przytaczano i polipowate mięsaki, tłómaczą obecność chrząstek i mięśni prążkowanych przemianą *(metaplasis)* komórek

Pfannenstiel dopatruje nawet w tym fakcie dowód przeciw teoryi Conheima, a natomiast poparcie dla swego zapatrywania, że jakkolwiek w guzach pierwotnych, uzyskanych drogą operacyjną (Rein, Pernice), nie było pierwiastków obcych (heteroplastycznych), to znachodziły się one obficie w nawrotach. Wytworzyły się one więc — według zdania Pfannenstiela — potem, a wytworzyć się mogły tylko wskutek przemiany *(metaplasis)* komórek mięsakowych. Zapatrywanie to opiera na obrazach mikroskopowych Reina, Perniceego i swoich, twierdząc, że widział przejścia pomiędzy młodą tkanką łączną a istotą międzykomórkową wejrzenia hyalinowego (chrząstka) i między wrzecionowatemi komórkami mięsakowemi, mięśniami gładkimi, a mięśniami prążkowanymi.

A zatem uważano za punkt wyjścia nowotworu pierwiastki łącznotkankowe błony śluzowej, a już zmienionym mięsakowo komórkom przyznawano własność przemiany *(metaplasis)* w komórki innorodne (heterologiczne) chrzęstne i komórki mięśni prążkowanych.

Wilms jest zupełnie odmiennego zapatrywania; uważa bowiem guz za wytwór bujania tkanki zarodkowej jeszcze nie zróżniczkowanej, przesuniętej w okresie życia płodowego, a nie, jak sądzi Conheim, wpryśniętych ognisk gotowych, już zróżniczkowanych komórek.

Dla łatwiejszego zrozumienia tego zapatrywania pozwolę sobie na obszerniejsze nieco sprawozdanie z pracy Wilmsa „Die Mischgeschwülste“.

Badanie swe Wilms opiera na podstawie faktów, zaczerpniętych z piśmiennictwa, na badaniu muzealnych preparatów histologicznych, nieraz opisanych już przez innych, dalej — na badaniach histologicznych licznych przypadków własnych, wreszcie na najnowszych zdobyczach embryologii.

Zacznijmy od nowotworów mięszanych nerki, spotykanych często w wieku młodzieńczym lub dziecięcym.

Pierwszy Birch-Hirschfeld złączył je w jedną wielką całość i opisał jako „Sarcomatöse Drüsengeschwülste“ lub „Embryonale Drüsensarcome“. Pochodzenie ich wywodzi Birch-Hirschfeld od wpryśniętych resztek ciałka Wolfa; — mogłoby to tłómaczyć obecność pierwiastków gruczołowych i obecność tkanki mięsakowej, ale nie wyjaśnia nam obecności chrząstki, mięśni gładkich i mięśni prążkowanych, a uciekanie się do zagmatwanej teoryi przemiany komórek w tak szerokim zakresie nie da się obecnie obronić.

Badając szczegółowo preparaty z tych różnych nowotworów, zauważył Wilms przedewszystkiem znaczną różnorodność obrazów, a powtóre — obecność we wszystkich młodej, jeszcze nie zróżniczkowanej, tkanki zarodkowej. (Wucherung eines jungen indifferenten Keimgewebes). Tkanka ta, złożona z licznych drobnych komórek, jakkolwiek i ogniskowo w samym guzie rozrzucona, znajduje się obficiej nagromadzona — na obwodzie. W miarę jej rozrostu zaczyna się ona różniczkować i pojawiają się w niej, obok okrągłych komórki wrzecionowate i gwiazdkowate. Tych komórek wrzecionowatych i gwiazdkowych przybywa coraz więcej i przemieniając się w komórki podobne do tkanki łącznej otaczają one ogniska owych komórek okrągłych. W tych ogniskach komórki krągłe ustawiają się promienisto na około pustych światel i rozwijając się dalej mogą nawet utworzyć istotne utkanie gruczołowe. Tymczasem zaś wśród komórek gwiazdkowatych i wrzecionowatych, tworzących niejako dla poprzednich podłoże, przychodzi do dalszego zróżniczkowania, do wytwarzania w jednych miejscach utkania śluzakowatego, w innych tkanki łącznej, włókien sprężystych, tu znów mięśni gładkich, owdzie tkanki tłuszczowej, a często też chrząstki i mięśni prążkowanych. Jakkolwiek te różnorodnie zróżniczkowane komórki, bujając dalej niezależnie od tkanki macierzystej, przyczyniają się do rozrostu nowotworu, to jednak ten rozrost polega głównie na ciągłem narastaniu na obwodzie owej tkanki młodej zarodkowej, zdolnej do różniczkowania i dalej też różniczkującej się. Nowotwór więc rośnie niezależnie od otoczenia, wytwarzając własne podłoże. W częściach środkowych, jako najstarszych, posiada tkanki wybitnie zróżniczkowane, na obwodzie zaś utkanie zarodkowe. Przerzuty zachowują się odpowiednio do tego, z jakiej tkanki powstały; jeżeli z komórek już zróżniczkowanych, to mogą tylko odpowiednio wytwarzać jedne tkanki; jeżeli z tkanki młodej, zarodkowej, to mogą się zachować jak nowotwór pierwotny i w przerzucie dalej wytwarzać wszystkie wyżej przytoczone rodzaje utkania.

Młoda więc ta tkanka zarodkowa jest zdolną wytwarzać utkanie gruczołowe, mięśnie prążkowane, cały szereg tkanek pokrewnych z tkanką łączną, jak: włókna sprężyste. włókna mięśni gładkich, tkankę śluzakowatą, tłuszczową i komórki chrzęstne; musi więc łączyć w sobie te własności i pochodzić z bardzo wczesnego okresu rozwoju.

Dla wytłómaczenia tego stanu rzeczy ucieka się Wilms do embryologii. Pierwiastki gruczołowe guzów nerkowych nie zostają wpryśnięte, jako takie, lecz wytwarzają się z owej tkanki zarodkowej; dlatego wyprowadza je Wilms nie z ciałka Wolfa (Birch-Hirschfeld), lecz z nefrotomu *(Urnierenblastem)*. Tkanka łączna i jej pokrewne wytwarzają się z mesenchymu (względnie ze sklerotomu, części składowej mesenchymu). Mięśnie prążkowane z myotomu, a nie mają one genetycznie nic wspólnego z mięśniami gładkimi, rozwijającymi się tak jak tkanka łączna z mesenchymu. Nefrotom pochodzi ze środkowego listka zarodowego i łączy myotom z bocznym listkiem *(Seitenplatte)* Sklerotom, jako część głównie nas obchodząca mesenchymu. leży wśród komórek myotomu, rozwijając się razem z nim z prasegmentu. Myotom i mesenchym rozwijają się z prasegmentu *(Ursegment)*.

A zatem nowotwory mięszane nerki pochodzą z okresu, kiedy mesenchym nie oddzielił się od myotumu i oba rozwijają się z tkanki, która jednoczy w sobie zdolność wytwarzania nefrotomu i prasegmentu; ponieważ nefrotom i prasegment (myotom i sklerotom) rozwijają się z mesodermy, przeto i nowotwory te rozwijać się muszą z komórek mesodermalnych i to ze względu na owe pierwiastki gruczołowe z komórek, położonych w okolicy pranercza (Urnierengegend).

Nowotwory mięszane macicy różnią się od poprzednich brakiem pierwiastków gruczołowych, zresztą okazują te same pierwiastki innorodne. rozwijające się z owej zniezróżniczkowanej tkanki zarodkowej. Tkanka ta nie posiada w sobie własności wytwarzania pierwiastków gruczołowych, nie pochodzi więc z nefrotomu, posiada natomiast własność wytwarzania mięśni prążkowanych i tkanek pokrewnych z tkanką łączną (mesenchym, sklerotom), a więc musi ona jednocząc w sobie te własności pochodzić z komórek mesodermalnych, ale ze względu na brak pierwiastków nefrotomu z komórek, położonych poza pranerczem w tylnej okolicy ciała (Mesoderm der hintersten Körperregion).

Według Wilmsa, drogą, którędy te mesodermalne pierwiastki dostały się z części, wyżej i ku tyłowi położonych, w miejsce obecnego bujania, jest ciałko Wolffa, to znaczy, że samo ono nie bierze wprawdzie udziału w bujaniu nowotworowem, jak to ma miejsce w gruczołomięśniakach, lub gruczołomięśniakach torbielowatych Recklinghausenowskich, lecz jest tylko niejako przenośnikiem *(Träger)* dla owych, w bardzo wczesnym okresie rozwoju oddzielonych ze środkowego listka ognisk komórkowych. W ten sposób owe przeniesione, a niejako przyczepione do ciałka Wolffa ogniska zarodkowe dostają się w okolicę szyi macicy i pochwy i dają powód do wytwarzania się nowotworu. Na poparcie tego ostatniego twierdzenia powołuje Wilms zwykle umiejscowienie nowotworu w przedniej części szyi i pochwy, odpowiednio do przewodów Gartnera, jako szczątków ciałka Wolffa. Późne w wielu razach wystąpienie nowotworu nie da się inaczej tłómaczyć, według Wilmsa, jak początkowym, bardzo powolnym wzrostem, albo też czasowym zupełnym spoczynkiem przemieszczonego ogniska zarodkowego, w którem to ognisku nagle, bez znanych bliżej powodów, (pokwitanie, wiek przejściowy, ciąża), może przyjść do nowotworowego bujania

Niestałość składników anatomicznych w tych nowotworach, to, że raz spotykamy w nich mięśnie prążkowane, raz chrząstkę, to znów jedno i drugie, lub też brak obu, tłómaczy Wilms tem, że albo ta przesunięta tkanka zarodkowa mogła być już w pewnym stopniu zróżniczkowania przesuniętą, albo też pewien typ z powodów bliżej nieznanych

mógł wziąść przewagę w bujaniu i niejako resztę zagłuszyć.

Brak pierwiastków innorodnych we wczesnych okresach a wystąpienie ich dopiero w nawrotach (przypadki Reina, Pernicego) wyzyskuje Wilms na poparcie swego zapatrywania, a mianowicie na poparcie tego, że ta zarodkowa, niezróżniczkowana tkanka jest zdolną wytwarzać wyżej zróżniczkowane tkanki, dlatego też początkowo nie stwierdzano obecności tych tkanek, choć w nawrotach wytworzyły się one obficie.

Te wyżej przytoczone zapatrywania Wilmsa, oparte na ścisłej obserwacyi obrazów histologicznych i na najnowszych zdobyczach embryologii, są głęboko obmyślane i zdolne dać dobre wytłómaczenie powstawania wielu nowotworów, a specyalnie tłómaczą dobrze powstawanie nowotworów mięszanych macicy, a więc i mego przypadku.

Wobec opisania obrazu mikroskopowego naszego przypadku, oraz obrazów i ich tłómaczenia, przytoczonych przez Wilmsa, nie wiele pozostaje do powiedzenia. W preparatach, pochodzących z naszego przypadku, stwierdziłem utkanie mięsakowate i znaczną różnorodność tego utkania, w warstwach najgłębszych tkankę o charakterze niezdecydowanym, tkankę młodą zarodkową; w partyach zaś środkowych utkanie bardziej zróżniczkowane, a więc tkankę łączną, mięśnie gładkie, nowo wytworzone, ogniska śluzowate i młode ognisko chrzęstne. Ta różnorodność utkania, a zwłaszcza obecność tkanki, nie znajdującej się w macicy ani w życiu pozapłodowem ani w płodowem, dostatecznie przemawia za pochodzeniem zarodkowem guza i odpowiada wywodom, przytaczanym przez Wilmsa. Odpowiednio do nich guz nasz uważam za wytwór zarodkowy; rozwinął się on jako taki, stosownie do zapatrywań Wilmsa, z tkanki zarodkowej niezróżniczkowanej, przesuniętej we wczesnym okr sie rozwoju. Za mało na razie mamy doświadczenia, aby twierdzić z całą stanowczością, które mianowicie partye uległy temu przesunięciu i czy brak mięśni prążkowanych przemawia za nieprzesunięciem się „myotomu“, czy też komórki, zawierające w sobie zdolność wytwarzania mięśni prążkowanych (myotomu) przesunięte, nie wzięły jednak udziału w dalszym rozwoju, lub wreszcie może mamy z trzecią możliwością do czynienia, a tą jest posiadanie zdolności wytwarzania mięśni prążkowanych, ale na to jeszcze czasu nie było.

W każdym razie obecność pierwiastków łącznotkankowych przemawia za przesunięciem się mesenchymu, względnie sklerotomu (chrząstka), a nie specyfikując bliżej tkanek, możemy z całą stanowczością powiedzieć, że guz rozwinął się z pierwiastków mesodermalnych, jest więc pochodzenia mesodermalnego.

Raz odmówiwszy mięsakom polipowatym macicy pochodzenia z pierwiastków łącznotkankowych błony śluzowej i dalszego rozwoju drogą przemiany, a przypisawszy im pochodzenie z pierwiastków zarodkowych, nie możemy tych nowotworów uważać za jakąś specyalną całość, dotyczą li tylko szyi macicy, lecz do tej grupy zarodniaków (embryoidów) przewodu rodnego kobiety musimy zaliczyć, jako wielką całość i inne mięszane nowotwory macicy, rozwijające się nietylko w szyi, lecz i w jej trzonie, a więc i przypadek Geislera, przez Wilmsa tu zaliczony, jako mięsakochrzęstniak, a w ostatnim czasie ogłoszony przez von Franquea guz trzonu, rozpoznany przez niego jako puchlinny mięsakomięśniak prążkokomórkowy macicy (*myosarcoma striocellulare uteri hydropicum*) i wiele innych guzów trzonu, gdzie znachodzono pierwiastki innorodne, jak chrząstka lub mięśnie prążkowane.

Kształtu polipowatego i charakteru obrzękowego nie możemy uważać za główne cechy tych nowotworów, lecz razem z Kahldenem, Pickiem i Wilmsem musimy je przyjąć za rzecz przypadkową, wywołaną warunkami lokalnymi, rozrastaniem i szerzeniem się nowotworu wśród błony śluzowej. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć, że przerzuty, o ile one były badane, nie okazywały nigdy charakteru polipowatego, że nowotwór w dalszym swym rozroście wgłąb macicy, do więzów szerokich i do jamy Douglasa nigdy nie okazuje charakteru polipowatego, a natomiast, wrastając do światła pęcherza i infiltrując tu błonę śluzową, wytwarza podobne polipowate kształty, i wreszcie, jak świadczy o tem przytoczony przez Picka przypadek Rumlera, może i w innej naturalnej jamie ciała (jama nosowo-polykowa) wskutek warunków lokalnych przyjść do wytworzenia się takich polipowatych wybujałości, podobnych do jagód zaśniadu. Tak jak kształt polipowaty, tak też i ową obfitość naczyń chłonnych, lub raczej wyraźne ich wskutek rozszerzenia zaznaczenie, musimy też uważać za objaw przypadkowy, wywołany warunkami miejscowymi. Nowotworzenia się, ani rozrostu tak w śródbłonku, jak i na ścianie samej, nigdzie nie zauważyłem; natomiast po grubości ścian i zachowaniu się śródbłonka wyraźnie widać było, że są to tylko rozstrzenie. Wytworzenie się ich w uszypułowanych polipach łatwo wytłómaczyć zwężeniem się lub okręceniem się szypuły, ale wytłómaczenia wytworzenia się rozstrzeni w guzowatych wybujałościach, osadzonych na szerokiej podstawie, lub też w samym nowotworze, musimy szukać głębiej.

Orth i Bormann, jak wyżej wspomnieliśmy, przypisują mięsakom macicy specyalną własność szerzenia się, głównie drogą naczyń chłonnych z następowem zajęciem gruczołów. Ponieważ naczynia chłonne błony śluzowej są drogami odpływowemi, przeto nic dziwnego, że w naczyniach chłonnych, owych polipowatych wybujałościach, wyszłych z błony śluzowej, a ułożonych ponad głównym guzem, przyszło do zastoju limfy i następowego obrzęku, jeżeli, pominąwszy już ucisk otoczenia, przyjmiemy możliwość wypełnienia się naczyń na dalszym przebiegu masami nowotworowemi.

Że i w naszym przypadku miało miejsce szerzenie okolicami i drogami naczyń chłonnych, za tem przemawia wyżej przytoczony opis kliniczny: chora opuszczała szpital z rozległymi naciekami w miednicy małej i w obu pachwinach, a nie okazywała jeszcze objawów, któreby s ę domyślać pozwalały przerzutów drogą naczyń krwionośnych w odległych narządach, np. w płucach.

W przypadkach dotąd opisanych błona śluzowa macicy, tak jak i pokrywa nabłonkowa polipowatych wybujałości, były wskutek ropienia i zgorzeli znacznie zmienione, lub w całości zniszczone; w żadnym przypadku nie spotkaliśmy się z wrastaniem polipowatych wybujałości do światła trzonu macicy tak, że za zasadę przyjmowano kierunek wzrostu wybujałości polipowatych tylko na zewnątrz.

W moim przypadku błona śluzowa, wyściełająca trzon, i warstwa przybłonkowa, okrywająca większe i mniejsze po-

lipki, są w całości utrzymane i nie zniszczone, a polipowate wybujałości nie tylko na zewnątrz, ale także okrywając partyę nowotworu, zwróconą do rozszerzonego światła trzonu, tamże luźnie wrastały. Warunki miejscowe były ku temu wytworzone przez guz, umiejscowiony przy ujściu wewnętrznym szyi, który działał jako przeszkoda mechaniczna, powodując rozszerzenie trzonu i wytwarzając przestrzeń wolną, zdolną pomieścić polipowate bujanie nowotworowo zmienionej błony śluzowej. Pomiędzy tymi polipami a błoną śluzową trzonu, okazującą tu obraz przewlekłego międzymiąższowego wytwórczego zapalenia, granicy wyraźnej niema; oba obrazy zlewają się ze sobą. Małe polipki, ułożone na samej granicy, różnią się tylko rozszerzeniem naczyń chłonnych i obrzękiem od polipów zwykłego zapalenia błony śluz. macicy polipowatego *(Endometritis polyposa)*; w większych dopiero, dalej ponad guzem ułożonych, widzimy najpierw przy podstawie nagromadzone komórki hiperchromatyczne mięsakowe, a następnie w jeszcze większych spotykamy je już i około naczyń i pod przybłonkiem, poukładane luźnie lub grupkami.

Polipowe te wybujałości, umieszczone na granicy nacieku nowotworowego ponad głównym guzem szyi, możemy uważać za analogon pierwszych zmian nowotworowych, klinicznie się objawiających.

Wysoce niepomyślny, bo śmiertelny, przebieg wszystkich znanych przypadków, należy odnieść w pierwszym rzędzie do zapoznania cierpienia.

Sprawa wykrycia pierwszych zmian w błonie śluzowej i możliwości wczesnego i pewnego rozpoznania tak złośliwego nowotworu jest kwestyą pierwszorzędnej wagi i głównie mnie zajmowała, a świeżość materyału i utrzymanie błony śluzowej były podnietą do badań w danym kierunku.

Obrazy z mego wyżej przytoczonego przypadku porównywałem z obrazami innych polipów, uzyskanych już to *ex vivo*, już to *ex mortuo* i, o ile z mego jednego przypadku sądzić można, doszedłem do następujących wyników: rozpoznanie z małego polipa, zwłaszcza oderwanego od podstawy, jest niemożliwem nawet dla takiego badacza, który ten rodzaj nowotworu już widział. W nieco większych polipach rozszerzenie naczyń chłonnych, obrzęk, obecność jąder hiperchromatycznych, jąder poukładanych grupami, a zwłaszcza obecność komórek dużych, krągłych z mitozą (zwłaszcza wielobiegunową), lub komórek o kilku jądrach, stanowczo przemawia za bujaniem nowotworowem.

Ponieważ pierwsze zmiany muszą usadowić się nieco głębiej, a zmiany polipowate w błonie śluzowej są następowe, przeto w każdym przypadku podejrzanym koniecznem jest wycięcie i oglądnięcie podstawy szypuły i okolicy po pod nią położonej, gdzie z pewnością mniej lub więcej zróżniczkowaną tkankę nowotworową znajdziemy.

Gessner powiada, że polipy te są zwykle bardzo miękie i kruche, przeto każdy tego rodzaju polip, a zwłaszcza nawrotny, powinien budzić podejrzenie złośliwego bujania i przypadek powinien być szczegółowo pod mikroskopem zbadany. Ja dodałbym do tego jeszcze, że każdy polip, zwłaszcza ułożony w linii środkowej narządu, a przedewszystkiem w ścianie szyi i to górnej, powinien być bez względu na wiek pacyentki wycięty do badania głęboko z szypułą i jej podstawą, a badaniu poddaną głównie podstawa polipa.

Miłym jest dla mnie obowiązkiem złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie koledze Drowi Sołowijowi za udzielenie historyi choroby i odstąpienie materyału, a Szanownemu memu szefowi prof. Obrzutowi za zachętę do pracy i światłe uwagi.

Piśmiennictwo. 1) Pfaunenstiel: Das traubige Sarcom des Cervix uteri. »Virchows Archiw.«, 1892. Bd. 113. — 2) Pick: Über Sarcome des Uterus und der Vagina im Kindesalter, und das primäre Scheidensarcom der Erwachsenen. „Arch. f. Gyn.“, Bd. 46. — 3) Pick: Zur Histiogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. „Arch. f. Gyn.“ Bd. 48, r. 1893. — 4) A. Gessner: Das Sarcoma Uteri. Handbuch der Gynaekologie. J. Veit. 1899. — 5) Otto v. Franqué: Ueber Sarcoma Uteri. »Zeitschrift f. Geb. und. Gyn.« Bd. XL, 1899 — 6) M. Wilms: Die Mischgeschwülste. Heft 1, 1899 i Heft II, 1900

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka spostrzeżeń kazuistycznych nad kiłą trzeciorzędną.

Podał
Dr. Stanisław Cięglewicz (Jasło).

(Dokończenie).

Kilak jądra. B. przybył do mnie przed mniej więcej 13 laty tak osłabiony i wyniszczony, że do wejścia na schody posługiwał się pomocą dwóch ludzi. Skarżył się, że mniej więcej od pół roku trapi go ból w krzyżach i kościach, wskutek czego spać i jeść nie może i temu też przypisuje swe znaczne wychudzenie. Oprócz tego cierpi na obrzęk jednego jądra, który, jakkolwiek nie bolesny, przecież ciąży mu bardzo i coraz to więcej się zwiększa. Obrzęk ten trwa już przeszło pół roku, a właściwie chory nie wie dokładnie, kiedy on zaczął się formować, nie czuł bowiem przytem żadnych boleści. Zresztą przedtem pacyent był zawsze zdrowy i nigdy nie chorował. Z powodu owych bólów wybiera się jechać do Trenczyna, zaś z powodu owego guza zasięgał przed dwoma miesiącami porady fachowego chirurga, który proponował mu doszczętne wycięcie zwyrodniałego jądra. Początkowo pacyent na operacyę się zgadzał; bezpośrednio jednak przed jej wykonaniem rozmyślił się i z niczem do domu powrócił. Obecnie, nie mogąc z powodu bólów coraz to dotkliwszych spać i chudnąc coraz to więcej, przyjechał do mnie po radę.

Stan obecny: Mężczyzna dotąd zupełnie mi nie znany, inteligentny, lat około 45 mający, dobrej budowy ciała, bardzo wychudzony, nie gorączkuje. Oglądając gardło (na które wcale się nie skarżył), zobaczyłem ze zdumieniem na podniebieniu twardem wrzodek, wprawdzie nie bardzo rozległy, ale powodujący już zupełne przebicie podniebienia kostnego; główka zgłębnika, wprowadzona w ten otworek, wchodziła już do jamy nosowej. Badanie nosa wziernikiem od przodu wykazuje tu stosunki prawidłowe; pacyent wogóle nie skarży się na żadne dolegliwości ze strony nosa, nie ma też pojęcia, co mu z tej strony zagraża; zapytany, zaprzecza stanowczo, jakoby był kiedykolwiek kiłą dotknięty. Narządy wewnętrzne prawidłowe, w kościach zmian żadnych, toż samo układ mięśniowy jest prawidłowy. Obrzęk jądra przedstawiał się jako guz twardy, prawie niebolesny, wielkości dużej pięści, więcej podłużny, o powierzchni mniej więcej jednostajnie gładkiej, a zbitości twardej. Drugie jądro było zupełnie zdrowe i gruczoły pachwinowe nie były obrzmiałe.

Rozpoznanie moje wobec owego przebicia podniebienia twardego było nadzwyczaj ułatwione; powiedziałem też pacyentowi stanowczo, jak rzecz się ma. Początkowo słyszeć nie chciał o leczeniu przeciwkiłowem, gdyż był przekonany, że nigdy nie uległ zarażeniu; gdy jednak go objaśniłem, co mu grozi ze strony podniebienia, a przytem postawiłem horoskop, że równocześnie przy tem leczeniu ustąpienie owych bólów rzekomo gośćcowych i obrzęku jądra za bardzo prawdopodobne uważam, zgodził się na nie i gorliwie prowadził w dalszym ciągu, czując się coraz to zdrowszym.

Rzeczywiście też terapia święciła tu swój tryumf prawdziwy, gdyż po dwumiesięcznem leczeniu (pacyent przyjeżdżał do mnie od czasu do czasu) miałem to zadowolenie, że znalazłem go zupełnie zdrowym, doskonale odżywionym, wolnym od wszelkich dolegliwości i z zarośniętym otworem w podniebieniu. Dodać muszę, że w ciągu lat najbliższych wypadło jeszcze dwa razy powtórzyć leczenie z powodu nawrotów choroby, poczem już był i jest dotychczas zupełnie zdrowym, o czem mi corocznie z daleka donosi.

Wrzodziejący kilak skóry. Przed 12 laty przyszedł do mnie Cz., pokazując na kolanie wrzód wielkości dłoni, trwający już przeszło pół roku; wprawdzie niebolesny, a przecież utrudniał chód i zginanie kolana. Z tego powodu pacyent jest zrozpaczony, zwłaszcza, że wrzód ten szerzy się coraz bardziej i głębiej; chory obawia się, że mu grozi odjęcie kończyny.

Stan obecny: Mężczyzna lat około 46 mający, miernie odżywiony i zbudowany, o zdrowych narządach wewnętrznych, a tylko na jednym obojczyku ma widoczne zgrubienie kości. Uważając je za guz kiłowy, zapytałem pacyenta, czy nie przebywał kiły, co też rzeczywiście potwierdził, że był nią przed kilku laty dotknięty. Wrzód nad kolanem przedstawiał się jako owrzodzenie głębokie; staw jednak nie zdawał się być jeszcze zajęty. Brzegi tego wrzodu były naciekłe, dość ostro od skóry zdrowej odgraniczone, na powierzchni większe lub mniejsze ziarniny, pokryte szarą wypociną, ropienie znaczne. Gruczoły pachowe nie były obrzmiałe.

Zastanawiając się nad tą sprawą, zdawało mi się, że wobec wejrzenia wrzodu, dość ostrych jego brzegów i zdrowego ustroju, mogę z pewnem prawdopodobieństwem wykluczyć wilka i raka skóry; natomiast, uwzględniając przytem ów guz obojczyka, przyjąć jad kiłowy, jako przyczynę tej choroby skórnej, wskutek czego poleciłem pacyentowi przeprowadzenie leczenia wcieraniami, miejscowo zaś na wrzód plaster rtęciowy. Wkrótce też przekonałem się, że rozpoznanie było dobre; wrzód po miesiącu się zabliźnił, a pacyent od tego czasu jest zupełnie zdrowy; choroba do dzisiaj więcej się nie odnowiła.

Kiła dziedziczna. Przypadek, który opisać zamierzam, właściwie tutaj nie należy; przecież z powodu blizkiego pokrewieństwa z poprzednimi tu znaleźć miejsce powinien, zwłaszcza, że wydaje mi się niezwykłym i interesującym.

Przy sposobności leczenia pewnego członka familii X. przed mniej więcej 10-ciu laty uderzyło mnie, że panna X. zawsze siedzi w odległym kącie pokoju i od czasu do czasu jakieś bolesne jęki wydaje. Na zapytanie, co jej może brakować, dostałem od matki odpowiedź, że jest ona chorą już od dzieciństwa na „skrofuły“. W dzieciństwie leczono ją długo i po kąpielach wożono, widząc jednak, że jej nic nie pomaga, dawno już zostawiono sprawę samej sobie. Wiedziony ciekawością namówiłem chorą, by pozwoliła się zbadać. Dowiedziałem się więc od niej, że cierpi długie lata bóle w głowie, nogach i rękach, które prawie ciągle ją trapią, a czasami tylko na krótką chwilę ją opuszczają. Chora z tego powodu unika ludzi, czując się najszczęśliwszą, gdy nikt do niej nie mówi i niczego od niej nie żąda; nigdzie też nie wychodzi, gdyż oprócz bólów obydwa kolana pokrywają guzy i utrudniają jej chodzenie. Podobne guzy ma i na głowie, tylko nieco mniejsze; guzy te powstały już dawno. Wogóle chora nie pamięta, czy kiedy zdrową była; w dzieciństwie miała mieć jakieś wysypki i wrzodziki, z powodu czego jeździła kilka razy do Iwonicza. Jeść nie może, po nocach bardzo źle sypia.

Stan obecny: Dziewczyna źle odżywiona, miernie zbudowana. Pomimo lat dwudziestu kilku miesiączki nigdy jeszcze nie miała i gruczoły sutkowe zupełnie nie rozwinięte. Skóra miękka, jakby jedwabna, kości cienkie, czoło wysokie, a okolice obydwu guzów czołowych wyraźnie wypukłone; włosy suche, cienkie i dość rzadkie; głos lekko zachrypnięty; zęby sieczne górne okazują wyraźne półksiężycowate wyżłobienie na wolnych brzegach, z koron zaś siecznych dolnych zębów wyrastają liczne strzępki kostne. Te dolne zęby wogóle są małe i źle rozwinięte. Na głowie kilka guzów, wielkości mniej więcej orzecha włoskiego, nieco bolesnych, w dotyku elastycznych, nad kością nieprzesuwalnych; nad obydwu kolanami guzy większe, nieregularne, dość twarde, zajmujące boki obydwu kolan. Narządy wewnętrzne żadnych wyraźniejszych zboczeń nie przedstawiają, uderza tylko niedokrewność ogólna i znaczne wycieńczenie całego ustroju; gorączki brak.

Ponieważ ojciec pacyentki dawno już nie żył, a matki o kiłę nie miałem odwagi się zapytać, przeto uczyniwszy tylko dla siebie rozpoznanie kiły dziedzicznej, podjąłem się leczenia, dając słabą nadzieję co do jej wyniku. Pacyentkę leczyłem wcieraniami; wynikiem tego było zupełne ustąpienie wszystkich wyżej podanych objawów chorobowych: guzy na głowie (przewlekłe zapalenie okostnej) i guzy na kolanach znikły zupełnie bez żadnego śladu, również bóle głowy i bóle w kościach. Wkrótce też po zaprzestaniu leczenia pacyentka zaczęła się rozwijać i dostała poraz pierwszy miesiączki (która też od tej pory w swoim czasie następnie przychodziła), wogóle zaczęła lepiej wyglądać i do zdrowia przychodzić.

Może w rok potem wytworzył się u niej na jednem udzie głęboki ropień, z którego po otwarciu go wydzieliła się bardzo wielka ilość brudnej ropy. Ropień ten pomimo sączkowania zagoić się nie chciał; stało się to dopiero, gdy chorej równocześnie podałem jodek potasu. W dalszym ciągu pacyentka zdrową była zupełnie przez lat kilka (może ośm); później zaczęła kaszlać (zaziębiwszy się w kąpieli), straciła łaknienie i skarżyła się na ciągły ból w brzuchu i łopatkach. Przedmiotowo, oprócz przewlekłego nieżytu oskrzeli, obrzęku i bolesności wątroby, innych zmian wybadać nie było można; pacyentka też po największej części chodziła po pokoju, czasami tylko kładąc się do łóżka; niszczała jednak widocznie. Po mniej więcej 3 miesiącach tej niedomogi znaleziono ją rano w łóżku nieżywą, leżącą w dużej kałuży krwi, która ze stolca się wydzielała. Śmierć więc nastąpiła wskutek gwałtownego krwotoku kiszkowego, którego najprawdopodobniejszą przyczyną była choroba wątroby, względnie utrudnione w niej krążenie.

Leczenie polegało początkowo na podawaniu kreosotalu i jodku potasu; gdy jednak zobaczyłem w dalszym ciągu, że KJ. jest przeciw chorobie wątroby zupełnie bezskuteczny, ograniczyłem się później tylko do leczenia objawowego.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Psychozy ostre stanowią te postacie obłąkania, które się nagle w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu rozwijają i albo kończą wyleczeniem, lub też przechodzą w psychozy przewlekłe. W tym ostatnim razie stanowią one raczej tylko ostry początek obłąkania przewlekłego. Wreszcie mogą one występować jako ostre okresy w przebiegu psychozy przewlekłej. Nietylko szybki wybuch i szybki czasowy przebieg stanowi ich cechę, lecz także samoistny i odmienny ich przebieg. W psychozach przewlekłych, dotąd omówionych, zachodziły trwałe i ustalone zmiany w treści świadomości; cechę psychóz ostrych stanowią chorobowe zmiany w działaniu świadomości. A ponieważ zmieniona czynność świadomości musi pociągnąć za sobą także zmianę w jej treści, więc i tu spotykamy zmianę treści świadomości, jednak nie tak trwałą i ustaloną. W przebiegu ostrych psychóz występują także myśli swoiste, fonemy i urojenia wyjaśniające, a nadto urojenia z analogii, tj. urojenie, którego podstawą jest odnoszenie właściwości innych osób przez analogię do siebie, w myśl zasady, że co dotyka jednego człowieka, to dotyka także i drugiego. Halucynacye, trapiące chorego, odwracają jego uwagę od tego, co się w koło niego dzieje; to też wszystko to uderza go, jako mu obce, które on wyjaśnia sobie w sposób opaczny. Tak więc w odwróceniu uwagi chorego na zjawiska zewnętrzne spotykamy nowe źródło urojeń. Również zdarza się tu chorobowe tworzenie kojarzenia, polegające na tem, że pewne, dokładnie umiejscowione wrażenia chorobowe z równoczesnemi spostrzeżeniami rzeczywistemi lub chorobowemi zmysłowemi tworzą nowe pojęcia. Pewien chory sądził, że jego palec oznacza osobę lekarza, a to dlatego, ponieważ we śnie i na jawie, na myśl lub widok lekarza, doznawał dziwnego, lecz nie bolesnego uczucia w palcu. W tem nowotworzeniu kojarzenia spotykamy nowe źródło urojeń. Te same źródła dla urojeń spotykamy także w psychozach przewlekłych, ale tam mają one podrzędne znaczenie.

Do nader ważnych objawów psychóz ostrych należą halucynacye i iluzye. Pierwsze przedstawiają stany przeczulenia (hiperestezyi), drugie zaś stany zboczenia czucia (parestezyi) psychosenzorycznej. Najczęstsze i najważniejsze są halucynacye słuchowe w postaci głosów, czyli fonemy, w odróżnieniu od halucynacyi różnych szmerów i odgłosów, czyli od tak zwanych akuazmów. Te ostatnie występują czasem w przebiegu chorób gorączkowych i mają nieraz za podstawę pewne zboczenia, np. suchość błony śluzowej ust, trąbki Eustachiusza i ucha środkowego, tem samem odpowiadałyby halucynacyom z wewnętrznego podrażnienia obwodowego, tak zwanym fenacyzmom (Kahlbaum). Fone-

my przedstawiają się choremu jako głosy niezwykłe, albo też jako głosy, rzekomo pochodzące od osób w istocie obecnych lub blizkich. Po barwie i sile głosu chorzy wyróżniają przytem głosy dzieci, mężczyzn, kobiet, osób znanych sobie lub nieznanych, blizkie lub odległe i zmieniające miejsce swego pochodzenia. Chory szuka nieraz tych głosów w swem najbliższem otoczeniu, w pościeli itd. Jeżeli halucynacye są jednostronne, to słuch bywa zazwyczaj w jednem uchu upośledzony. Fonemy mogą wywoływać u chorego stany afektu, a stale prowadzą do fałszywego oceniania otaczających osób; ztąd można je nazwać fonemami, sprowadzającymi dezoryentacyę chorego. Fonemy zaczynają się nieraz i zamieniają się nieraz w chwili swego ustępowania w „akuazmy.“ Chociaż one pojawiają się tylko czasowo, a rzadko trwają stale, to jednak chory i w wolnej przerwie nieraz mimo wielkiej inteligencyi wierzy w ich rzeczywistość, albowiem każdy człowiek ufa bezwzględnie wrażeniom zmysłowym, odniesionym w chwili pełnej uwagi. Często wywołują one lęk; jeźli zaś są ciągłe i gromadne, wywołują dezoryentacyę. Zwykle samotność i cisza je wzmagają, czasem je przytłumiają, a wówczas na odwrót wywołują je zewnętrzne podniety zmysłowe (halucynacye czynnościowe Kahlbauma). Halucynacye, wywołane rzeczywistem wrażeniem lub innemi halucynacyami w zakresie tago samego lub innego zmysłu, Kahlbaum nazywa odruchowemi. Po halucynacyach słuchu klinicznie ważne są halucynacye węchu i smaku; występują one w tej formie, że chory czuje węchem i smakiem obce mu substancye, nazywane przezeń ogólnie truciznami. Gdy omamy smakowe powstają zwykle w czasie spożywania pokarmów (często nie dają się odróżnić od omamów dotykowych języka, tyczących się również wrzekomych obcych domieszek do pokarmów), to omamy węchowe trwają długo i nieprzerwanie, zwłaszcza w tej formie, iż chory czuje wstrętną woń, pochodzącą z własnego swego ciała. Te omamy ostatnie stwarzają nieraz jadłowstręt, a w psychozach przewlekłych każą rokować niepomyślnie. Omamy te są zwykle treści niemiłej, z wyjątkiem, gdy występują w późnych okresach bezwładu postępującego, w pewnych stanach zachwytu (ekstazy), u chorych histerycznych lub na tle pewnych zatruć ostrych. W ciężkich psychozach ostrych suchość w ustach i w nosie stwarza iluzye smakowe i węchowe, których od odnośnych halucynacyi prawie odróżnić nie można.

Omamy wzrokowe nie odpowiadają nigdy dokładnie rzeczywistości, przedstawiają się bowiem jako obrazy płaskie, pozbawione wymiaru trzeciego (głębokości), dla tego też często biorą je chorzy za obrazy, innym razem określają je jako cienie lub widma. Tylko w stanie półsnu (ospałości), w stanach zachwytu (extazy), lub zamroczeń świadomości, doznawane omamy wzroku posiadają cechy rzeczywistych wrażeń wzrokowych. Podobnie przedstawiają się jako rzeczywiste, ucieleśnione wrażenia, omamy wzroku w stanach silnego afektu lub w stanach ostrych zatruć, np. wyskokiem (deliria). Treść ich zależy od afektu, względnie czasowego nastroju chorego, a wywołują one często lęk. Są one wogóle rzadsze od fonemów, a jako zwykle nieodpowiadające całkowicie rzeczywistości nie wywołują tak łatwo dezoryentacyi, stają się natomiast źródłem urojeń wyjaśniających o treści indywidualnej.

Omamy dotykowe, najlepiej poznane w przebiegu obłędu opilczego *(delirium tremens)*, wywołują wrażenie pełzania po ciele chorego robactwa, gadów, wężów itd. Odosobnione omamy dotyku zdarzają się w psychozach ostrych. Omamy dotykowe polegające na uczuciu posypania lub polania ciała chorych przetworami szkodliwymi, zdarzają się często w psychozach przewlekłych z hipochondrycznem urojeniem prześladowczem. Czucie nieprawidłowego gorąca w skórze bywa zdaje się u chorych majaczących i szałowych powodem obnażania się. Omamy, polegające na czuciu uderzeń, ukłuć i innych bólów, przedstawiają nam omamy czucia ogólnego.

Omamy często kombinują się, tj. występują w zakresie kilku zmysłów i łączą się w wspólną całość taką, jaka zachodzi przy odbieraniu rzeczywistego wrażenia. Skutkiem tego łączenia się równej treści omamów słuchu, wzroku i dotyku, doznaje chory złudzenia rzeczywistości. Gdy omamy te miną, chory oświadcza, że przyszedł do siebie, tj. objawia zrozumienie chorobowości stanu poprzedniego. Tak skombinowane omamy zdarzają się zwykle u chorych w stanie wybitnego zamroczenia, a ponieważ są one wielce podobne do złudzeń przydarzających się wśród snu, przeto zwiemy je omamami sennymi. Zdarzają się one u gorączkujących w stanach znacznego wyniszczenia, w stanach chorobowego upojenia, ostrego zatrucia narkotykami, wreszcie w przebiegu padaczki i histeroepilepsyi.

Wedle *W.* halucynacye tworzą się wtedy, gdy podnieta chorobowa zadrażnia ośrodki obrazów pamięciowych, a zarazem ośrodki czucia narządów; tak więc główną cechę halucynacyj stanowi zaburzenie w świadomości cielesności. Ponieważ zaś, jak już wiemy, każde czucie narządów wywiera na nas przymus zwrócenia nań uwagi w celu obrony naszej cielesności, przeto zrozumiałym jest wpływ halucynacyi, zmierzający do zwrócenia na nią uwagi chorego i tak częste występowanie pod jej wpływem afektu lęku. Cecha omamów, że stanowią one zaburzenie w świadomości cielesności, która jest dokładną, czyni także zrozumiałą dokładność umiejscowiania omamów.

Ponieważ omamy odpowiadają najdokładniej rzeczywistym wrażeniom świata zewnętrznego, przeto musimy przyjąć, że podrażnienie, wywołujące halucynacyę, musi działać na różne pola kojarzenne w tym samym stopniu i porządku, jak podrażnienie, stanowiące dokładne odbicie rzeczywistości. Zjawisko to tłómaczy się tą hypotezą, że przy poruszeniu jednakiej kombinacyi pierwiastków kojarzących musi nastąpić zawsze ten sam proces psychiczny, a wiemy, że pierwiastki narządów zmysłowych przenoszą swą energię swoistą na cały narząd kojarzenia. Tak samo, jak wyłanianie się w pamięci naszej pewnych myśli tłómaczy się poruszeniem pewnej oznaczonej kombinacyi pierwiastków kojarzenia, tak samo musimy i senne omamy tłómaczyć poruszeniem odpowiednich jednostek czynnościowych pod wpływem jakiejkolwiek podniety, czyli innemi słowy, w jakikolwiekbądź sposób zadziała podnieta na pierwiastki, połączone w jednostki czynnościowe przez powtarzanie się tych czynności i przez wprawę, wynik tego działania podniety będzie posiadać zawsze treść oznaczoną i im właściwą. Właśnie omamy kombinowane równej treści przedstawiają nam najlepszy przykład stałości tych skojarzeń czynnościowych, które odtwarzają obraz świata zewnętrznego. Gdyby pola kojarzenne były schorzałe, to musiałyby one stwarzać chorobowo zmienione omamy; jeżeli zaś omamy odpowiadają rzeczywistości, to musimy koniecznie przyjąć, że pola kojarzenne są prawidłowe, a na nie działa gdziekolwiekbądźindziej powstała podnieta w drodze rozpromieniania *(irradiatio)*. Ponieważ patologia mózgu uczy, że większość objawów zadrażnienia polega na przeprowadzeniu podniety nieraz z odległych części mózgu, przeto nie może być wątpliwem, że większość omamów polega na zadrażnieniu odpowiednich ośrodków w drodze rozpromieniania (iradyacyi).

Przez hipermetamorfozę, objaw wykryty przez H. Neumanna, rozumiemy przymus zwracania uwagi i uświadomienia sobie wrażeń zmysłowych. Chcąc stwierdzić jego istnienie w zakresie wzroku, wyjmujemy wobec chorego nagle jakiś przedmiot, np. zegarek z kieszeni; w zakresie słuchu wywołujemy jakiś szmer, szelest, odgłos itd.; w zakresie dotyku dotykamy ręką chorego; w zakresie powonienia podstawiamy pod nos przetwór aromatyczny itd., i teraz zwracamy uwagę, jak na te bodźce chory oddziaływa. W ten sposób przekonujemy się łatwo, że jeden chory oddziaływa silniej, względnie oddziaływa już na słabszą podnietę w zakresie jednego zmysłu, n. p. wzroku, niż w zakresie innego zmysłu, n. p. słuchu, a zjawisko to tłómaczymy

sobie większą pobudliwością odpowiedniego narządu. Przy takiej wzmożonej pobudliwości najsłabsze podniety wywołują w chorym niepokój ruchowy, dlatego też trzeba takich chorych odosabniać przez wzgląd na nich samych i resztę chorych. Następstwem takiej wzmożonej pobudliwości, czyli hipermetamorfozy, jest roztargnienie chorego, tj. niezdolność myślenia w pewnym stałym porządku. Dlatego to odpowiedzi takich chorych mogą się wydawać bez związku, albowiem w chwili odpowiadania uwaga chorego wskutek hipermetamorfozy co chwila się urywa i zwraca się na chwilowe wrażenia zmysłowe. Hipermetamorfoza stanowi główne ogniwo w łańcuchu objawów, stanowiących istotę zamięszania *(Verwirrtheit)*. Z hipermetamorfozą spokrewnionym jest objaw, zwany hiperestezyą narządów zmysłowych, chociaż z nią nie może być identyfikowany. Hipermetamorfoza ma jeszcze największe znaczenie w psychozach przewlekłych, mianowicie w histerycznych. Zdarza się ona także w okresie narastania, lub zdrowienia po psychozach ostrych i sprawia u tych chorych pewną drażliwość i niezadowolenie pod wpływem wrażeń z otoczenia. Objaw ten jest także przyczyną trwożliwości chorych na padaczkę w okresie zamroczenia. Przyczyną hipermetamorfozy jest wzmożona pobudliwość komórek percepcyjnych (sensorycznych), a zatem przyczyna jej jest zawsze centralna; hipermetamorfozę spotykamy w manii z zamięszaniem, w hiperkinetycznych psychozach ruchowych, i w psychozie porażennej *(dementia paralytica agitata)*. Przyczyna zaś hiperestezyi może być ta sama, co i hipermetamorfozy, lecz często tkwi ona obwodowo w schorzałych nerwach obwodowych.

W przebiegu psychóz ostrych zjawiają się pewne objawy ruchowe, będące odczynem na wrażenia silne, odbierane z narządów; dowodzą one silnego zamroczenia sensoryum. Objawy te bywają nieraz podobne do rzucania się (jaktacyi) porażonych lub padaczkowych w okresie zamroczenia; trwają one nieraz po kilka tygodni i są w swej jakości jednostajne. Często występują one z rykiem lub krzykiem, jako oddziaływanie na lęk, wywołany przykremi sensacyami ze strony narządów, n. p. krtani, serca, macicy i t. d. Innym razem objawiają się z tej samej przyczyny w formie nieokreślonego niepokoju chorego. Na tle tych objawów może powstać w dołączeniu afekt bezradności *(Ratlosigkeit)*, lub pewne urojenia wyjaśniające. Dla wytłómaczenia powstania tych objawów ruchowych zmuszony jest *W.* zarzucić swój szemat dotychczasowy psychicznego łuku odruchowego *(Cs—A—Z—Cm)*, co usprawiedliwia tem, że natura nie postępuje wedle szematów; w tym celu przyjmuje *W.* dodatkowo szemat bezpośredniego połączenia *Cs* z *Cm.*, który wyjaśnia, iż pewne ruchy, wywołane czuciem narządów, a służące do obrony zagrożonego narządu, odbywają się bez współudziału myślenia. Chorobowe czucia narządów mogą w tej bezpośredniej drodze od *Cs.* do *Cm* wywołać stany akinetyczne, czyli zupełnego bezruchu; np. w zakresie zdrowia umysłowego wywołuje kolka żółciowa, lub nerkowa skutkiem bólu niemożność poruszania się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Schwarzwäller: **Spędzanie płodu zapomocą trucizn.** (*Berl. klin. Wochen.*, Nr. 7, 1901). Najczęstszym środkiem, używanym do spędzenia płodu w okolicach Szczecina, są przetwory olowiu, jak biel ołowianna i białokrus, zażywane jednorazowo w ilości łyżeczki. Poronienie następuje zazwyczaj nie zaraz, ale dopiero po kilku dniach, wskutek zatrucia ołowiem całego ustroju. Jako objawy charakterystyczne dla zatrucia ołowiem podaje S. bladość skóry i błon śluzowych, wolne tętno, silne bóle w podbrzuszu, nie odpowiadające zmianom w częściach rodnych i zczernienie brzegu dziąseł przy nasadzie zębów. Rokowanie w zatruciu ołowiem jest dobre; następuje zazwyczaj zupełne wyleczenie po zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Do leczenia poleca autor makowiec, jodek potasowy i nacierania proszkiem siarki. *P.*

Mertens: **Biologiczny sposób wykazania, że białko w moczu pochodzi z krwi.** (*Dts. med. Wchs.* 1901, Nr. 11). Wstrzykując królikom rozczyny białka kurzego można otrzymać z nich surowicę, wywołującą strąt w białku kurzem; zapomocą zaś surowicy krwi ludzkiej można nadać surowicy królików w podobny sposób tę własność, iż wywołuje strąt białka w surowicy ludzkiej. W ten sposób zatem można sposobem biologicznym odróżniać białka różnego pochodzenia. Leclainche i Vallée, wstrzykując królikom mocz ludzki z przypadków białkomoczu, otrzymali surowicę, strącającą natychmiast białko w każdym moczu, który je zawierał. Z tych danych wniósł autor, że jeżeli białko, znajdujące się w moczu w przypadkach zapalenia nerek, istotnie pochodzi z krwi, to surowica królików, którym wstrzykiwano bądźto surowicę ludzką, bądź mocz ludzki, zawierający białko, powinna wywoływać strąt zarówno w surowicy ludzkiej, jak i w moczu z przypadków zapalenia nerek. W wykonanych następnie doświadczeniach przypuszczenie to zupełnie się sprawdziło. *C.*

Gottstein i Michaelis: **W sprawie niszczenia prątków gruźliczych w tłuszczach pokarmów.** (*Deut. med. Wchs*, 1901, Nr. 11). Oznaczenie ciepłoty, zabijającej na pewno prątki gruźlicze, ma wielkie znaczenie ze względu na wyjałowienie środków spożywczych. Ciepłota ta może się wahać zależnie od otoczenia, w jakiem znajdują się prątki. Posiadają one bowiem ochronną zewnętrzną warstwę woskowatą, która utrudnia ich zabicie, jeżeli znajdują się w otoczeniu cieczy wodnistych, która natomiast, łatwo rozpuszczając się w tłuszczach, nie stawia oporu zniszczeniu prątków, jeżeli one są otoczone tłuszczami. Zdawałoby się więc, że prątki, znajdujące się w tłuszczach pokarmów, ginąćby powinny w stosunkowo niskiej ciepłocie. Sprawa ta domagała się koniecznie wyjaśnienia wobec twierdzenia Rabinowitschówny, że prątki gruźlicze, mogące znajdować się w margarynie, rozpowszechnionym dziś środku spożywczym, nie giną nietylko w ciepłocie 87° (która nie zmienia jeszcze niekorzystnie smaku tłuszczów), ale nawet w wyższej. W rzeczywistości jednak okazuje się, że rzecz nie ma tej doniosłości praktycznej, jak się na pozór wydaje, a to mianowicie dlatego, ponieważ przy wyrobie margaryny używa się ciepłoty z pewnością zabijającej prątki, a nadto nikt jeszcze dotąd nie wykazał w margarynie handlowej obecności prątków. Rabinowitsch przytoczyła wyniki dotyczących badań Scali i Alessiego błędnie; badacze ci bowiem wcale nie znajdowali prątków w margarynie handlowej, a do doświadczeń swych posługiwali się margaryną, sztucznie przez siebie zakażaną. Co więcej, używając do wyjaławiania tak zakażonej margaryny ciepłoty tylko 50° C., tylko w jednem ze swych doświadczeń stwierdzili, że prątki gruźlicze w tej ciepłocie nie zginęły. By jednak rzecz ostatecznie wyjaśnić, wykonali Gottstein i Michaelis 17 doświadczeń na świnkach morskich, posługując się również sztucznie zakażoną margaryną. Padły na gruźlicę tylko te świnki, którym wstrzyknięto margarynę, zawierającą prątki gruźlicze i ogrzaną do 40° C.; natomiast z 13 świnek, którym wstrzyknięto margarynę zakażoną i ogrzaną potem do 87° C., żadna nie padła ani nie zachorowała na gruźlicę. *C.*

Prof. Rydygier. **Doświadczenia z operacyj, wykonanych na żołądku** w czasie od roku 1880 do dnia dzisiejszego. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Krytyczne i bezstronne zestawienie dat, zaczerpniętych z piśmiennictwa, wykazuje niewątpliwie, że utarta dziś nazwa dla znanego sposobu wycinania odźwiernika „1-szy sposób Billrotha“, jest metodą poraz pierwszy przez autora użytą i dokładnie w r. 1880 opisaną, zatem jest to „sposób Rydygiera wycinania odźwiernika“.

Wycięcie odźwiernika zaleca autor nietylko w przypadkach raka, ale i wobec wrzodu okrągłego odźwiernika, z tem jednak zastrzeżeniem, jeżeli na zabieg ten, poważniejszy niż gastroenterostomia, dozwalają siły chorego i stosunki miejscowe (brak rozległych i zwartych zrostów, a w razie raka nieznacznie tylko zajęte gruczoły etc.). Wycięcie odźwiernika wobec raka nie potrzebuje uzasadnienia; raka musimy operować doszczętnie, — a to jedyna doszczętna operacya. Natomiast wobec wrzodu żołądka wielu operatorów woli gastroenterostomię; Rydygier jest zasadniczym zwolennikiem polyrektomii i wobec tego cierpienia, jakkolwiek pozbawionego cech nowotworu złośliwego, a stanowiska tego broni następującymi argumentami: 1) fakt, że na tle blizny po wrzodzie okrągłym, lub może wprost z brzegów owrzodzenia, wyrasta rak, staje się coraz pewniejszym; 2) gastroenterostomia nie chroni chorych przed późniejszymi krwotokami z wrzodu, czasami nawet śmiertelnymi, jak o tem pouczają autora własne jego spostrzeżenia; 3) wycięcie odźwiernika nie sprawi chirurgowi nigdy takiej niespodzianki, jak „circulus vitiosus“, zdarzający się niekiedy po gastroenterostomii. W końcu jako wskazanie do wycięcia ścian żołądka, ewentualnie odźwiernika, przytacza autor: *a)* gwałtowny

krwotok z wrzodu żołądka, nie ustępujący przy leczeniu wewnętrznem, i gdzie na zabieg ten starczą jeszcze siły chorego: *b)* przedziurawienie wrzodu żołądkowego.

Szkicując technikę operacyjną zaznacza autor, że stale używa swego cięcia skośno-kątowatego, które dozwala szanując możliwie krzywiznę dużą zająć cięciem całą krzywiznę małą, wzdłuż której przeważnie sadowią się gruczoły chłonne, zajęte przerzutami raka. Obecnie używa szwu dwurzędnego, zwłaszcza od czasu odpowiednich zaleceń Hartmanna i Terriera. Pierwszy rząd zachwytuje całą grubość ścian żołądka i jelita, drugi tylko błonę surowiczą i mięsną. Szyje tylko katgutem i zawsze, jak to pierwszy przed laty zalecił, zakłada szew ciągły. Szyjąc baczną zwraca uwagę na punkt, w którym się schodzi szew zwężający światło żołądka i łączący dwunastnicę z żołądkiem. Guzika Murphyego nigdy nie używa i uważa go za rzecz zupełnie zbyteczną.

Wśród krystalizowania się tych zasad wykonał R. w różnych czasach 100 operacyj na żołądku, a mianowicie: wycięcie odźwiernika 32 razy, gastroenterostomią 64, gastrostomią 3, rozszerzenie odźwiernika 1. W zestawieniu tem zaznaczają się bardzo wyraźnie 3 okresy: I w Chełmnie, II w Krakowie i III we Lwowie. Bardzo różną jest śmiertelność w tych okresach. Nad przyczyną tego zastanawia się autor i przychodzi do przekonania, że na wynik pooperacyjny wpływa nie tylko dobór odpowiednich przypadków (Chełmno), lecz w niemniejszym stopniu odpowiednie i dbałe pielęgnowanie chorych po operacyi (w Chełmnie klinika prywatna, we Lwowie siostry miłosierdzia), rozumne przygotowanie chorych przed operacyą (Lwów), a w ostatnich czasach wprowadzenie w miejsce uśpienia znieczulenia miejscowego sposobem Schleicha (Lwów). Dzięki tym różnym wpływom tak np. rozmaicie przedstawia się odsetek zejść śmiertelnych po gastroenterostomii. W Chełmnie gastroenterost. z powodu raka + 100%, z powodu wrzodu + 0%. W Krakowie gastroenterost. z powodu raka + 50%, z powodu wrzodu + 100%. We Lwowie gastroetenrost. z powodu raka + 31·5%, z powodu wrzodu + 9·5%.

Największa liczba chorych umierała z powodu wycieńczenia i zapadu; dużo z powodu zapalenia opadowego płuc; w kilku przypadkach przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej, a w dwóch skrwawienie z wrzodu istniejącego. *Herman.*

Dr. Wilhelm Knoepfelmacher. **Nerka wędrująca i macalność nerek w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch fur Kinderheilkunde* 53, 3 B, 3 H, 1901). Badanie nerek u oseskόw 2–3 miesięcznych odbywać się powinno, zdaniem autora, przez kiszkę stolcową. Dziecko leży w położeniu grzbietowem, względnie bocznem: badający ugniata ręką lewą na okolicą lędźwiową, a palec wskazujący ręki prawej wprowadza do kiszki stolcowej i idąc nim w kierunku zagięcia esowatego wyczuwa 1/2 a nawet 1/3 nerki, częściej prawej, rzadziej obu nerek. Autor opisuje dwa przypadki macalności nerek, spostrzegano w wiedeńskim szpitalu Karoliny. W przypadku pierwszym, dotyczącym dziecka 9-cio miesięcznego, stwierdzono na stole sekcyjnym obok znacznej ruchomości obu nerek również przesuwalność śledziony i wątroby, zwieszającej się na dość długiem więzadle, skutkiem czego skręciła się koło swej osi.

Przypadek drugi dotyczy dziecka 4-ro miesięcznego, u którego stwierdzono na stole sekcyjnym lewostronną nerkę wędrującą, co wobec nader młodego wieku oseska i wobec zajęcia nerki lewej, przyjąć należy jako wrodzone.

Przypadki przemieszczenia nerek z nadmierną ich ruchomością są rzadkie, a opisane zostały przez Grubera i Channeya. W samem przemieszczeniu nerek, w myśl teoryi Ortha, należy szukać wrodzonej skłonności, prowadzącej przy działania pewnych czynników do nerki wędrującej. *Bolesław Komorowski.*

Prof. Dr. Jaksch: **Wielorakie zmiany chorobowe w okostnej i wynik badania krwi, przypominający białaczkę pochodzenia szpikowego.** (*Prag. med. Wochenschrift* XXVI, Nr. 1, 1901). Służąca, 24 lat licząca, której cierpienie rozpoczęło się przed kilku miesiącami kłującymi bólami w obu stawach łokciowych, potem w stawach pięści i w lewej pięcie, a następnie w prawej tak, że nietylko pracować, ale i chodzić nie mogła, po bezowocnem leczeniu w szpitalu zgłosiła się do kliniki Prof. Jakscha w Pradze. Wywiady wykazały wtenczas, że regularność z chwilą pojawienia się cierpienia ustała, badanie zaś wykazało nieznaczne rozszerzenie stłumienia serca ku stronie lewej, zgrubienie kości piętowej, bolesność jej i zaczerwienienie na niej skóry, jak nie mniej znaczne powiększenie śledziony. Badanie moczu zmian żadnych nie wykazało.

Gdyby nie obrzmienie śledziony, leukocytoza i wynik badania krwi, wskazujący na szpikową białaczkę, możnaby objawy przytoczone odnieść do istnienia gośćca stawowego. Wśród spostrzegania chorej, od 23-go lipca do 9-go grudnia gorączka z małemi jedynie przerwami była stale przepuszczająca; do silnych bólów przyłączyły się zgrubienia na kościach i to najpierw na pięcie lewej, potem na kości sprychowej i łokciowej. Badanie promieniami Roentgena (10-go sierpnia) wykazało w tych kościach zmiany, wychodzące z okostnej, które w następnych miesiącach znacznie się rozwinęły, zajmując bark, kość sprychową, łokciową, obojczyk, podstawę członków palców, kilka kości śródręcza i śródstopia, rękojeść mostka i żebra. Silne bóle w zajętych kościach utrzymywały się stale. Powtórne badanie promieniami Roentgena wykazało, szczególnie na kości sprychowej i łokciowej, sprawę destrukcyjną, wychodzącą z okostnej, która na obu piętach, lewej kości sprychowej, na kościach śródstopia nogi lewej i na wielkim palcu doprowadziła już do zmian w tkance kostnej. Badanie krwi, wykonywane z całą ścisłością naukową, wykazało zmniejszenie leukocytów z 50,000 (26-go lipca) na 15,000 (27-go listopada) i dało obraz podobny do białaczki szpikowej; ze względu zaś na ciałka czerwone krwi odpowiadało raczej cięższej postaci niedokrwistości, aniżeli białaczce. Bardzo ważnem jest, że przez cały czas obserwacyi nie wykazano ani razu zwiększenia limfocytów, że w moczu nie było najmniejszego śladu białka i istot białkowatych, równie we krwi, w której zawartość białka była zmniejszoną, ilość wody była zwiększoną, a nadto istniała przejściowa hemoglobinemia. Badanie przemiany materyi poza zmniejszeniem wydzielania kwasu fosforowego i wapna nie wykazało zmian żadnych.

Po dokładnem porównaniu podobnych przypadków w piśmiennictwie przychodzi J. do przekonania, że w przypadku tym chodzi o niespostrzeganą dotąd postać zajęcia kości, przy atypowej, właściwej szpikowej postaci białaczki, lub, co jest najprawdopodobniejsze dla właściwej, a nie spostrzeganej dotąd choroby kości, nie wykluczając stanowczo jakiejś sprawy nowotworowej, wychodzącej od okostnej.

Na sprawę chorobową składają się 3 główne objawy, t. j. zajęcie okostnej, obrzmienie śledziony i myelocytemia, jak nie mniej poty i z początku silne, w miarę zaś przebiegu choroby zmniejszające się bóle w kościach.

Stosownie do przebiegu sprawy chorobowej, J. oznaczył powyższy przypadek jako wieloogniskową chorobę kości, wychodzącą z okostnej, z obrazem krwi podobnym do szpikowej białaczki. Chodzi tutaj według J. o schorzenie układu kostnego, głównie kości piszczelowych i to przyrody nowotworowej lub zapalnej, za którą to ostatnią przemawia stałe utrzymywanie się gorączki.

Wiele szczegółów, odnoszących się do badania krwi, jego wyniku i zmian przedstawionych w kościach na odpowiednich, a dobrych i jasnych roentgenogramach, muszą być przejrzane w oryginale. *Nartowski.*

A. Neumann. **Hernia retrocoecalis incarcerata wyleczona przez laparotomię.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Przepukliny wewnętrzne uwięzłe rzadko bywają przedmiotem klinicznego leczenia. Chory, opisywany przez autora, zgłosił się z objawami ostrej niedrożności przewodu pokarmowego i bez pewnego rozpoznania zgodził się na operacyę. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej spostrzeżono, że chodzi o uwięznięcie pętli jelita cienkiego w worku przepuklinowym popod jelitem ślepem, a między tylną ścianą brzuszną. Brama przepuklinowa drożna dla dwóch palców. Pętla uwięzła łatwo uwolniła się przez proste pociągnięcie. Z powodu złego stanu ogólnego bramy nie szyto. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Dobéris: **O wpływie wstrzykiwań lędźwiowych kokainy na skurcze macicy.** (*Klin. therap. Wochen.*, Nr. 8, 1901). Wstrzykiwania lędźwiowe rozczynów kokainy prócz własności znieczulającej posiadają także własność sprowadzania skurczów macicy. Jednorazowe wstrzyknięcie 0·01 kokainy sprowadza po kilku już minutach zupełnie prawidłowe bóle porodowe. Dlatego D. przestrzega przed użyciem wstrzykiwań lędźwiowych kokainy u osób ciężarnych, bo można sprowadzić poród przedwczesny. Na odwrót korzystając z tej własności wstrzykiwań poleca je w celu wywołania porodu przedwczesnego lub poronienia, dalej — w celu wzmocnienia bólów porodowych, wreszcie tam, gdzie chodzi o jak najszybsze ukończenie porodu, a więc w rzucawce porodowej. *P.*

M. Borchardt. **Guz zapalny pochewki ścięgnistej** (*Ganglion*) **w ścięgnie mięśnia trojgłowego.** (*Archiw. Langenbecka* T. 62, 73). Autor opisuje przypadek, w którym guz zapalny pochewki ścięgnistej rozwinął się w ścięgnie m. trójgłowego ramienia. Badanie mikroskopowe wykazało budowę typową dla tych utworów. Spostrzeżenie to daje autorowi sposobność do wypowiedzenia zapatrywania, że guz wspomniany w ogóle nie pozostaje w żadnym bezpośrednim związku z torebką stawową, lub ścięgnistą, a jest tylko wytworem przeobrażenia śluzakowatego tkanki ścięgien lub okostnej. *Herman.*

Dr. P. Herz: **Przyczynek do wycinania żyły podskórnej odgoleniowej dużej** (*vena saphena major*) **sposobem Trendelenburga.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Autor wykonuje operacyę tę, zaleconą przez Trendelenburga przeciw żylakom, prowadząc cięcie poprzeczne na zewnętrznej powierzchni uda, na granicy między dolną a środkową częścią. Operując tak, wyszukać można wszystkie gałęzie tej żyły i wyciąć je; pozostawienie ich bowiem było powodem nawrotów cierpienia w wielu przypadkach. *Herman.*

VI. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Boinet (Marsylia): *Czynności nadnercza.* Nadnercza u szczurów leżą tak ruchomo i przystępnie, że je od strony grzbietu z łatwością wyciąć można; po wykonaniu takiej operacyi niektóre zwierzęta żyły jeszcze przeszło rok. Na kilkaset podobnych zabiegów 20 razy rozwinęła się następowo choroba Addisona; znaleziono czarny i brunatny barwik we krwi, komórkach i narządach wewnętrznych (wątrobie, śledzionie i gruczołach).

Sansoni i Serono: *O zatruciu fosforem.* W przypadkach ostrego zatrucia fosforowego znacznie się zwiększa tłuszcz wątroby, pochodzący z wyższych kwasów tłuszczowych. Jedna część tłuszczu tworzy się skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia samej wątroby prawdopodobnie przez zniszczenie tłuszczorodnych istot (lecytyny, białka): daleko zaś większa część pochodzi z kwasów tłuszczowych, ale nigdy ze zwykłej podściółki tłuszczowej.

Blum (Frankfurt n. M.): *Nowe, na doświadczeniach oparte, drogi, prowadzące do rozpoznania i leczenia chorób, wynikłych z samozatrucia.* W ustroju tworzą się zawsze pewne jady, które w prawidłowych warunkach bywają niszczone przez gruczoł tarczykowy, lub co najmniej pozbawione swych szkodliwych własności. Istota i ilość tych jadów, powstających najprawdopodobniej w przewodzie pokarmowym (enterotoksyny), wytwarzają się z gnicia istot białkowatych i są też zależne od drobnoustrojów, owo gnicie sprowadzających. Jeśli ustaje czynność gruczołu tarczykowego, a „enterotoksyny“ mogą bezkarnie rozwinąć swój wpływ na ustrój, wówczas wytwarzają się ciężkie zaburzenia, z któremi bez wyjątku łączą się także zmiany anatomiczne w poszczególnych narządach. W przypadkach gwałtownego przebiegu choroby zmienia się tylko układ nerwowy ośrodkowy, skoro zaś enterotoksyny wywierały swój zgubny wpływ, można również stwierdzić zmiany w nerkach w postaci miąższowego zwyrodnienia, lub (najczęściej) bujania tkanki łącznej i nacieku naokoło kłębków (*nephritis autointoxicatoria*). (Prelegent okazuje preparaty). Owe, do doświadczeń użyte zwierzęta, które wyzdrowiały bądź samoistnie, bądź skutkiem odpowiedniego leczenia (mimo usunięcia gruczołu tarczykowego), posiadają w swej krwi ciała ochronne, przeciwdziałające jadowitym enterotoksynom. Wyniki tych doświadczeń wykazują z wielkiem prawdopodobieństwem, że i u ludzi większa ilość cierpień, aniżeli dotychczas przyjmowano, stoi w przyczynowym związku ze zmianami w przewodzie pokarmowym i niedostateczną czynnością gruczołu tarczykowego. upraszczają jednak dotychczasowe pojęcie o istocie niektórych chorób tego gruczołu. Także i wskazówki lecznicze dadzą się z nich wysnuć.

Launois i Loeper: *Tętno nad żyłą odgoleniową (saphena) przy niedomykalności zastawki trójdzielnej.* U 41-letniej kobiety ze zwężeniem lewego ujścia żylnego na tle gośćca stawowego pojawiły się skutkiem nadmiaru pracy objawy niedomykalności zastawki trójdzielnej, rozstrzeń prawego serca, tętnienie żył szyjnych (*Jugularpuls*) i wątroby, nadto skurczowe tętno nad żyłą odgoleniową i innemi żyłami kończyn dolnych. Skurczowa cecha tętna żyły odgoleniowej odróżnia je wielce od tętna wszystkich innych żył, jak to prelegenci okazują obrazowo na liniach krzywych. Wytworzenia się tego objawu nie można odnieść do zmniejszonego parcia śródżylnego, lecz trzeba wyłącznie kłaść na karb braku zastawek w zakresie żyły głównej niższej (*v. cava inferior*), której tętnienie jest stałym znakiem niedomykalności zastawki trójdzielnej (Friedreich). Natomiast brakują szmery i pomruk (frémissement) nad żyłą udową i odgoleniową, pojawiające się u osób niedokrewnych, chociaż dotykiem stwierdzić można wsteczne falowanie. Przytoczone objawy obwodowe upośledzonego krążenia są w każdym razie pomyślniejsze, aniżeli środkowe, albowiem zapobiegają, przynajmniej przez pewien czas, zastojowi w narządach brzusznych, a szczególnie w nerkach.

Rozprawy: Jako ciekawy szczegół opisanego przypadku uważa Potain brak obrzęków, dający się wyjaśnić nieistnieniem przeszkód dla żylnego odpływu.

Bernheim (Paryż): *Gruźlica a kiła.* U 43 chorych stwierdził prelegent wikłanie się tych dwóch chorób — okoliczność, która się nie wyda dziwną, jeśli się zważy częstość ich występowania; można powiedzieć, że kiła przysposabia grunt dla gruźlicy, szczególnie dlatego, że wytwarza wrota, przez które prątki dostają się do ustroju. Zgubny wpływ wywiera kiła w późniejszych okresach gruźlicy. Jeżeli sprawa się ma na odwrót, t. j. jeśli gruźlica przyłącza się do już istniejącej kiły, należy w pierwszym i drugim okresie rokować ostrożnie, w trzecim rokowanie jest dobre, albowiem jad kiłowy się wyczerpał. Suchotnicy kiłowi źle znoszą rtęć w pierwszym i drugim okresie choroby; dlatego trzeba najpierw poprawić higieniczne i dyetetyczne warunki, nim się zastosuje leczenie rtęcią, które nadto należy powtarzać w większych odstępach czasu.

Barié: *Złośliwe zapalenie wsierdzia w przebiegu ostrego gośćca stawowego.* Pojawienie się złośliwego zapalenia wsierdzia (*endocard. maligna*) w przebiegu ostrego gośćca stawowego jest rzadkiem zjawiskiem: prelegent podaje dwa tego rodzaju przypadki o zejściu niepomyślnem. W pierwszym badanie pośmiertne wykazało świeże brodawkowate zapalenie wsierdzia (*endocard. verrucosa*) na zastawce dwudzielnej, ostrą rozstrzeń serca i zapalenie mięśnia sercowego: w drugim nie znaleziono żadnych wyraźnych zmian anatomicznych, wobec czego należy myśleć o zakażeniu krwi drobnoustrojami gośćca stawowego i ich jadem, lub też o następowem zakażeniu po pierwotnem zapaleniu wsierdzia. Wreszcie podane przypadki wykazują, że społeczno-higieniczne warunki chorych (złe odżywianie się, nadmiar napojów wyskokowych) powiększają skłonność do tych ciężkich cierpień sercowych.

Eid (Kairo): *Ciężkie zmiany na zastawkach serca po nadużywaniu tytoniu.* Prelegent podaje 3 przypadki ciężkich zmian zastawkowych, które się zakończyły śmiercią. Z uwagi, że sekcya nie odkryła żadnych przyczyn wyjaśniających, przyjęto jako źródło choroby nadmierne palenie tytoniu i cygar, zwyczaj zresztą w Egipcie bardzo rozpowszechniony.

Rozprawy: Rendu (Paryż) spostrzegał bardzo często na Korsyce (gdzie również wiele palą) przypadki dusznicy bolesnej, powikłanej z wadami zastawkowemi, dla której również wykryć nie można innych przyczyn.

Paulesco (Paryż): *O leczeniu tętniaków tętnicy głównej żelatyną.* Prelegent, omawiając metodę leczenia tętniaków podaną przez siebie i Lancereauxa, a zasadzającą się na podskórnem wstrzykiwaniu żelatyny, donosi o kilku pomyślnym skutkiem uwieńczonych przypadkach chorobowych. Dla lepszego wyjaśnienia działania okazuje preparat wielkiego worka tętniakowego, wypełnionego prawie w zupełności skrzepami włóknikowymi.

Fornario (Kairo): *Ostra rozstrzeń serca w przebiegu zimnicy.* Na 55 przypadków zimnicy, stwierdzonej przez badanie krwi, 13 razy rozpoznał prelegent ostrą rozstrzeń serca, udowodnioną nadto Roentgenowskiem prześwietlaniem. Z objawów klinicznych występuje na pierwszy plan osłabienie serca, rozwijające się i ustępujące równocześnie z obrzękiem śledziony i wątroby przy każdym napadzie zimnicy, niezależnie od podniesionej ciepłoty. Jasnej przyczyny nie można dotychczas wykazać; prawdopodobnie jest rzeczona rozstrzeń następstwem trującego jadu pasorzytów zimniczych.

Rummo (Palermo): *Opadnięcie serca (Cardioptosis).* Rummo opisuje opadnięcie serca, jako nowe samoistne cierpienie: serce się obniża, względnie opada, skutkiem pierwotnego zwiotczenia więzadeł: związku z opadnięciem jelit tu niema żadnego, albowiem jedno bez drugiego może występować niezawiśle: ostatni szczegół odnosi się także do zwapnienia tętnic. Do rzeczonego cierpienia są skłonni ludzie o smukłym kośćcu, podłużnej klatce piersiowej, słabych mięśniach i skąpej podściółce tłuszczowej. Opadnięcie serca może być częściowe lub zupełne, przyczem serce opiera się o przeponę, przechylając się wówczas na stronę lewą. Skutkiem takiej zmiany powiększa się tętnica główna, a zwłaszcza jej łuk, tony nad wielkiemi ujściami są słyszalne w 3-cim lub 4-tym przestworze międzyżebrowym, a półksiężycowata przestrzeń Traubego zmniejsza się; czasem obniżają się także lewy płat wątroby i granice płuc, podobnie jak przy rozedmie. Z objawów podmiotowych zasługują na uwagę: uczucie ucisku w piersiach, trwoga, brak tchu, bicie serca, dusznica bolesna, przyspieszenie lub zwolnienie tętna i liczne, atoli niestałe, objawy neurasteniczne. Cierpienie jest dziedziczne lub wrodzone. Jako przyczynę uważać należy — jak wspomniano — zluźnienie elastycznej tkanki naczyń, szczególnie tętnicy głównej.

Huchard (Paryż): *Niemiarowość (arythmia) serca.* Na tle zwapnienia tętnic odróżnia prelegent dwie postacie niemiarowości serca: *a)* napady niemiarowości okresowo i nagle występujące o nieregularnych uderzeniach serca, w międzyczasie zaś prawidłowa czynność serca; *b)* utajone, nieznaczne rozwijanie się niemiarowości, trwające całemi latami, nie wywołujące żadnych czynnościowych zaburzeń, aż dopiero grypa, wzburzenie umysłowe, błąd dyetetyczny i t. p. stają się przyczyną braku tchu i bicia serca. Właśnie ta ostatnia postać może być bardzo niebezpieczną już z tego powodu, że naparstnica nań wcale nie działa, a powtóre — stan po niej się pogarsza; prelegent spostrzegał, że po małych dawkach następowała śmierć chorego. (C. d. n.)

VII. Woda z wodociągu krakowskiego.

Z powodu licznych skarg na wodę wodociągową, jakie do nas dochodziły zaraz po otwarciu wodociągów do publicznego użytku, osobliwie z miejsc odległych od środka miasta, został przeprowadzony w Zakładzie do badania środków spożywczych rozbiór wody, pochodzącej z trzech różnych studni, położonych na przedmieściach, w których to studniach woda była istotnie z początku nieco zanieczyszczona. Wyniki tego badania, dokonanego przez p. Józefa Hetpera, podane są w załączonej tablicy i zestawione z wynikiem rozbioru, przez niego dokonanego bezpośrednio po otwarciu wodociągu. Pierwszy rozbiór dokonany był najszczegółowiej.

Dzień i miejsce zaczerpnięcia wody		Z kurka c. k. Zakładu. Ul Strzelecka, 9. — Czerpana przy badaniu.	Ze studni: Ulica Strzelecka—Lubicz, około 11-ej rano 22/3 1901	Ze studni: ul Zwierzyniecka—Retoryka, około 11-ej rano 22/3 1901	Ze studni: ul. Sobieskiego—Siemiradzkiego, około 11-ej rano 22/3 1901
Data rozbioru chemicznego		Koniec lutego 1901, bezpośrednio po otwarciu wodociągu	22—23 marca 1901	22—23 marca 1901	22—23 marca 1901
Cechy zewnętrzne		czysta	czysta	czysta	czysta (b słabo opalizująca
Pozostałość suszona w ciepłocie 100°C	Miligramów w 1 litrze wody	378·8	375·0	376·0	377 5
Pozostałość wyżarzona i zamieniona w węglany		—	345 0	34 0	342 5
Utrata przy żarzeniu		—	30·0	36 0	35·0
Wapno (CaO)		149 8	—	—	—
Magnezya (MgO)		17·5	—	—	—
Amoniak		nie ma	nie ma	nie ma	nie ma
Chlor		16·0	16 0	16·0	16 0
Kwas azotawy		nie ma	nie ma	nie ma	nie ma
Kwas azotowy		2·6 met. Schulzego (ślady)	ślady	ślady	ślady
Kwas siarkowy		17·5 (ślady)	ślady	ślady	ślady
Kwas krzemowy		12 0	—	—	—
Ciała organiczne redukujące (ilość kameleonu w mg.)		1 mg.	1 3 mg	1 mg.	1 mg.
Twardość z alkaliczności		7·8° niem.	7·5° niem.	7·5° niem	7·5° niem

Z zestawienia tego widać, że skład chemiczny wody wodociągowej jest obecnie wszędzie prawie zupełnie jednostajny i z higienicznego punktu widzenia zupełnie zadowalniający. Zanieczyszczenia wody, jakie się tu i owdzie zaraz po otwarciu wodociągu spotykały, pochodziły od niedostatecznego przepłókania bocznych rozgałęzień rur w domach, nie zaś z głównej sieci rur w mieście. Słaba opalizacya wody z ulicy Sobieskiego pochodzi też zapewne jeszcze od tejże przyczyny, pomimo to skład jej nie różni się od innych.

A. Wróblewski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Doc. L. Korczyński miał odczyt p. t. »Pogląd na rozwój i obecne stanowisko organoterapii.« (Część II).

Lwów. Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 29 marca posiedzenie naukowe, na którem kol prof. Rydygier przedstawił 9-letniego chłopca po operacyi raka odbytnicy i przypadek choroby Glenarda, leczony operacyjnie. Kol. Ruff mówił o *spondylosis ankylotica* i demonstrował odnośnego chorego. Kol. prof. Beck okazał przyrząd, oznaczający ruchy serca. Kol Slęk demonstrował ciało obce, wydobyte z przełyku, oraz niektóre ciekawsze zdjęcia Roentgenograficzne.

* Towarzystwo Samopomocy lekarzy rozesłało odezwę, na którą zwracamy uwagę Czytelników naszych. Czyniąc zadość swej nazwie »samopomocy,« a przedewszystkiem istotnej i jedynej racyi swego istnienia, Towarzystwo w odezwie wskazuje przyjęcie przez Komitet agentury ubezpieczeń na życie, jako jedno z obfitych źródeł wytworzenia funduszu zapomogowego. Odezwa zawiera szczegóły liczbowe i wymienia korzyści, jakie odniosą członkowie Towarzystwa samopomocy, o ile czynnem poparciem przyczynią się do utworzenia takiego funduszu.

Cel odezwy jest tak jasny, korzyści dla członków tak namacalne, a współudział ich w zamierzonem dziele tak łatwy, że właściwie odezwa Komitetu Tow. samopomocy lekarzy, o której piszemy, poparcia nie potrzebuje, a wystarczy ją przeczytać i zważyć własny interes, ażeby wspólnie z Komitetem przystąpić do jednego z szczęśliwie pomyślanych dzieł »samopomocy.«

* Sprawozdanie z czynności pracowni chemicznej miejskiej za r. 1900, zestawione przez Doc. Dr. J. Lembergera, objaśnia nas w dwóch kierunkach: poucza o rozmiarach działalności tej instytucyi, oraz ostrzega publiczność, które mianowicie pożyczki bywają najczęściej fałszowane, w jakim stopniu i jakim sposobem.

Przytoczymy tylko szczegóły, odnoszące się do pożywek powszechnie używanych. Mleka badano 1589 próbek. z tych 527 uznano za nieodpowiednie, co czyni 33%. Mleko w mleczarniach podlega tym samym zarzutom, co i mleko targowe tak, że »w Krakowie bardzo trudno o dobre mleko niezmięszane.« Śmietanki badano próbek 490, z tych było nieodpowiednich 295. tj. 60%. Masła badano 762 próbek, uznano za nieodpowiednie 196, co odpowiada 25·4%; 49 próbek (6·4%) były czystą margaryną lub zawierały tylko domieszkę margaryny. W ogólności powiada sprawozdawca »masła krakowskie są bardzo liche.« W końcowym ustępie sprawozdania czytamy: »przetwory mleczarskie krakowskie pozostawiają wiele bardzo do życzenia; na 2841 próbek uznano za nieodpowiednie 1018 (36%). Na 2841 próbek badanych, tylko 84 (2·9%) pochodziły od osób prywatnych; mały zatem zastęp publiczności krakowskiej uznaje potrzebę kontrolowania towaru zakupionego; większość zaś przyjmuje wszystko, nawet towar lichy płacąc drogo.«

Wreszcie Doc. Dr. Lemberger nawołuje do poprawy stosunków na targu spożywczym, do czego, powiada słusznie, »przyczynić się mogą jedynie częste rewizye i liczne badania; aby to mogło być należycie wykonane, potrzeba koniecznie ustanowienia komisarza targowego, odpowiednio ukwalifikowanego, któryby działał z chemikiem miejskim wspólnemi siłami.«

* Kursy naukowe dla ubiegających się o posady egzaminowanych komisarzy targowych odbędą się w Wiedniu, w czasie poświą-

tecznym. Wykładane będą: a) mikroskopowe oględziny mięsa; b) o pożywieniu roślinnem i rozpoznawaniu grzybów jadowitych; c) technologia chemiczna.

Kursy mikroskopowych oględzin mięsa odbywać się będą w wojskowej szkole weterynaryi od 22 kwietnia do 4 maja codziennie, z wyjątkiem niedziel i dni świątecznych od $^{1}/_{2}$11 do $^{1}/_{2}$1 przed południem. Wykładać będzie prof. J. Csokor. Kursy o pożywieniu roślinnem itd., oraz technologia chemiczna ludzkiego pożywienia wykładane będą od 22 kwietnia do końca lipca w poniedziałki, środy i piątki od godz. 3 do 5 popołudniu w c. k. Zakładzie dla badania środków spożywczych. Wykłady o pożywkach roślinnych obejmie pod kierunkiem prof. M. Grubera Dr. J. Hockauf; chemiczną zaś technologię pożywienia ludzkiego Doc. Dr. G. Schacherl.

* Dr. Stan. Konera, lekarz szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany został dyrektorem szpitala w Lubaczowie.

* Dr. J. Markiewicz mianowany został lekarzem okręgowym w Ciśnie.

* Rada miejska w Wadowicach nadała posadę lekarza miejskiego Stanisławowi Zędzianowskiemu, lekarzowi okręgowemu w Andrychowie.

* Na wezwanie ministerstwa spraw wewnętrznych, Najwyższa Rada zdrowia dała określenie pojęcia »praktyka lekarska« w rozumieniu instytucyi Izb lekarskich. Według Najwyższej Rady zdrowia prawa Izb lekarskich obejmują z tytułu „praktyka lekarska“ nietylko lekarzy, ciągnących swe dochody z leczenia, lecz i wszystkich tych, którzy posiadają wszelki inny zarobek, będący wynikiem praw nabytych dyplomem doktora medycyny.

* VIII-my międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Wiedniu od 9 do 14 kwietnia b. r.

* IV-ty Kongres niemieckiego Towarz. ginekologicznego odbędzie się w Giessen od 29 maja do 1 czerwca b. r.

* Pojedyńczych faktów nie należy uogólniać, więc nie wyciągamy żadnych wniosków z dwóch zajść, które miały miejsce w świecie studentek paryskich. Pierwszym był zamach Wiery Gelo czy Żyło na sędziwego profesora Deschanela w obronie wrzekomo poszkodowanej czci; inna znowu studentka, Olga Dragomirówna, rozpisała do profesorów listy z pogróżkami, że pomści swoją cześć, na którą właśnie nastają profesorowie; skarży się ona przed władzą, że profesorowie hipnotyzują ją i z odległości robią z jej ciałem i duszą, co im się podoba, a »nie dalej, jak 3 dni temu, byłam, powiada, zgwałconą, a było to zgwałcenie hipnotyczne, z wielkiej odległości« itd. Rzecz jasna, że obie te studentki są chore i niepoczytne; wobec jednak pytania, czy układ nerwowy kobiety zniesie bez szkody dla jej zdrowia ogrom pracy umysłowej, do której ona się w naszych czasach tak garnie, statystyka społeczna winna zapamiętać te dwa spostrzeżenia.

Błąd druku. W artykule Dra Cięglewicza (Nr. 13), w końcowym ustępie (czwarty wiersz od dołu), w miejsce *również*, ma być: niż.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Port mian. został prof. nadzwyczajnym dentystyki w Heidelbergu. Dr. Robinson został prof. anatomii w Londynie. Dr. Marfori mian. został prof. zwyczajnym farmakologii w Padwie.

Nekrologia.

Dr. Fryderyk Simon, adjunkt w lwowskiej Akademii weterynaryi, zakończył życie w ostatnich dniach z. m. we Lwowie. Nauki lekarskie odbył zmarły w Uniw. Jagiell., następnie pracował w instytucyach naukowych, mianowicie w krakowskiej klinice lekarskiej, w szpitalu św. Ludwika, w zakładzie weterynaryi, zkąd w stopniu adjunkta Akademii weterynaryi przeniósł się do Lwowa, gdzie dokonał życia. W Krakowie ogłosił rozprawę p. t. »O rozpoznawaniu duru brzusznego z surowicy krwi chorego, zapomocą bulionowej hodowli prątka Ebertha«. Schodząc z tego świata pozostawił wzór człowieka nieskazitelnego charakteru, wyższego umysłu i wielkiego serca. Pamięć jego pozostanie wiecznie w zasłużonej i należnej mu czci.

Zmarli: Dr. Władysław Suryn — w Witebsku, w 47 roku życia. Dr. Kazimierz Judycki — w Peterhofie, licząc lat 51. Prof. chirurg. Marcherano — w Palermo.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 13: Dobrzycki: Puch i pierze, jako roznosiciele chorób zakaźnych, oraz aparat Lorcha do racyonalnej dezynfekcyi. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku (dok.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 13: Zembrzuski: Przypadek wydalenia błony śluzowej przełyku po oparzeniu ługiem żrącym. Higier: Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerolicae,« oraz t. zw. »gangrenae spontaneae« (c. d.). Bernhardt: Przyczynek kliniczny i anatomiczny do nauki o późnym syfilisie skóry (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13: Chalupecký: Další příspěvek ku známosti erythropsie. Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Elgart: Profylaxe tyfu skvrnitého.

— *La Presse médicale* Nr. 24: Achard: Postępy badania klinicznego w XIX stuleciu. Gourmont: Ospa w Lugdunie. Dłuski i Majewicz: Chorzy na gruźlicę i ich żołądek. Nr. 25: Vaquez: Sero- i cytoterapia. Martinet: W jakim celu poleca się przetwory jodu i w jakim kierunku szkodzić one mogą.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13: Sihle: Przyczynek do patologii i teoryi połowiczego bolu głowy. Preindlsberger: Przypadek zaćmy po rażeniu od pioruna. Beer: O pierwotnym narządzie wzrokowym (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13: Marckwald: Przyczynek do etyologii i doświadczalnego wywołania marskości wątroby. Ullmann: Przypadek postaci mięszanej marskości wątroby z przebiegiem ostrym. Hess: O plasmonie i troponie. Papasotirin: Wpływ węgla na prątki gruźlicze. Panse: Narząd równowagi i słuchu u myszy japońskich. Spiess: Ciało obce w płucach. Diehl: Osobliwy przypadek ciała obcego w przewodzie oddechowym. Reibmayr: O naturalnej odporności u rodzin gruźliczych. Moritz: Sprawozdanie z pokliniki lekarskiej w Monachium z r. 1900.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13: Laurent: Nefrotomia z powodu broczenia z nerki, uległej krwotocznemu zapaleniu. Ransom: Saponina i jej odtrutka. Fraenckel: Epidemia duru w Getyndze latem 1900 r. (dok.). Hellendall: Doświadczalne nakłócia lędźwiowe dla wykazania prątków gruźliczych. Fast: Godny uwagi przypadek tętniaka rozdzielającego (*an. dissecans*) aorty brzusznej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13: Ransom: Rozchodzenie się jadu tężcowego i antytoksyny przeciwtężcowej w żywem ciele zwierzęcia. Freund: Przypadek niedokrewności śledzionowej z nader licznymi jednojądrzastymi leukocytami neutrofilnymi. Ziegner: Przypadek samoistnego krwotoku w siatkówce i ciałku szklistem. Oppenheim: Przyczynek do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci (dok.).

Nowe książki.

Gerber: Atlas chorób nosa, zatok sąsiednich i jamy nosowo-połykowej. Zeszyt 1-szy, wszystkich zeszytów będzie sześć. Berlin. Jeannel: Chirurgia jelit, wydanie drugie, przerobione i powiększone zawiera 657 stron i 694 rysunków. Cena 20 franków; Paryż.

Redakcya otrzymała:

Ołtuszewski: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy, oraz obecne jej zadanie. Łuniewski: Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce. Haudek: O wskazaniach leczniczych zapomocą operacyj i przyrządów ortopedycznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 13 Kwietnia 1901. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki.

I. W sprawie swoistej przyczyny tak zwanej botryomykozy u człowieka*).

Podał

Docent prywatny **Dr. R. Barącz** we Lwowie

(według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lek. lwowskiego w dniu 15 marca b. r.).

Jak wiadomo, w r. 1897 wynaleźli Poncet i Dor[1]) w małych charakterystycznych guzkach na palcach i na dłoni u człowieka swoiste bakterye tak zw. *botryomyces* albo *botryococci*, które oni uważają jako przyczynę tej choroby i których nie należy uważać za gronkowce. Przytoczeni autorowie sądzą, że drobnoustroje te są identyczne z drobnoustrojami, znalezionymi w grzybie po trzebieniu u koni, i nazwanymi przez Bollingera *botryomyces* (Βοτρύς grono, μύκης grzyb).

Botryomyces przedstawia się według opisu Johnego, Rabego i Kitta w hodowli w postaci koków o średnicy 1 μ, podobnych do gronkowca, które jednak w tkankach układają się w postaci kolonij, o średnicy 5—6 μ, zabarwionych żółto i układających się w kształcie grona. *Botryomyces* zagnieżdża się przedewszystkiem u koni w worku mosznowym, powrózku nasiennym i w gruczole piersiowym; jednak zauważono także upowszechnienie się choroby. Spostrzeżono w tkankach u koni 2 postacie: zapalną i nowotworową; w tej ostatniej postaci choroby zauważono guzy twarde wielkości, orzecha laskowego i większe, t. zw. „mycofibromata". Opisane wyżej kępki kolonij znaleziono nie tylko w preparatach histologicznych, ale także w ropie.

Na dowód prawdziwości swojego twierdzenia, że wyżej wspomniane uszypułkowane obrzęki na palcach i dłoniach u człowieka zawdzięczają swoje powstanie botryokokom, przytaczają Poncet i Dor przypadek dokładnie spostrzeżony i badany klinicznie, bakteryologicznie i drobnowidowo, w którym udało się im przez wstrzyknięcie hodowli, pochodzącej z ludzkiego obrzęku na palcu, wywołać u oślicy podobny obrzęk w przeciągu kilku tygodni; obrzęku tego jednak histologicznie nie zbadano. Prócz tego opisują ci autorowie 2 dalsze przypadki własne, w których spostrzegano podobne uszypułkowane obrzęki, raz na dłoni *(thenar)* w pobliżu stawu śródręczno-palcowego, drugi raz poniżej wyrostka barkowego *(acromion)*; autorowie ci uważają i te obrzęki jako „botryomycomata", pomimo że nie badano tych obrzęków ani bakteryologicznie ani histologicznie! Przytaczają oni także przypadek Fabera i Ten Siethoffa[2]), opisany jako botryomykoza powieki, w którym nie wykonano ani hodowli, ani szczepień; badanie histologiczne preparatu z tego przypadku wykazało jednak znaczną ilość mikrokoków obok leukocytów; mikrokoki te miały nie typowy charakter botryokoków.

Prócz tego przytaczają nareszcie wspomniani autorowie przypadek Pollosona[3]), opisany jako botryomykoza dłoni, w którym nie wykonano ani szczepień, ani hodowli, w którym jednak badanie histologiczne wyciętego guza (brodawczak) dało podobny obraz, jak u Ponceta i Dora; pomimo to nie można było zabarwić pasorzyta w tkankach ani sposobem Grama ani Ziela.

Z powyższego okazuje się, że Poncet i Dor na podstawie badań histologicznych i hodowli jednego przypadku brodawczaka palca oparli swoje twierdzenie, jakoby wszystkie uszypułkowane malinowate guzy na palcach u rąk i na dłoni u człowieka należało uważać, jako jedną sprawę chorobową, wywołaną przez botryokoki. Dor zalicza histologicznie te guzy do gruczolaków włóknistych *(fibroadenoma)*, których punktem wyjścia mają być gruczoły potne.

Tymczasem pojawiła się rozprawka Sabrazesa i Laubiego[4]), w której autorowie ci, na podstawie badań w 2 klinicznie spostrzeżonych przypadkach uszypułkowanych guzów uklejowatych na dłoni i palcu u ludzi, nie mających nic do czynienia z końmi, przyszli do przekonania, że *botryococcus* nie jest powodem choroby! Z obu przypadków wyhodowali oni żółtego gronkowca ropotwórczego, którego uważają za przyczynę choroby. Autorowie ci przytaczają swoje oba przypadki na dowód przeciw swoistości drobnoustrojów botryomykozy, nie przeprowadzili jednak doświadczeń na koniach. W ogniskach ropnych przedstawił się gronkowiec żółty, jako skupienie koków, które autorowie uważają za identyczne z botryomyces.

Zachęcony spostrzeżeniami Ponceta i Dora postanowiłem w najbliższym nadarzającym się przypadku usku-

*) Rękopis tego artykułu Redakcya otrzymała 13 marca b. r.

[1]) Por. Poncet et Dor: Botryomycose humaine. Congrès français de chirurgie, 1897 i »Lyon médical« 1897, 1898, oraz Poncet, Berard: Traité clinique de l'actinomycose humaine, pseudo-actinomycose et botryomycose. Paris 1898. str. 348 i inn.

Louis Dor: Anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine et équine. Congrès francais de chirurgie 17—22 Octobre 1898. »Revue de chirurgie« 1898, 18 Tom, str. 1085.

Poncet et Dor: La botryomycose. Champignons de castration du cheval et tumeurs framboesiformes pédiculées de doigts et de la main chez l'homme. Archives générales de médecine. Tome III. 1900, luty i marzec.

[2]) Botryomykose des Oogleden. Nederlandske Oogheelkundige Bidjdragen; lipiec 1897.

[3]) »Lyon médical« 1897, 30 styczeń.

[4]) Sabrazès et Laubié. Non spécificité de la botryomycose. »Archives générales de médecine« 1899, listopad.

tecznić o ile możności dokładne badania, ażeby się samemu przekonać o swoistości t. zw. *botryomyces*.

Obrzęk podobny napotkałem najpierw w listopadzie 1899 r. na powiece dolnej u czarnej kotki, przy sposobności wykonania operacyi u pewnego chorego; guz był wyraźnie uszypułkowany, wielkości, kształtu i barwy maliny. Dostała go kotka przed rokiem, kilka razy zdrapała, ale guzek zawsze odrastał i powiększał się podczas każdej ciąży. Gdy atoli po pewnym czasie chciałem guzek wyłuszczyć do badań, dowiedziałem się, że kotka zdechła przy ostatniej ciąży. Wkrótce jednak mogłem spostrzegać podobny guz u człowieka.

Panna J. K. 12-letnia, ze Lwowa, zauważyła w końcu lipca 1900 roku na stronie grzbietowej wielkiego palca u ręki lewej czerwony pryszczyk wielkości soczewicy. Pryszczyk ten wzrastał stopniowo i zamienił się powoli w guz uszypułkowany. Przy najlżejszym urazie występowało z guza krwawienie, a w ostatnich czasach występują w nim rwące bóle.

Chora zgłosiła się do mnie 27 listop. 1900. Badanie wykazało: osoba wątle zbudowana, jednak o cerze twarzy zdrowej. Na grzbietowej stronie wielkiego palca ręki lewej znajduje się w środku pierwszego członka sino czerwono zabarwiony guzek, wielkości sporego grochu, kształtu gruszkowatego, w dotyku wilgotny, przy obmacywaniu twardy, wiszący na szypułce o średnicy mniej więcej 3 mm, ruchomy, gruszkowatym swoim końcem ku obwodowi zwrócony i nieco przypłaszczony.



Skóra palca jest w miejscu, na którem spoczywa guzek, nieco zmacerowana, biała. Wśród ostrożności aseptycznych i przy znieczuleniu kokainą wycięto guzek wraz z szypułą w częściach zdrowych, ranę spojono 3-ma szwami. Ranka zgoiła się wprawdzie *per primam*, jednak blizna wkrótce rozpadła się i powstał wrzodzik, który zabliźnił się wreszcie dnia 24—XII po dwukrotnem przyżeganiu kamieniem piekielnym.

Uzyskany preparat przecięto na dwoje wśród ostrożności aseptycznych; połowę preparatu stwardniono w 10% rozczynie formaliny i z drugiej połowy wyduszono sok przez rozgniecenie pincetą wyjałowioną; z soku tego sporządzono preparaty drobnowidowe i założono hodowle [5]). Hodowle założono na 3 agarach za pomocą metody frakcyonowania i na płytkach żelatynowych. Na obu tych pożywkach powyrastały kolonie dwojakiego rodzaju: jedne mniejsze, odpowiadające koloniom łańcuszkowca, drugie większe ,odpowiadające koloniom gronkowca ropotwórczego białego. Preparaty drobnowidowe jakoteż następowe przeszczepienia wykazały, że pierwszy rodzaj kolonij rzeczywiście wytwarza łańcuszkowca *(streptococcus pyogenes)*, w drugim zaś rodzaju znaleziono mikrokoka, niczem się nie różniącego od gronkowca białego *(micrococcus pyogenes albus)*, chyba tem tylko, że rozpuszczał żelatynę nieco powolniej. Osłonki żadnej nie znaleziono ani na preparatach, sporządzonych wprost z guza, ani też na sporządzonych z hodowli.

Równocześnie dokonano szczepienia na zwierzętach wśród ścisłych ostrożności aseptycznych. Do doświadczeń użyto psa, dwa koty i konia. Psu wstrzyknięto w 4 miejscach czystą hodowlę bulionową 5-cio dniową gronkowca białego, wyhodowaną z guza, w skórę obu powiek dolnych i w skórę brzucha w 2 miejscach symetrycznych po 1 ctm. sz. Podobnie 2 młodym kotom wstrzyknięto w powiekę dolną i w skórę brzucha po $1^1/_2$ ctm. sz. czystej hodowli; koniowi wstrzyknięto 3 ctm. sz. tej samej hodowli w skórę napletka.

U psa nastąpiło wessanie we wszystkich miejscach wstrzyknięć, również u kotów na powiekach. U jednego kota nastąpiła rozległa zgorzel skóry brzucha w miejscu wstrzyknięcia, a po oddzieleniu się skóry powstało rozległe owrzodzenie. U drugiego kota utworzył się najpierw twardy naciek, wielkości jaja gołębiego w powłokach brzucha w miejscu wstrzyknięcia, który następnie uległ wessaniu. U konia powstał w kilka dni po wstrzyknięciu ropień napletka, który otworzył się samoistnie i zabliźnił się trwale.

Badanie histologiczne preparatu stwardnionego w 10% rozczynie formaliny i zatopionego w celoidynie wykazało: budowa guza odpowiada zupełnie budowie miękiego włókniaka, składającego się z pasem tkanki łącznej, obfitującej w jądra, ułożonej wzdłuż przebiegu naczyń; pomiędzy zaś pasmami temi widać tkankę ubogą w jądra, bardzo podobną do tkanki śluzakowej. Cały prawie guzek i to głównie w powierzchownych częściach jest przeniknięty licznemi ciałkami białemi, jedno- i wielo-jądrzastemi, lub też z jądrem fragmentowanem (leuko- i limfo-cyty). Na samej powierzchni szypułki widać utrzymany naskórek z wszystkiemi charakterystycznemi i dobrze uporządkowanemi warstwami. Na zewnątrz od szypułki i na samym szczycie guza widzimy zamiast przyblonka warstwę, złożoną z grubych i cienkich beleczek włóknika, a w oczkach pomiędzy beleczkami liczne ciałka ropne.

Najbardziej powierzchowna część opisanej warstwy przedstawia się jako masa jednostajnie zabarwiona, bezpostaciowa (nekrotyczna). Na preparatach, zabarwionych metodą Grama, dają się wykazać głównie w tej ostatniej (nekrotycznej) warstwie szerokie kolonie koków, od których idą wypustki i do części głębszych opisanej błony wrzekomej (warstwy włóknikowej). W samej tkance nowotworowej nie znajdujemy koków.

Na podstawie przeprowadzonych badań bakteryologicznych i drobnowidowych w naszym przypadku okazało się, że z guza, wyglądającego klinicznie na botryomykoma, dał się wyhodować tylko paciorkowiec i gronkowiec biały.

Ostatni, przeszczepiony na zwierzęta, wywołał albo ropnie, albo też został wchłonięty bez żadnych szkodliwych następstw dla zwierząt, służących do doświadczeń. W tkankach nie znaleziono charakterystycznego ugrupowania drobnoustroju w grona (jak to Poncet i Dor opisują), tylko układ, właściwy gronkowcom.

Guz nie przedstawiał się również histologicznie jako włókniak gruczołowaty *(adenofibroma* Dor), ale jako włókniak śluzakowy *(myxofibroma)*; gronkowiec dał się wykazać w naszym przypadku tylko w warstwach powierzchownych.

[5]) Hodowle i preparaty histologiczne zawdzięczam uprzejmości Dr. Kučery, asystenta Zakładu anatomii patologicznej prof. Dra Obrzuta.

Z opisu mego przypadku wysnułbym następujący wniosek: Z guzów na palcach u człowieka, wyglądających klinicznie na botryomykoma, nie zawsze można wyhodować „botryomyces“, ale także paciorkowca, lub gronkowca białego, lub żółtego (Sabrazes i Laubie). Botryomyces nie jest zatem wyłącznym wywoływaczem wyżej opisanych uszypułkowanych guzków na palcach i dłoniach u ludzi, jak to twierdzą Poncet i Dor. Guzy te należy uważać histologicznie jako włókniaki śluzakowe *(fibroma myxomatodes)* uszypułkowane. Czy gronkowca białego, wyhodowanego w naszym przypadku, należy uważać za wywoływacza tej choroby, czy też on przypadkowo zagnieździł się w powierzchownych warstwach guza (co jest rzeczą prawdopodobniejszą), nie da się na podstawie moich badań rozstrzygnąć.

II. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

Przez **Dra Zygmunta Wąsowicza**, *b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

W ostatnich czasach powstał osobny dział piśmiennictwa o zdrojowiskach, zwłaszcza zagranicznych, w którym więcej w sposób fejletonowy i poetyczny, niż naukowy i przedmiotowy, przedstawiane są wskazania lecznicze pewnych zdrojowisk do całego szeregu najróżniejszych schorzeń tak, iż odnosi się wrażenie, jakoby wszystkie zdrojowiska były odpowiednie do leczenia wszystkich chorób. Przeciw takiemu sposobowi podnoszenia zalet pewnych zdrojowisk możnaby nie czynić zarzutu, o ileby on dotyczył chorób nerwowych, bo rzeczywiście dla nich niema i nie może być w ścisłem słowa znaczeniu zdrojowisk swoistych, jakkolwiek i w tym dziale chorób dałoby się wskazać na liczne wyjątki. Dość przypomnieć, że znaczna część cierpień układu nerwowego zawdzięcza powstanie swoje schorzeniom innych narządów lub upośledzonej przemianie materyi, jak n. p. chorobom krwi, dnie, moczówce cukrowej, otyłości i t. d., a w takich przypadkach łeczenie przyczynowe wymaga zastósowania leczenia tylko w pewnem, odpowiedniem zdrojowisku. Co się tyczy innych chorób przewlekłych, to jakkolwiek każde zdrojowisko przedstawia bez porównania lepsze niż w domu warunki dla leczenia, w wyborze odpowiedniego i korzystnego dla chorego zdrojowiska powinny rozstrzygać w równej mierze tak jego przyrodzone właściwości i środki lecznicze, jak nie mniej konieczne do leczenia pewnych spraw chorobowych urządzenia.

Przystępując do opisania wskazań do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy, opieram je właśnie na jej własnościach fizycznych i własnościach jej czynników leczniczych, z drugiej zaś strony na postępowych urządzeniach balneo-technicznych, jakie wprawdzie powolnie, ale z pewnym, dobrze obmyślanym planem zarząd zdrojowy wprowadza.

Poniżej przytaczam dość liczny szereg środków leczniczych w Krynicy, podając zarazem treściwą ich charakterystykę i sposób działania każdego z nich na ustrój; w ten sposób bowiem można już łatwo wskazać te stany chorobowe, w którychby one znalazły najlepsze zastósowanie.

Środki lecznicze w Krynicy są następujące: 1) wody mineralne krynickie; 2) kąpiele mineralne (z wody mineralnej krynickiej); 3) kąpiele gazowe suche; 4) kąpiele borowinowe; 5) wodoleczenie; 6) kąpiele słoneczne; 7) kąpiele elektryczne; 8) gimnastyka lecznicza; 9) przetwory odżywcze, wyrabiane w miejscu.

I. Wody mineralne krynickie.

Krynica posiada niezwykłą obfitość zdrojów mineralnych. Prof. Dr. Dietl wylicza ich w swym opisie Krynicy ośmnaście. Zostały one prawie wszystkie zbadane; znaczenie jednak i swój rozgłos zawdzięcza zakład w pierwszym rzędzie zdrojowi głównemu, około którego dzisiejsza Krynica powstała.

Prócz tego wprowadzono jeszcze w użycie zdrój Słotwiński i Józefa. Rozbioru chemicznego wody ze zdroju głównego dokonał w r. 1859 Aleksandrowicz; zdrój zaś Słotwiński rozebrał i opisał prof. dr. Stopczański w r. 1865.

Rozbiory te wykazują:

Składników stałych na 1000 części wody	Zdrój	
	Główny	Słotwiński
	według	
	Aleksandrowicza	Stopczańskiego
Węglanu sodowego	0·195426	0·571509
» potasowego	—	0·005589
» litowego	0·001231	0·001413
» wapniowego	1·389326	0·534404
» strontowego	0·000313	0·000161
» barowego	0·001953	0·002012
» magnowego	0·099185	0·730712
» żelazawego	0·028815	0·017722
» manganazawego	0·008016	—
Chlorku potasu	—	0·012998
» sodu	0·015278	—
Siarkanu potasowego	0·007546	ślad
» sodowego	0·.01454	ślad
Fosforanu glinowego	0·003864	0·001751
» wapniowego	0·002442	0·001403
Mrówczanu sodowego	0·000786	—
Propion. octan. maslan. sodow.	0·003332	—
Kwasu krzemowego	0·066784	0·027247
Istoty organicz. wyciąg.	0·035955	ślad
Ogółem części stałych	1·861695	1·907021
Kwas węgl. połączony z węglanami	0·757539	0·864911
Kwasu węgl. istotnie wolnego	2·450735	1·957547
Ogółem składników	5·069969	4·729479
Ciężar gatunkowy wody	1·00314	1·003258
Ciepłota wody	+7·8° C	+8·3° C

Ponowny rozbiór tych dwóch źródeł przez prof. Stopczańskiego, dotyczący tylko głównych składników, a ogłoszony w r. 1891 przez Zieleniewskiego w „Słowniku balneologicznym“, dowodzi prawie zupełnej stałości pod względem chemicznym tych szczaw krynickich. W rozbiorze tym ilość przeciętna głównych składników wynosi na 1000 części wody:

Nazwa składników	Zdrój Główny	Zdrój Słotwiński
Dwuwęglanu sodowego	0·2669	0·8454
» wapniowego	2·2388	0·9198
» magnezyi	0·3577	1·1614
» żelazawego	0·02996	0·0289
Kwasu węglowego zmiennie	1·54—2·99	1·95—2·45
co odpowiada	1513 cm³	1188 cm³

Na podstawie tych rozbiorów woda ze zdroju głównego jest szczawą wapniowo-żelazistą, ze zdroju Słotwińskiego zaś szczawą sodowo-magnezyowo-żelazistą.

W roku 1878 dokonał prof. dr. Karol Olszewski rozbioru chemicznego dwunastu zdrojów mineralnych w Kry-

nicy, a wyniki ogłosił w „Sprawozdaniu Komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności w Krakowie“, T. XVI. Rozbiory te przedstawiają się następująco:

Składniki obliczone na 1000 części wody						
Nazwa zdroju:	Zdrój Dudzika I obecnie Józefa	Zdrój Dudzika II.	Zdrój Oleśniewicza	Zdrój Palawy	Zdrój Sidora	Zdrój Nitribitta
Węglanu sodowego	0·02452	0·14437	0·02147	0·01822	0·24272	0·06045
» wapniowego	0·44032	0·62344	0·68957	0·70750	0·46544	0·91503
» magnowego	0·99550	0·51844	0·10115	0·10640	0·48812	0·24929
» barowego .	m. ślad	0·01285	—	—	0·00694	—
» żelazawego .	0·02812	0·01247	0·02532	0·01189	0·01139	0·01674
Siarkanu sodowego .	—	—	0·07	0·01066	—	—
Chlorku sodowego	m. ślad	zn. ślad	—	—	ślad	m. ślad
Kwasu krzemowego .	0·04198	0·05139	0·03467	0·03544	0·03055	0·02787
Składników stałych .	0·63045	1·36296	0·88168	0·91198	1·24566	1·26938
Składników stałych p. odp. otrz. . . .	0·69245	1·45576	0·86487	0.90720	1·28810	1·28181
Kwas węglowy istotnie wolny	nieszukan.	1·90824	nieozn.	1·75929	1·43623	0·73308
Ciepłota zdroju	14° C.	9° C.	8·8° C.	11° C.	9·2° C.	10·2° C.
Nazwa zdroju:	Zdrój Huściecha	Zdrój w Czerwon. Potoku	Zdrój w Czarnym Potoku	Zdrój Za Cerkwią	Zdrój Słotwiński II.	Zdrój Słotwiński III.
Węglanu sodowego .	0·08358	0·09111	0·01264	0·03608	1·91796	0·96853
» wapniowego	0·96537	0·80428	0·35846	0·37063	0·40587	0·38882
» magnowego	0·18286	0·15312	0·99737	0·10575	0·44779	0·28123
» barowego	—	—	—	—	0·02467	0·01908
» żelazawego	0·00896	0·01352	0·01983	0·01927	nieozn.	0·01021
Siarkanu sodowego	—	—	ślad	ślad	—	—
Chlorku sodowego	ślad	m. ślad	—	zn. ślad	0·02048	ślad
Kwasu krzemowego .	0·02628	0·02938	0·03327	0·03392	0·94295	0·02944
Składników stałych	1·26705	1·09141	0·52147	0·56565	2·85972	1·69731
Składników stałych p. odp. otrz.	1·30182	1·08137	0·54799	0·63638	2·95304	1·80682
Kwas węglowy istotnie wolny	nieozn.	1·29901	nieozn.	nieozn.	nieozn.	nieozn.
Ciepłota zdroju . .	12° C	8·9° C.	12° C.	12·5° C	13·2° C.	12° C

W r. 1900 uporządkowano i ujęto w cembrzynę kamionkową zdrój Józefa (przedtem Dudzika I.). Według rozbioru docenta Uniw. Jagiell. dra Lembergera w 1000 gramach wody znaleziono:

Tlenku wapniowego . . .	0·2036 gm.
» magnowego . . .	0·0355 »
» sodowego . . .	0·0103 »
» potasowego	0·0027 »
» żelazawego (FeO) . .	0·0158 »
» glinowego	0·0002 »
» barowego	0·0006 »
Kwasu krzemowego	0·0235 »
» siarkowego	0·0041 »
Chloru	0·0012 »
Kwasu węglowego	1·8442 »
Składników stałych razem . .	0·5036 »
Ilość składników stałych, otrzymanych przez odparowanie .	0·5036
Kwas węglowy w postaci dwuwęglanu	0·2180 »
Kwasu węgl. istotnie wolnego .	1·4083 »

czyli 716·6 cm³ przy 0° C i ciśnieniu 760 mm.
Ciepłota wody + 6·95° C.
Wydajność źródła na 1 minutę 14·4812 litr.

Zestawienie składników zespolonych na 1000 grm. wody z podaniem węglanów, jako soli kwaśnych.

Siarkanu potasowego	0·0050
» barowego	0·0009
» wapniowego	0·0025
Chlorku sodowego	0·0019
Dwuwęglanu wapniowego	0·5210
» magnowego	0·1149
» żelazawego	0·0350
» sodowego	0·0231

Na podstawie tego rozbioru należy zaliczyć wodę, pochodzącą ze zdroju Józefa, do szczaw wapniowo-żelazistych. Porównując skład chemiczny tego zdroju ze składem chemicznym zdroju głównego i zdroju Słotwińskiego I-go, widzimy, że ilość składników w zdroju Józefa jest znacznie mniejszą, podobnie jak ilość węglanu wapniowego, a sole barowe znajdują się tylko w śladach. Natomiast ilość węglanu żelazawego, zawarta w zdroju Józefa, jest większą w porównaniu do tych ilości, jakie znaleziono w r. 1878 w zdroju głównym i Słotwińskim.

Ze względu na to, że woda ze zdroju Józefa obfitą jest w wolny kwas węglowy, jakoteż w węglan żelazawy, a uboga wogóle w inne składniki stałe, można ją uważać za szczawę żelazistą o składzie chemicznym zupełnie odpowiednim do użycia wewnętrznego.

Wyliczając wszystkie zdroje mineralne krynickie nie można pominąć milczeniem zdroju Karola. Zdrój ten znajduje się tuż przy zdroju głównym i jakkolwiek dotąd jego skład chemiczny nie został zbadanym, na podstawie własności fizycznych wody można uważać ją za słabą szczawę żelazistą o zawartości składników stałych nieznacznej. Używanie wody z tego zdroju jest dość rozpowszechnionem do picia zamiast wody Giesshübelskiej, którą smakiem przypomina.

Woda ze zdroju głównego, lub Słotwińskiego, świeżo zaczerpnięta, jest przeźroczystą i silnie musuje. Żelazo znachodzi się w niej rozpuszczone, skutkiem czego nadaje jej smak nieco ściągający; wobec wielkiej jednak zamożności w kwas węglowy staje się on w piciu lekko szczypiącym, kwaskowatym, przyjemnym, a zarazem orzeźwiającym.

Ilość żelaza jest zupełnie wystarczającą do osiągnięcia właściwych mu skutków leczniczych. Ustrój dorosłego człowieka według Bungego zawiera razem 3·1—3·3 grm. żelaza, z czego około 80% znachodzi się we krwi; reszta częściowo zużytą jest na budowę komórek, częściowo zaś tworzy t. z. żelazo zapasowe, złożone w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i nerkach. Łatwo zrozumieć, że wobec tak małej ilości żelaza w ustroju, ubytek jego, którym się właśnie cechują choroby krwi, również być wielkim nie może, jak nie mniej, że nie potrzeba znacznych ilości żelaza do utrzymania roli, jaką ono w ustroju spełnia. Wystarczą na to według Lewina „miligramy“ żelaza. Zbytecznem było dowodzić zdolności działania żelaza w postaci soli nieorganicznych, w jakiej właśnie występuje w wodach mineralnych krynickich — i jego wessalności; sprawę tę wyświetliły dostatecznie w ostatnich czasach liczne prace, jak Hochhausa, Quinckego, Cloetty, Gaulego, Stanisława Kleina, Kunkela, Lewina, Koberta i wielu innych.

Wobec tego należy szczawy żelaziste krynickie zaliczyć do rzędu środków o wskazaniach leczniczych takich samych, jak innych przetworów żelaza, tem więcej, gdy doświadczenia, które przeprowadziłem w klinice lekarskiej pod kierunkiem Radcy Dworu Prof. Dr. E. Korczyńskiego co do wpływu wody krynickiej w niektórych chorobach krwi, stwierdziły wybitną jej w tych stanach skuteczność.

Ważne znaczenie lecznicze posiadają również i inne składniki. Jest rzeczą znaną, że prawie wszystkie niedokrwistości przebiegają z powikłaniem ze strony żołądka, odnoszącem się już to do chemizmu, już to do siły mechanicznej żołądka. Najczęstszem zjawiskiem bywa, jak to wykazali prof. dr. A. Gluziński i dr. Buzdygan, nadmierne wydzielanie, rzadziej upośledzenie wydzielnicze i prawidłowe wydzielanie kwasu solnego; natomiast upośledzenie siły mechanicznej żołądka jest dość stałym objawem. W leczeniu podobnych przypadków chorobowych powikłania tego rodzaju stanowić mogą ważną przeszkodę do zastosowania żelaza, które dostawszy się do żołądka może zwiększyć znacznie objawy dyspeptyczne i uniemożebnić dalsze jego podawanie. W takich przeto przypadkach błednicy i niedokrwistości można wodę krynicką stosować z powodu małej właśnie za-

wartości żelaza, oraz dzięki obecności wapna, magnezyi i znacznej ilości wolnego kwasu węglowego, i to z większym daleko pożytkiem, niż wiele innych przetworów żelaza. Gdy bowiem z jednej strony wapno i magnezya częściowo obniżają nadmierny stopień kwasoty żołądka, to z drugiej strony kwas węglowy może poprawić mechanizm żołądka, żelazo zaś w wodzie rozpuszczone nie zalega długo w żołądku, ale przechodzi szybko do dalszych części przewodu pokarmowego.

Dwuwęglan wapniowy, który szczególniej w głównem źródle występuje w znacznej ilości, stawia wodę krynicką na jednem z pierwszych miejsc wśród licznego szeregu wód ziemnych. Nie wchodząc w bliższe szczegóły, tyczące się działania fizyologicznego wapna wogóle, a w szczególności jego wpływu na przemianę materyi, chcę tylko zaznaczyć, że nawet w większej ilości użyte nie sprowadza zaparcia, że działa moczopędnie, zmniejsza wydzielanie się kwasu fosforowego i rozpuszcza kwas moczowy, przyczynia się wreszcie do zobojętnienia kwasów żołądka i zmniejszenia siły wydzielniczej błon śluzowych narządu trawienia i moczopłciowego.

Mniej ważne znaczenie posiadają dwuwęglan sodowy i magnowy, znajdujące się szczególniej w wodzie Słotwińskiej w znaczniejszej ilości. Pierwszy z nich według Reichmana nie wywiera żadnego wpływu na zdolność wydzielniczą błony śluzowej żołądka; może tylko do pewnego stopnia zobojętnić wydzielony już sok żołądkowy i w ten sposób przyczynić się do zapobieżenia nieprawidłowemu przebiegowi fermentacyi; nadto, posiadając zdolność rozpuszczania mucyny, ułatwia wydalanie śluzu. Dwuwęglan magnowy zwiększa czynność wydzielniczą gruczołów jelitowych i pobudza ruchy robaczkowe jelit.

Obydwa źródła odznaczają się wielką zamożnością wolnego kwasu węglowego; okoliczność ta podnosi wody krynickie do rzędu szczaw pierwszorzędnych. Składnik ten obok węglanu żelazawego odgrywa w leczeniu chorób krwi ważną rolę. Wywiera on wpływ korzystny na niestrawność (dyspepsyę), z którą się tak często spotykamy w przebiegu niedokrwistości i na przewlekły nieżyt żołądka i jelit. Miejscowem podrażnieniem zakończeń nerwowych i mięśni gładkich błony śluzowej żołądka i jelit, pobudza je do ruchów, zwiększa wydzieliny gruczołów i przyspiesza dostawanie się zawartości żołądkowej do części dalszych przewodu pokarmowego.

Z tej krótkiej wzmianki o własnościach fizyologicznych składników wody krynickiej jest widocznem, że najważniejszą rolę w leczniczych wskazaniach odgrywać muszą sole żelazawe, sole wapniowe i bezwodnik kwasu węglowego. W porównaniu z podobnemi słynnemi wodami zagranicznemi, zdrój główny w Krynicy nie zajmuje wcale ostatniego miejsca, przeciwnie wiele z nich przewyższa:

Nazwa zdroju	Sole		Bezwodnik kwasu węglowego
	żelazawe	wapniowe	
Cudowa (Principalbrunnen)	0·0394	0·6542	1·0754 grm.
Driburg (Hersterquelle)	0·023	1·462	2·056 grm.
Elster (Königsquelle)	0·084	0·255	1310·9 ctm.³
Eger. Franzensbad (Kalter Sprudel)	0·026	3·300	1576 ctm.³
Krynica (Zdrój główny)	0·028	1·554	1513 ctm.³
Maryenbad (Ferdinandsbrunnen)	0·084	0·787	1127·74 ctm ³
Rohitsch (Tempelbrunnen)	0·011	2·226	348 ctm.³
Reinerz (Lauequelle)	0·0374	1·1962	1·1928 grm.
Wildungen (Helenenquelle)	0·0187	1·2699	2·5462 grm.

(C. d. n.)

III. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał
Dr. Jan Opolski
elew kliniki lekarskiej.

Do zadań klinik i oddziałów szpitalnych należy także w pewnej mierze sprawdzanie działania nowych środków leczniczych i podawanie do wiadomości kolegów wyników na tej drodze otrzymanych. Obfitość nowych leków rośnie z dniem każdym, a polecanie ich, często stronnicze lub niekrytyczne, wprowadzić może w błąd ze szkodą nieraz zdrowia i kieszeni chorego, lub z rozczarowaniem lekarza, który nie osięga zamierzonego skutku. Z tego powodu i klinika lekarska lwowska postanowiła od czasu do czasu podawać otrzymane wyniki lecznicze w formie krótkiej, a więc bez przytaczania piśmiennictwa, odnoszącego się do badanego środka.

W artykule niniejszym zdaję zatem sprawozdanie z następujących środków w porządku alfabetycznym.

I. Woda fluoroformowa

Lekarze francuscy, Bastian, Bergéron i inni, zauważyli, że u robotników, cierpiących na gruźlicę płuc, a pracujących w fabrykach wyrobów, przy wyrabianiu których wywiązują się gazy kw. fluorowodorowego, gruźlica przebiegała pomyślniej. Doświadczenia wykazały równocześnie nieszkodliwość gazów kw. fluorowodorowego na ustrój zwierzęcy, gdyż koty, które przebywały w atmosferze tego gazu nawet po kilkanaście dni, prócz śpiączki i lekkich drgawek, nie przedstawiały żadnych innych zboczeń.

W roku 1899 Dr. Stepp[1]), podając chorym na gruźlicę płuc wodę fluoroformową, miał otrzymać idealne wyniki. Nacieki ustępowały, łaknienie poprawiało się, chorzy przybierali na wadze, przestawali kaszleć i pocić się w nocy. Czy były robione badania nad zachowaniem się prątków Kocha, autor nie wspomina. Również dobre wyniki miał Stepp otrzymywać w wilku twarzy i gruźlicy stawów. Już po dwóch miesiącach używania wody fluoroformowej śladu nie było schorzenia. Wyniki, tak pomyślnie się przedstawiające, skłoniły i nas do podawania tego środka chorym na gruźlicę płuc.

Woda fluoroformowa przedstawia się jako płyn wodojasny, bez smaku i zapachu, o składzie chemicznym $CHFl_3$. Środek ten podawaliśmy tak w początkowych jakoteż i w późniejszych okresach choroby.

I. P. M. l. 19. *Infiltratio bac. apicum.*

Wywiady: Dziedziczności brak. Choroba trwa od roku. Badanie wykazuje obustronne przytłumienia szczytowe z przodu i z tyłu. Przysłuchem stwierdzamy w szczytach nieliczne drobne rzężenia, zresztą wszędzie szmery oddechowe zachowują się prawidłowo. Ciepłota najwyższa dochodzi do 37·4 C. Badanie plwociny na prątki Kocha dało wynik dodatni. Początkowo zażywał chory *Kreosot. carb.* i podczas tego łaknienie poprawiło się. waga ciała wskazywała przybytek. Ciepłota najwyższa 37·1.

Choremu podaliśmy *aq. fluoroformii*, na początek po trzy łyżeczki dziennie. Po wyżyciu pierwszej flaszki 200·0 grm. chory skarżył się na mniejsze łaknienie i większe osłabienie. Ciepłota ciała podniosła się wieczorem do 38° C. Wkrótce jednak łaknienie poprawiło się. Chory znosił lek bardzo dobrze, nawet po 6 łyżek dziennie. W przeciągu 2 miesięcy wyżył 1.600 grm. *aq. fluoroformii.* Sprawa chorobowa jednak nietylko nie ustępowała, owszem rozszerzała się dalej.

II. Wł. A. l. 22 *Infil. bac. pulmonum.*

Wywiady: Gruźlica płuc dziedziczna. Choroba trwa od dwóch lat. Przytłumienia szczytowe i rozsiane miejsca przytłumione po klatce

[1]) »Therap. Monat.«, Nr. 2, 1900.

piersiowej. Przysłuchem stwierdzamy w szczytach wdech szorstki, pęcherzykowy, pokryty nielicznemi średnio- i drobnobańkowemi rzężeniami, nad resztą klatki piersiowej szmery wszędzie pęcherzykowe szorstkie, tu i owdzie rzężenia drobnobańkowe. Ciepłota ciała wieczorami podnosi się ponad 38° C. W plwocinie stwierdzono prątki gruźlicze.

Początkowo chory zażywał po 3 łyżeczki *aq. fluoroformii*, następnie stopniowo doszedł do 6 łyżek dziennie. W przeciągu prawie trzech miesięcy wyżył przeszło 1000,0 grm. Chory znosił lek dobrze, podmiotowo czuć się miał lepiej; badanie jednak nie wykazało żadnej poprawy. Chory kaszlał, gorączkował dalej, a waga ciała wskazywała spadek.

III. J. A. l. 33. *Tuberculosis pulm. dextr. Enteritis ulcerosa.*

Wywiady: Dziedziczności brak. Choroba trwa od roku. Badanie fizyczne daje obraz rozpadu płuc. Prątki Kocha stwierdzono w stolcach, jakoteż w plwocinie. Już po pierwszych trzech łyżeczkach *aq. fluoroformii* wystąpiła śpiączka, trwająca przez cały dzień. Łaknienie i tak małe, stało się jeszcze gorsze. Chora przez cały dzień czuła się osłabioną. Potem znosiła lek bardzo dobrze, niestety bez najmniejszego jednak wpływu. Kaszel, biegunka i gorączka trwały ciągle.

IV. H. K. l. 18. *Infil. bac. apicum. Pleuritis sicca.*

Wywiady: Gruźlica płuc dziedziczna. Choroba trwa od lat pięciu. Badanie wykazuje: Z przodu po stronie prawej przytłumienie do żebra trzeciego, po lewej do drugiego. Z tyłu klatki piersiowej obustronne przytłumienia szczytowe, większe po stronie lewej. Przysłuchem stwierdzono w szczycie po obydwu stronach, z przodu i z tyłu klatki piersiowej wdech pęcherzykowy, bardzo szorstki, wydech w szczycie lewym z tyłu chuchający. Rzężeń nigdzie nie stwierdzamy. W pasze lewej tarcie opłucnowe. Chora kaszle wiele, odkrztusza bardzo mało. Ciepłota ciała wieczorna sięga czasami ponad 39° C. Badanie plwociny wykazało obecność prątków gruźliczych. Łaknienie chorej znacznie upośledzone. *Aqua fluoroformii*, brana początkowo po 3 łyżeczki dziennie, łaknienia nie poprawia. Już po pierwszej łyżeczce również i w tym przypadku występuje śpiączka. Chora daje się łatwo obudzić, lecz wkrótce zasypia znowu. Śpiączka ta występowała tylko w pierwszych dniach podawania leku. Wyżyła przeszło 1000,0 grm. Wpływu nie stwierdziliśmy żadnego. Gruźlica zwolna postępowała coraz dalej.

Ponieważ wyniki zupełnie podobne otrzymaliśmy i w innych przypadkach gruźlicy płuc, dlatego ich nieprzytaczam; podawaliśmy środek ten dwudziestu chorym i to przez czas dłuższy, bo przeciętnie przez czas 2 miesięcy. Ani w jednym przypadku nie mogliśmy zauważyć chociażby nieznacznego tylko polepszenia, — gdy przeciwnie według spostrzeżeń Dr. Šteppe *aq. fluoroformii* ma działać, że tak powiem, cudownie, gdyż w większej liczbie jego przypadków miało nie pozostawać śladu gruźlicy płuc, a wilk (lupus) twarzy nietylko że miał ustępować, lecz skóra nawet w tych miejscach stawać się miała prawidłową. Nie mniej dobre wyniki miały być przy leczeniu gruźlicy stawów.

Nasza klinika nie może się poszczycić tak idealnymi wynikami. Również podobne wyniki ujemne otrzymał Polyak[1]), jak wspomina Bernatzik, a nawet miał zauważyć zwiększanie się ilości prątków. Wdychiwania z *aqua fluoroformii* uważa Polyak za wprost szkodliwe. Jako uboczne działanie zauważyliśmy w dwóch przypadkach spiączkę.

Opierając się na przytoczonych spostrzeżeniach, klinika nasza nie może polecać używania tego środka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14. M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Brak oryentacyi (dezoryentacya) jest zasadniczym objawem każdej psychozy; jeżeli go niema, to niema wogóle także psychozy. Brak oryentacyi może być somato- albo autopsychicznym, może on być także ruchowym w zakresie somato- częścią autopsychicznym. Jeżeli brak oryentowania się występuje nagle, jak to ma miejsce w ostrych psychozach, to stwarza on afekt bezradności, który znowu może być somato- albo autopsychicznym, względnie ruchowym. Do czynności, wynikających z bezradności, zaliczamy np. picie ze spluwaczki, oddawanie moczu lub kału do naczyń stołowych itd.

Zdarza się nieraz, że chorzy wykonują przy zupełnej świadomości ruchy wbrew swojej woli, które stanowią analogię do myśli swoistych, z tą tylko różnicą, że tu idzie o motoryczne lub celowe wyobrażenia. Ruchy te zwie W. „pseudo-samoistnymi“; do nich dołączają się zwykle urojenia wyjaśniające. Czasem znowu występują pewne objawy wypadnięcia *(Ausfallssymptome)*, np. objawy czasowej niemoty *(mutacismus)*. Chory nie umie sobie wytłómaczyć i wyjaśnić ani rzekomo samoistnych ruchów, ani objawów wypadnięcia i wskutek tego popada w afekt ruchowej bezradności, która pociąga za sobą zawsze urojenia wyjaśniające. Urojenia te polegają na tem, że chory uważa objawy bezruchu za cierpienie z dopustu Bożego, objawy hiperkinetyczne (ruchy rzekomo samoistne) za ruchy, wykonane z woli Boga, którego chory jest narzędziem. Afekt bezradności może się pojawić także i wtedy, gdy jeszcze bodaj częściowo jest zachowana zdolność oryentacyjna. Jest on objawem wyłącznie tylko psychóz ostrych, a w przewlekłych może się zjawić tylko w okresach zaostrzenia się psychozy. Ogólny i niemal zupełny brak oryentacyi zwykł już nie wywoływać bezradności. Nie zauważa się jej także w stanach defektu, np. w niedowładzie postępującym, w obłąkaniu starczem *(presbyophrenia)* i w przytępieniu umysłowem *(hebephrenia)*, a brak jej jest dla tych chorób tak samo charakterystycznym, jak jej pojawienie się dla innych. Z bezradnością łączy się nieraz objaw odmienny, zwany tranzytywizmem. Polega on na tem, że chorzy, nie mający świadomości swej choroby, odczuwają zachowanie się i czynności osób zdrowych ze swego otoczenia, jako dziwaczne i nieusprawiedliwione, po czem wnoszą, że nie oni sami, lecz osoby z ich otoczenia są umysłowo chore. Zdarza się wskutek tego nieraz, że chorzy tacy sprowadzają swych najbliższych, umysłowo całkiem zdrowych, do lekarza z oświadczeniem, że ci ulegli chorobie umysłowej. Najdobitniej występuje ten objaw w pewnych psychozach ostrych, których wybuch poprzedzały silne afekty z brakiem oryentowania się.

Częste powtarzanie pewnej myśli lub pewnego ich szeregu przeobraża je w myśli nadwartościowe, którym towarzyszy zawsze pewien właściwy im nastrój. Tak np. każde zajęcie zawodowe wytwarza nadwartość pewnych myśli, zaś towarzyszący im nastrój sprawia, że uwaga nasza skierowuje się głównie do czynności zawodowej. Wskutek tego wzmaga się nasza pobudliwość na pewne wrażenia zmysłowe. Za przykład dosadny może posłużyć matka, której ze snu nie zbudzi nawet głośniejszy łoskot, lecz zbudzi ją zaraz ciche kwilenie jej dziecka. Nastrój i przezeń wywołana nadwartość pewnych wyobrażeń stanowią podstawę złudzeń *(illusio)*. Złudzenia są czasem mylnymi sądami, wywołanymi przez afekt lęku. Lęk zmienia wartość wyobrażeń o tyle, że pewne z nich wysuwa na pierwszy plan, jako nadwartościowe, inne zaś obniża. Wyobrażenia nadwartościowe mają zarazem tę własność, że wyłaniają się w umyśle pod wpływem zewnętrznych bodźców łatwiej niż inne. Afekt, wywołany u chorego nagłem umieszczeniem go w zakładzie, upośledzając zdolność zastanowienia się, sprowadza złudzenie, polegające na tem, że chory zdala, niedokładnie, np. z okien zakładu widziane osoby uważa za swych najbliższych, zaś zakład za więzienie itd. Zajęcie sensoryum staje się źródłem złudzeń, których treść zmienia się wraz z treścią wyobrażeń nadwartościowych. Czasem pojawiają się złudzenia przy pozornie zupełnej przytomności, uwadze i dostatecznie wyraźnem spostrzeganiu. Tak np. chory uważa lekarza lub posługacza za swego znajomego lub krewnego z powodu pewnego podobieństwa, nieraz odnoszącego się do jednego szczegółu. Takie iluzye są stałe i nie dają się usunąć, gdyż wyobrażenie, wywołujące je (pojęcie brata, przyjaciela itd.),

[1]) Lehrbuch d. Arzneimittellehre. Bernatzik. 91.

jest nadwartościowe, wobec czego drobny szczegół, np. podobne brzmienie głosu osób obcych, prowadzi do błędnego rozpoznania w nich swych krewnych, lub tp. Innym znowu razem, np. w niedowładzie postępującym lub niedołęztwie umysłu starczem, przyczyną złudzeń staje się osłabienie zdolności reprodukcyi, tj. utrata pewnych wyobrażeń, składających się na całość pewnego konkretnego pojęcia; ztąd to tacy chorzy uważają słomę z powodu żółtej barwy za złoto itd. Uwzględniając te uwagi, przekonujemy się, że zjawisko iluzyi nie jest wyłącznie zależnem od niedokładności spostrzeżenia, a zarazem, że między złudzeniami (iluzyami) a omamami (halucynacyami) niema różnicy zasadniczej, gdyż iluzyę uważać musimy za halucynacyę, której powstanie ułatwiły przypadkowe, zewnętrzne warunki. Ze względów praktycznych rozróżnia się atoli przecież zawsze halucynacye i iluzye.

Treść złudzeń zmysłowych, tj. tak iluzyi jak i halucynacyi, zależy zawsze od afektu, względnie nastroju, panującego w danej chwili u chorego. Jeżeli nastrój jest podniosły, to występują wówczas myśli nadwartościowe, dające temu wyraz, zarazem pojawiające się wtedy fonemy mają za treść urojenia wielkości. W przebiegu manii zachodzi chorobowy afekt euforyi, który pojawiającym się halucynacyom nadaje za treść wyobrażenia wielkości. W zadumie panuje nastrój bolesny, afekt smutku, to też treść fonemów bywa wówczas ujemna o cechach urojenia małości, treść wizyi stanowią obrazy nieszczęść. Afekt lęku stwarza fonemy, głoszące skazanie chorych na śmierć, rozwijanie się w ich ustroju chorób nieuleczalnych itd. Afekt najczęstszy w psychozach ostrych, tj. bezradność, stwarza odpowiednie jej fonemy, które skłaniają chorych do wygłaszania urywanych zdań „co się ze mną dzieje“, „gdzie jestem“, „co mam począć“ itd. Fonemy w formie przekleństw, wyrzutów itp. są wynikiem autopsychicznej bezradności. Fonemy, głoszące chorym, że są w więzieniu, że są zaczarowani, że są innemi osobami, że pokarmy ich są wstrętne itd., wypływają z alopsychicznej bezradności; fonemy zaś, że wnętrze ich ciała zmienione, że serce ich spoczywa i krew nie krąży itp. są wypływem somatopsychicznej bezradności. Tak samo jak fonemy, tak i inne halucynacye zależą od panującego w danej chwili afektu; zależą wreszcie od niego także urojenia odnoszące.

Jeżeli zasadniczym objawem pewnej psychozy będzie lęk, to mówimy o psychozie lękowej *(Angstpsychose)*. Lęk ten jest następstwem sensacyi, odczuwanych w okolicy serca, w głowie lub całem ciele i posiada zmienne nasilenie. W początkach lub przy końcu choroby występuje nieraz w przerwach. Lęk ten wzbudza wyobrażenia lękowe, które są mało niepokojące, gdy są autopsychiczne, a silnie niepokojące, gdy są somato- lub alopsychiczne. W początku i końcu choroby są autopsychiczne wyobrażenia lękowe; somatopsychiczne występują na szczycie choroby. Zamiast tych wyobrażeń zjawiają się niekiedy fonemy lub inne omamy lękowe; w przypadkach najostrzejszych, np. napadach lęku u padaczkowych, występują skombinowane omamy we wszystkich zmysłach. Podczas gdy zdolność oryentowania się w zakresie wrażeń świata zewnętrznego jest zachowana, to w zakresie autopsychicznym jest ona zmienioną w ten sposób, że pojawia się urojenie małości. Treścią autopsychicznych wyobrażeń lękowych jest troska o własną osobę, swych krewnych, o mienie, cześć; treścią fonemów przekleństwa itd. Na tem tle powstają urojenia małości i samooskarżania się. Treść alopsychicznych wyobrażeń lękowych stanowi zagrożenie własnego życia, a ztąd czerpią podobną treść urojenia odnoszące. W stanach najsilniejszego lęku pojawiają się omamy węchowe i smakowe, tłómaczone przez chorych jako następstwo trucia. Psychoza ta trwa różnie, od tygodnia do kilku miesięcy, a przyczyną jej zdają się być alkoholizm, padaczka, wiek przejściowy u kobiet i starość. Najkrótszy jej przebieg zauważa się po alkoholizmie lub padaczce. Obłęd opilczy *(delirium tremens)* przebiega nieraz pod formą tej psychozy, przyczem prócz drżenia, pewnych objawów w zakresie systemu rzutowego, krótkiego jej trwania, zauważa się przeważnie autopsychiczne wyobrażenia lękowe. Symptomatycznie pojawia się ona także w przebiegu niewyrównanych wad serca. Zachowanie się tych chorych zdradza pewien niepokój ruchowy, płacz, załamywanie rąk, drżenie, szczękanie zębami, oblewanie się zimnym potem, niespokojne bieganie, niekiedy zaś ruchy nieusprawiedliwione, np. kołysanie się, jęczenie, bezwiedne szukanie rękami itd. Stale istnieje skłonność do samobójstwa. Na szczycie choroby zdarza się wielomówność (werbigeracya), lęk przed zbliżaniem się do chorego osób i brutalna obrona przed niemi. Formę tej psychozy stanowi zaduma czynna *(melancholia agitata)*, odznaczająca się silnym niepokojem, popędem do mówienia i gonitwą myśli. Psychoza lękowa może w dalszym ciągu okazywać objawy akinetyczne, fonemy, urojenia odnoszące i ztąd wynikający brak oryentowania się, niekiedy przybiera zaś cechy psychozy przejściowej *(psychosis transitoria)*. Od zadumy *(melanch. affectiva)* odróżnia się ona alopsychicznemi wyobrażeniami lękowemi i urojeniami odnoszącemi; od ostrej halucynozy dominującym objawem lęku, a brakiem okresu paranoicznego; od obłędu opilczego *(delirium tremens)* nienaruszonym stanem alopsychicznego oryentowania się, wreszcie od podobnych obrazów niedowładu postępującego — brakiem zaburzeń pamięci, zdolności sądów i zapamiętania. Między obraz tej psychozy, a obraz zadumy *(melancholiae affectivae)* wsuwają się przypadki, stojące między nimi na rozgraniczu. Rokowanie jest pomyślne, czasem jednak po pozornem ozdrowieniu choroba nawraca i przechodzi w przewlekłą, nieuleczalną. Leczenie (zawsze w zakładzie) zasadza się na podskórnem stosowaniu *extr. opii* po 0·05—0·20, albo morfiny i hyoscyny w stosunku od $^1/_4$ mgr. hyoscyny na $^1/_2$ ctgr. morfiny, do $^1/_2$ mgr. na 1 ctgr. kilka razy dziennie przy powolnem stopniowaniu. U padaczkowych zaleca się wewnętrznie lub w lawatywach *amylenum hydratum* w dawce nasennej. Ponieważ psychoza lękowa ma wiele podobieństwa z nerwicą lękową, przeto trudno je nieraz od siebie odróżnić. Jeżeli w przebiegu nerwicy lękowej wystąpią popędy samobójcze, trzeba chorego umieścić w zakładzie. (C. d. n.)

V. Wyciągi.

Doc. Weygandt: **Leczenie niedomogi nerwowej (neurastenii).** *(Würzbürger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin,* Tom I, Z. 1). Würzburg, A. Stubers Verlag. (C. Kabitsch) 1901. Jako znamienne cechy niedomogi nerwowej przyjmuje się powszechnie tak zwane objawy Béarda, do których należą: większa lub mniejsza niezdolność do pracy umysłowej, brak wytrwałości, niepokój, napady trwogi, stany śledzienne (hipochondryczne), zawroty, uczucie ucisku w głowie, wielka pobudliwość serca, zaburzenia w trawieniu i w narządzie płciowym. Z tego obrazu chorobowego wysnuł Kräpelin pod względem etyologicznym dwojaką postać niedomogi nerwowej: nabytą, którą oznacza mianem przewlekłego znużenia nerwowego, i wrodzoną, czyli ustrojową; oczywiście, że w praktyce, — jak sam dodaje, — nie zawsze można te dwa stany od siebie odróżnić. Postępowanie jednak lecznicze, jeśli ma być ścisłe, winno się opierać nietylko na wyżej wymienionych objawach, lecz także na staranem rozpoznaniu różniczkowem. W tym względzie należy pamiętać o gruźlicy płuc i przewlekłem zapaleniu nerek, które trzeba wykluczyć; — choroby mięśnia sercowego, a zwłaszcza zwapnienie tętnic, dość często można napotkać u typowych neurasteników, którzy przekroczyli 30 rok życia. Cierpienia przewodu pokarmowego, jak niestrawność na tle nerwowem, trzeba przyjmować nader krytycznie; nie rzadko przeoczyć można wrzód żołądka, nawet raka lub opadnięcie jelit. Zaburzenia narządu płciowego odgrywają wielką rolę u neurastenicznych kobiet, u mężczyzn zaś stwierdzić się daje zapalenie jąder; — wreszcie tasiemiec może wywołać objawy znamienne dla neurastenii. Choroby wynikłe z nieprawidłowej przemiany mają doniosłe znaczenie: powierzchowne objawy dny (obłożony język, liche trawienie, trzęsienie rąk lub nóg) mogą czasami wprowadzić w błąd, atoli typowe zmiany w stawach, wzmocniony drugi ton nad tętnicą

główną, odpowiednia dyeta, naprowadzą na właściwą drogę. Staranniej już trzeba uwzględnić niedokrwowość, która często łączy się z neurastenią u jednego osobnika; — szmery jednak sercowe, buczenie nad żyłami, łatwo przechylą szalę rozpoznania, wreszcie i ta okoliczność, że niedokrwni nużą się przy pracy fizycznej, podczas gdy neurastenicy przy umysłowej; również bezsenności brak przy niedokrewności, owszem, zwykle jest nadmierna senność. Objawy przewlekłego zatrucia (wyskokiem, tytoniem, ołowiem itp.) mogą wystąpić pod obrazem neurastenii; wyczerpujące jednak wywiady stwierdzą rozpoznanie. Z chorób układu nerwowego, któreby mogły mylić rozpoznanie, wymienić należy guzy mózgowe i wiąd rdzenia; w pierwszym przypadku oprócz bólu głowy i zawrotów napotkać także można wymioty i zastoinową tarczę nerwu wzrokowego; w ostatnim — zmiany w źrenicy i brak odruchów kolanowych — objawy, które nie występują w neurastenii. Na wielką uwagę zasługuje histerya, którą łatwo można wziąć za neurastenię; częste jednak zmiany w usposobieniu histeryka, napady drgawek, umiejscowione znieczulenia, każą się domyślać istoty właściwego cierpienia.

Uczyniwszy w ten sposób ścisłe rozpoznanie, przystępuje się do leczenia. Jedną z najważniejszych a skutecznych podwalin do tego ma być zyskanie sobie zaufania chorego, — co już poniekąd osiągnąć można przez wyczerpujące wywiady; wiadomo bowiem, jaką otuchą napełnia się neurastenika, jeśli cierpliwie i uważnie wysłucha się całą historyę męczącego cierpienia. Wówczas należy go objaśnić, że nie zachodzi wcale choroba ustrojowa, wzmagająca się lub nieuleczalna, że płonna jest teraz obawa przed skutkami ewentualnego samogwałtu z lat młodocianych itd.; — żadną miarą jednak nie należy uznać istniejących boleści za urojone; do rzędu leków psychicznych zaliczyć również trzeba poddawanie i hipnotyzm — zabiegi, stosowane tylko u neurasteników, odznaczających się nadmiernym niepokojem. Oddanie chorych do domów zdrowia lub uzdrowisk ma nastąpić jedynie wówczas, jeśli się zauważy, że szkodliwości, otaczające neurastenika, żadnym innym sposobem usunąć się nie dadzą. Również znakomitym czynnikiem leczniczym jest spokój tak umysłowy jak i fizyczny, — w pierwszych tygodniach leczenia nawet leżenie w łóżku, a później dopiero wolne i nie dalekie przechadzki. Dyeta ma być mięszana, przyczem wstrzymywać się trzeba od wszystkich trudno strawnych lub drażniących pokarmów (kawa, herbata, wyskok), zalecać natomiat owoce, zwłaszcza gotowane; z napojów pierwsze miejsce zajmuje mleko przegotowane, pozwolić także można czekoladę lub kakao. Przechodząc do właściwych zabiegów leczniczych, należy wspomnieć o prądzie elektrycznym, stosowanym u neurasteników w postaci ogólnej faradyzacyi (jedna elektroda przyłożona do podeszwy, a drugą, walcowatą, przesuwać po powłokach skórnych) o nie bardzo silnem natężeniu, lub też jako faradyczną kąpiel (26°—28°), trwającą 30 minut. Pomyślne skutki, stwierdzone doświadczeniem, daje mięsienie, zwłaszcza u neurasteników zmuszonych dłuższy czas leżeć w łóżku, lub cierpiących na zaparcie stolca; — to samo można powiedzieć o wodolecznictwie, stosowanem jako pełne kąpiele, półkąpiołki i zawijania; bardzo korzystnie wpływają gorące kąpiele nożne, brane wieczorem. Jako czynniki lecznicze wchodzą wreszcie w rachubę: klimatoterapia i gimnastyka (Zander). Między środkami aptecznymi, stosowanymi u neurasteników, główne miejsce zajmują przetwory bromu według następującego wzoru: Rp. *Kal. bromat. Natr. bromat. aa 10,00 Ammon. bromat. 5,00 Aq. dest. 200,00 M. D. S. 2 łyżki dziennie;* jeśli pojawiają się zaburzenia ze strony serca, oddaje bardzo dobre usługi *camphora monobromata 0,1—0,3. Trzy razy dziennie*, lub waleryana n. p. *Inf. rad. Valer. 10:160*, wreszcie *Trae Valer. Trae Castor. Spirit. aether. aa 5,00 M. D. S. w razie potrzeby 15 kropli na cukrze.* W przypadkach neurastenii, powikłanej z niedokrewnością, wskazany jest arsen w pigułkach lub jako woda mineralna (Levico, Roncegno); — z stosowaniem środków nasennych trzeba być ostrożnym. Ostatni wreszcie rozdział tej zajmującej rozprawki jest poświęcony zasadom zapobiegawczym (profilaktyce), których nie streszczamy, ponieważ jasno je wysnuć można z czynników etyologicznych. *Dr. Henryk Pisek.*

Oskar Rumpel: **O metodzie oznaczania punktu zamarzania, z uwzględnieniem punktu marznięcia krwi w przebiegu duru brzusznego.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 1901, Nr. 6). W Nr. 46 „Deutsche med. Wochenschrift“ — 1900 r. ogłosił Dr. Waldvogel pracę o punkcie zamarzania surowicy krwi w przebiegu duru brzusznego (porównaj wyciąg w „Przeglądzie lekarskim“, Nr. 8, 1901), w której W. podnosi, iż punkt zamarzania w przebiegu tej choroby obniża się do — 1·68° C. Rumpel krytykuje tę pracę i zarzuca niedokładność nietylko metody samej, ale i postępowania przy oznaczaniu wartości Δ. Zdaniem Rumpla zgęszczenie krwi ze stanowiska napięcia osmotycznego jest bardzo stałem, a punkt zamarzania waha się między — 0·55 do 0·57° C. — Przy użyciu przyrządu, którym się posługiwał Waldvogel, musiał autor otrzymać tak znaczne nieprawdopodobne różnice, do czego się jeszcze przyczyniło błędne wykonanie oznaczeń, jak n. p. otrzymywanie surowicy i rozcieńczanie jej. Do wykonywania takich oznaczeń należy użyć jedynie przyrządu Beckmanna. Wobec tego zaś, iż krew i jej surowica posiadają to samo osmotyczne ciśnienie, więc też nie zachodzi potrzeba otrzymywania surowicy ze krwi, której punkt zamarzania ma być badany. Rumpel zaleca zatem użycie przyrządu Beckmanna, zaczerpnięcie krwi wprost z żyły do naczyńka przyrządu, odwłóknienie jej w temże naczyniu zapomocą mieszadła platynowego i przystąpienie bezpośrednie do oznaczenia punktu zamarzania krwi, — a uskuteczniwszy to, — przystąpić do oznaczenia punktu zerowego dla wody. Przebieg czasu, jaki jest potrzebny do wykonania tego oznaczenia, z pewnością jest mniejszy, niż otrzymanie surowicy krwi według metody Waldvogla. Dla poparcia słuszności podniesionych zarzutów przytacza Rumpel kilka przykładów oznaczeń wartości Δ w tej samej krwi, wykonanych według Waldvogla i w przyrządzie Beckmanna. Oznaczając punkt zamarzania metodą Beckmanna, otrzymywał przy podwójnem oznaczeniu zgodne wyniki: Δ = — 0·56; taż sama krew, badana w rurce według Waldvogla, dała wyniki: Δ = — 0·58, drugi raz — 0·61; punkt zamarzania oznaczany w surowicy tejże krwi nierozcieńczonej wynosił Δ = 0·61 i 0·65; tejże samej surowicy rozcieńczonej w stosunku 3:3 Δ = — 0·70, a rozcieńczonej w stosunku 1;2 Δ = — 0·78. Rumpel wykonał również oznaczenia punktu zamarzania krwi w 11 przypadkach duru brzusznego i otrzymywał wartość dla Δ = — 0·56 do 0·57° C. bez względu na to, jakiego rodzaju był przebieg duru, lekki czy ciężki. *Dr. Ig. L.*

Schaller: **Wskazania do objawowego i doszczętnego leczenia mięsaków macicy.** (*Münch. med. Wochensch.*, Nr. 7, 1901). Włókniaki macicy, zależnie od rozrostu i usadowienia, sprowadzają rozmaite objawy chorobowe. Objawy uciskowe trzew, nadto duszność i przypadłości sercowe sprowadzają włókniaki olbrzymie, zajmujące znaczną część jamy brzusznej. Włókniaki nawet stosunkowo małe, jeżeli są tak usadowione, że uciskają na odbytnicę, sprowadzają przypadłości jelitowe, jak zaparcie stolca; uciskając na pęcherz, wywołują przypadłości pęcherzowe, parcie na mocz lub jego zatrzymanie. Prócz objawów uciskowych częstym także objawem włókniaków macicy są bóle, bądź to sprowadzone przez ich wzrost na zewnątrz — (rozciąganie otrzewnej, więzadeł i w miejscu tem zapalenie), bądź przez rozrost włókniaków na wewnątrz (następowe skurcze macicy). Prócz bólów stałym objawem włókniaków, zwłaszcza wewnątrzmacicznych, są krwawienia.

Przy porodzie włókniaki macicy stanowić mogą przeszkodę porodową tak znaczną, iż poród musi być ukończony cięciem cesarskiem. Nieraz włókniaki, które nie przeszkadzały przy porodzie, stanowią przeszkodę dopiero w okresie trzecim, utrudniając odejście łożyska, a nieraz nawet jego wydobycie tak, że trzeba wydobyć najpierw włókniak, a potem dopiero łożysko. Jeżeli łożysko usadowione jest częściowo na ścianie macicy, zajętej przez włókniak, to wskutek złego kurczenia się tej części macicy może powstać w okresie trzecim znaczny krwotok. Leczenie włókniaków zależeć będzie od ich wielkości, usadowienia, przypadłości jakie sprowadzają, wreszcie od wieku i stosunków społecznych chorej. Bezwzględne wskazanie do operacyi dają tylko włókniaki bardzo szybko rosnące, sprowadzające opuchlinę brzuszną, przechodzące w zwyrodnienie mięsakowe lub rakowe i włókniaki rozpadające się.

W innych przypadkach próbować należy zawsze leczenia zachowawczego. Przedewszystkiem należy polecić spokój, uregulowanie dyety i wypróżnień, starać się jednak o podniesienie odżywienia. Na powłoki brzuszne stosować okłady zimne lub lodowe; z leków wielkie ilości *hydrastis*, *extr. gosypii*, *stipticinum*, wstrzykiwania ergotyny, gorące przestrzykiwania pochwy, tamponowanie pochwy, przyżegania nalewką jodową, spirytusem karbolowym 50%, chlorkiem cynku 10—50%; przy obszernej jamie macicy skrobanie z następowem przyżeganiem, wreszcie elektroliza sposobem Apostolego.

Bóle przy włókniakach łagodzą kąpiele solne, jodowe i borowinowe, jak Kreuznach, Elster, Franzensbad (z krajowych Krynica, Wysowa *spraw.*).

Leczeniem objawowem włókniaków jest wytrzebienie; należy go użyć tam, gdzie stan ogólny nie pozwala wykonać operacyi doszczętnej, a gdzie usunięcie chociażby krwawień już dla stanu chorej jest dobrodziejstwem. Przy wykonywaniu operacyi zachowawczej, to jest przy wydobyciu włókniaków z pozostawieniem macicy, nie możemy być nigdy pewni, czy nie nastąpi nawrót cierpienia. Najpewniejszem jest usunięcie całej macicy, czy to przez pochwę, czy też przez laparotomię brzuszną. Sposób operacyi zależeć będzie od poszczególnego przypadku. Przy całkowitem wydobyciu macicy na-

lezy pozostawić jajniki, lub przynajmniej ich części, aby uniknąć nieprzyjemnych przypadłości klimakterycznych, które będą tem silniejsze, im osoba, pozbawiona macicy i jajników, będzie młodsza.

P.

Pässler (Lipsk): **W sprawie leczenia włóknikowego zapalenia płuc.** *(Münch. med. Woch.*, Nr. 8 i 9, 1901). Ponieważ dotychczas niema przeciw tej chorobie środka, któryby ją na kształt surowicy przeciwbłoniczej mógł opanować, przeto jedynym celem leczenia winno być utrzymanie życia chorego zapomocą postępowania objawowego, usuwając o ile możności wszystkie objawy chorobowe, które bezpośrednio życiu zagrażają, nie mniej zwalczając stany następowe, wyłaniające się z zapalenia płuc. Aby więc zadość uczynić wskazaniom życiowym, należy sobie uprzytomnić przyczyny, wywołujące w takich razach śmierć chorego. W pierwszym tedy rzędzie trzeba zwrócić uwagę na te przypadki, w których naciek zapalny lub obrzęk zajęły tak wielką powierzchnię oddechową, że pozostała reszta nie wystarcza do utrzymania życia; takie przypadki nie są częste, albowiem doświadczenie uczy, że mała stosunkowo część płuc wystarcza do wchłaniania potrzebnej ilości tlenu. Nie mniej następuje śmierć z przeciążenia pracą prawego serca skutkiem zwiększonego oporu w małem krążeniu; często zaś jest niepomyślne zejście przez powikłania, do których należą: a) przewlekłe nadużycie napojów wyskokowych z szczególnie niebezpiecznym obłędem opilczym; b) niedomoga serca skutkiem przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, istniejąca jeszcze przed rozwinięciem się zapalenia płuc, lub zagrażająca w przebiegu jego; dalej wady zastawkowe z niedostatecznem wyrównaniem, zwapnienie tętnic, przewlekłe zapalenie nerek, rozedma płuc, wreszcie — c) wiek podeszły chorego. Atoli wszystkie te przyczyny ustępują wobec niebezpieczeństwa, jakie może za sobą pociągnąć ogólne zakażenie dwoinkowe *(Pneumococcensepsis)*, wywołujące porażenie ośrodków naczynioruchowych, któremu ulegają ludzie zresztą zdrowi i silnie zbudowani, mający zwykle najlepsze widoki szczęśliwego przebycia choroby. Wobec więc różnorodności niebezpieczeństw winno postępowanie lecznicze indywidualizować każdy poszczególny przypadek chorobowy. Wprawdzie niema środka, któryby wpłynął tamująco na rozwój zapalenia płuc, ale istnieją inne zabiegi, które niejako przyczyniają się do ograniczenia sprawy zapalnej w pierwotnie zajętem ognisku. Należy tedy przez silne oddechy i odkrztuszanie zwalczać zastój w oskrzelach wydzieliny zakaźnej, czemu częstokroć stoi na przeszkodzie bolesność klatki piersiowej; skutecznie w takich razach działają wilgotne zawijania, okłady lodowe lub bańki i plastry gorczyczne; w przypadkach nadmiernego kłucia lub bolesności wskazana jest morfina w dawkach 0,005 do 0,01. Nie mniej są wskazane kąpiele chłodne, połączone z zlewaniami, szczególnie u chorych z zajętą sferą umysłową (stan durowy). Niebezpieczeństwo, zagrażające ze strony przeciążonego pracą prawego serca, a szybko rozpoznane z nadmiernie wzrosłej duszności, sinicy i powiększonego stłumienia serca ku stronie prawej, najskuteczniej można zwalczyć obfitym upustem krwi. Największą uwagę trzeba zwracać na chorych sercowych, którzy zapadli na zapalenie płuc; podawanie naparstnicy od początku choroby bynajmniej nie jest przeciwwskazanem; wskazanie jednak staje się koniecznością, skoro występują najcięższe objawy niedomogi mięśnia sercowego; w przypadkach nagłych świetnie działa digitalina podskórnie, w dawkach kilkomiligramowych, 4—6 razy dziennie. Również należy pamiętać o odżywieniu; na wzmiankę zasługują przetwory istot białkowatych, jak tropon, plasmon itp., a jeśli stan żołądka zezwala, można także podawać tłuszcze i napoje wyskokowe w miernej ilości. W przypadkach silnego ogólnego zakażenia dwoinkowego oddaje bardzo dobre usługi, obok naparstnicy i kamfory, kofeina *(coffein. natro-salicyl.)*. 0,2 w 1 ctm.³ wody, podskórnie 4—6 razy dziennie; z wlewań fizyologicznego roztworu soli kuchennej nie wiele spodziewać się należy, a wodnika chloralu zupełnie nie stosować u chorych niespokojnych.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. B. Peters: **Choroby rdzenia pacierzowego u dzieci dziedzicznie kiłą obciążonych noworodków i osesków.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 53, 3 B., 3 H., 1901). Autor spostrzegał 11 przypadków chorób rdzenia pacierzowego u dzieci na tle kiły, z których 3 przypadki dotyczyły porażenia jednostronnego kończyny górnej, a 8 przypadków porażeń obu kończyn górnych, przyczem ustawienie rączek jest charakterystyczne, zwane przez autora „Flossenstellung“, przypominające ustawienie płetwowatych łap psów morskich, a polegające na zwieszaniu rączek w stawie garstkowym przy ustawieniu ich w silnej pronacyi i skręceniu w stronę kości łokciowej. Prócz porażeń rąk spostrzegał autor porażenie mięśni łopatkowych i karkowych, zaś tylko w dwu przypadkach porażenie równoczesne kończyn dolnych. W jednym przypadku silnego porażenia obu kończyn górnych, jakoteż w przypadku porażenia, dotyczącego obu kończyn górnych i jednej dolnej, spostrzegał autor objaw Klumpke-Déjerina, polegający na zwężeniu źrenicy, zmniejszeniu się szpary powiekowej, wygładzeniu policzka zajętej połowy twarzy. Tylko w jednym przypadku objawy porażne wystąpiły zaraz przy porodzie; ztąd obraz chorobowy mógłby przypominać postać Erb-Duchenne. Z jedenastu spostrzeganych przypadków istniały u czterech chorych równocześnie objawy kiły; w pięciu przypadkach stwierdzono istnienie kiły u rodziców. Wiotkość członków porażonych, brak podwyższenia odruchów i elektrycznej pobudliwości przemawiają ze zajęciem rdzenia pacierzowego. Charakter porażeń korzeni rdzeniowych, polegający na rodzaju porażenia, jakoteż na nierównomierności w nasileniu i rozległości porażeń, jaki w opisanych przypadkach (5) spostrzegał autor, n. p. porażenie pojedynczych mięśni barkowych przy wolnych ruchach ręki i palców po tej samej stronie, lub też odwrotnie, zajęcie nerwów przedramienia przy względnej nietykalności mięśni barkowych, zmusza do przyjęcia ogniskowej sprawy zapalnej na powierzchni rdzenia pacierzowego z zajęciem błon rdzeniowych i korzeni nerwowych. Rozmaitość porażeń i w związku z tem będące porozrzucane ogniska kiłowe w rdzeniu pacierzowym, przemawiają przeciw istnieniu kilaków, które w danych przypadkach musiałyby być licznie i symetrycznie ułożone, a raczej za istnieniem zmian w tętnicach z porozrzucanemi ogniskami rozmiękczynowemi, względnie bliznowatemi, zbliżonemi do zmian „état tigré“ Charcota u dorosłych.

Odróżnienie tych porażeń kiłowych u osesków od zapalenia ostrego sznurów przednich i od zapalenia nerwów jest łatwe; — trudniejsze jest odróżnienie od porażeń powstających przy porodach, postać Erb-Duchenne. Rozstrzygać tu winny dokładne wywiady, ogólny stan dziecka, odbyty akt sztucznego porodu z uwzględnieniem, iż porażenie obu kończyn górnych i jednej dolnej i objaw Klumpkego przemawiają za kiłą wrodzoną.

W przypadkach tych chorób nerwowych rdzenia pacierzowego osesków rokowanie jest dobre przy wcześnie rozpoczętem leczeniu swoistem. *Dr. Bolesław Komorowski.*

C. Beck: **O „tendinitis i tendovaginitis prolifera calcaea“.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.*, T. 58, Z, 3 i 4). Autor opisuje nową postać chorobową ścięgien i pochewek ścięgnistych, w której bujająca ziarnina zapalna wywiera jakby wpływ magnetyczny na sole wapniowe, w ustroju rozpuszczone i wapnieje w całości. Powstaje utwór zupełnie podobny do mięsako-kostniaka. Prątków gruźliczych nie znaleziono. *Herman.*

Dr. C. Hofmann: **W jaki sposób skłonić najłatwiej chorego do spokojnego, równego i głębokiego oddychania w początku usypiania chloroformem.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901, Nr. 3). Rzecz tę ważną dla przebiegu spokojnego uśpienia osiąga autor w ten sposób, że każe choremu liczyć n. p. od 200 wstecz. Chory musi się namyślać i skupić uwagę, aby wywiązać się dobrze z zadania i zazwyczaj wtenczas oddycha spokojnie. *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

II. posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck. — Obecnych członków 30.

I. Na porządku dziennym: sprawa uczczenia Virchowa (referent kol. Kadyi). Członkowie Tow. uchwalili wziąść udział w uczczeniu Virchowa, przyłączając się do wspólnego adresu, wysyłanego z Wiednia przez instytucye naukowe austryackie.

Kol. Kučera zaznacza, że adres, jeżeli ma być wysyłany przez instytucyę polską, to powinien być zredagowany po polsku i wysłany oddzielnie; dlatego też kol. Kučera nie przyłączałby się do adresu ogólno-austryackiego. Wniosku jednak żadnego w tym kierunku nie stawia.

II. Kol. Spalke przedstawia obecnym znanego już z posiedzenia IX chorego, u którego z powodzeniem usunął włókniaki krtani. Włókniaki te wypełniają słoik 50-gramowy.

III. Kol Moraczewski: Przemiana materyi w przypadku akromegalii pod wpływem działania soli srebra. fosforu etc. Badania przemiany materyi w przypadku akromegalii dotąd nie robiono, zauważono tylko (R. Schiff), że pod wpływem podawania gruczołu tarczykowego wydzielanie fosforu się wzmaga

Prelegent poddał obserwacyi chorego z wybitnymi objawami akromegalii W pierwszym okresie badano przemianę materyi bez podawania jakichkolwiek środków i stwierdzono zatrzymanie azotu i chloru, a szczególnie fosforu i wapna. Podawanie gruczołu tarczykowego i na-

sadki wpłynęło na wydzielanie azotu i chloru, ale pozostawiło bez zmiany zatrzymanie fosforu i wapna. Dlatego po przerwie kilkotygodniowej poddał prelegent chorego ponownemu badaniu i stósował tlen w ilości 20 litr. dziennie, potem azotan srebrowy w ilości 0·10 grm. dziennie, wreszcie fosfor w ilości 0·005 grm. dziennie. Wszystkie te środki wpłynęły na wydzielanie fosforu i wapna, szczególnie silny wpływ wywarły sole srebra, wzmagając wydzielanie wapna, zarówno przez kiszki, jak przez nerki. Fosfor głównie wpłynął na wydzielanie kiszkowe, tlen działał podobnie jak sole srebrowe. Prócz tego badał autor ilość azotu wydzielonego, jako kwasy moczo- i diamidowe w moczu (Paundler).

Autor wnioskuje, że sole powyższe wpływają energiczniej na przemianę materyi w akromegalii, niż preparaty gruczołowe.

IV. Kol. Barącz: »Kilka słów w sprawie swoistego mikroba t. zw. »botryomykozy« u człowieka z demonstracyą preparatów.« Kol. B. na podstawie zbadanego przypadku, w którym nie udało się mu ani wyhodować, ani wykazać w preparatach charakterystycznego mikroba »botryomyces,« lecz zwykłe ronkowce, dochodzi ostatecznie do wniosku, że występowania t. zw. botryomykozy nie można odnosić do jednej tylko przyczyny, lecz że etyologia jej będzie różnorodną. Kol. Wehr przytacza dane historyczne z piśmiennictwa i zachęca chirurgów do dalszych spostrzeżeń w tym kierunku. Kol. Kučera zwraca uwagę, że prelegent wprawdzie nie zalicza przedstawionego przypadku wyraźnie do botryomykozy, przecież jednak na podstawie tego przypadku wyciąga wnioski co do tej choroby. Zdaniem kol. K. jest to nieuzasadnione, gdyż wogóle obecny przypadek można całkiem po prostu tłómaczyć. jako włókniak wskutek mechanicznego drażnienia owrzodziały na powierzchni. *Dr. Krzyszkowski*, sekretarz.

VII. Z głuchej prowincyi.

(O potrzebie idei i organizacyi w okręgach sanitarnych).

O navis! referent in mare te novi
Fluctus. . . . .
. . . . Nonne vides,
Ut sine remigio
Latus ac sine funibus
Vix durare carinae? *Horatius.*

Mając pisać o lekarzach okręgowych i okręgach, przeprosić muszę z góry czytelnika za kilka myśli, wybiegających poza granice rzeczypospolitej okręgowej. Trudno mi ich jednak było uniknąć, pisząc o lekarzach okręgowych, jako o lekarzach i jako o pracownikach, działających na najbardziej zaniedbanej niwie. Zresztą nie myślę przedmiotu wyczerpywać, bo na to czas jeszcze nie jest odpowiedni.

Obecna chwila jest prawie w każdym kierunku duchowego pochodu ludzkości chwilą przełomową. Wszyscy to czujemy i dowodów przez wzgląd na czytelnika, którego cierpliwość będzie mi jeszcze bardzo potrzebną, przytaczać nie będę. Czas obecny nazwaćby można okresem zbiorowej organizacyi zawodowej w tym celu podjętej, aby wywalczyć sobie lepsze warunki bytu. W tej epoce przejściowej stan lekarski bardzo w tyle pozostał poza innymi zawodami, a to z następujących głównie powodów:

1) rozproszenia, a ztąd i trudnego porozumienia się z sobą w celu przedsięwzięcia jednolitego sposobu działania; 2) z powodu różnic fizycznych, a nawet etnograficznych okolic tego samego kraju, wskutek czego nie wszędzie jednakowy sposób postępowania dałby się zastósować nawet przy najpomyślniejszem ukształtowaniu się warunków pod 1) wyliczonych i innych; 3) z powodu pewnych warunków, niestety — konkurencyjnych w walce o coraz trudniej dający się zdobyć kawałek chleba; 4) z powodu tej okoliczności, że najwybitniejsi lekarze, t. j. ci, którzy mogliby dla sprawy organizacyi najwięcej zrobić, o ile tem się zajmują, czynią to jako *noblesse oblige*. Najpotężniejsza przeto dźwignia działalności ludzkich i energii kinetycznej, to jest potrzeba, tu odpada. Lekarze zaś *minorum gentium* nie posiadają potemu środków, aby organizacyę silniejszą stworzyć.

Wobec tych i innych warunków, których nie wymieniłem. nie da się osiągnąć w wielu przypadkach, aby n. p. Izby lekarskie, złożone z najwybitniejszych lekarzy, zaradziły złemu (jak brakowi organizacyi, brakowi odpowiedniego zaopatrzenia lekarzy na starość, oraz wdów i sierót po lekarzach, — walce konkurencyjnej między lekarzami etc.). Nic jest to bynajmniej oskarżeniem Izb lekarskich, zwłaszcza wschodnio-galicyjskiej, która w danych warunkach robi co może, lecz przeciwnie, jest to tłómaczenie naturalnego zresztą zjawiska.

Lekarze okręgowi znajdują się mimo, a może właśnie z powodu przysłowiowego ubóstwa, w nieco lepszych warunkach do stworzenia pewnej wspólnej podstawy działania. Mimo rozproszenia znacznego, choć węzły sieci, jaką stanowią okręgi, są jeszcze rzadkie i choć warunki w kraju tak różnym co do położenia, t. j. terenu, a nawet ludności, są różne, to jednak łączy je wspólna ustawa i wspólna bieda. Są to dwa warunki, które z czasem mogą wytworzyć silniejszą organizacyę. Mówię: z czasem, gdyż jeszcze godzina nie wybiła, aby wytworzyć podstawy do wspólnego losu i bytu. Aby osięgnąć organizacyę, potrzebne jest wspólne porozumienie się co do jasno wytkniętego celu, do którego dążyć się powinno i co do jednolitego działania. Tylko bowiem te warunki ochronić mogą nawę okręgową od rozbicia, lub, co stokroć gorzej, od pozostawienia jej na mieliźnie, na której obecnie osiadła. Wspólne porozumienie się zaś można osięgnąć tylko przez zjazdy, z których pierwszy odbył się we Lwowie w listopadzie 1900 r. Jest to znamienną dla obecnej chwili rzeczą, że Zjazd ten okazał się nadspodziewanie licznym i w spostrzeżenia obfitym. Widocznie ogół lekarzy okręgowych odczuwa potrzebę takich zjazdów. Wybrany przez I Zjazd lekarzy okręgowych Komitet podjął się trudnego zadania przeprowadzić uchwały tego Zjazdu i rzeczywiście, o ile mi wiadomo, w tym kierunku czyni u władz starania. Jest to do pewnego stopnia zawiązek organizacyi. Gdyby wszyscy lekarze okręgowi w sprawach ogólnych okręgowych, czy też nawet osobistych, lecz z obowiązku służbowego wynikających, zechcieli się zwracać do Komitetu, który (o ile to możebne w zakresie uchwał I Zjazdu) sprawy albo sam załatwi, albo na następny Zjazd ogółowi uczestników do uchwalenia poda, zadanie organizacyi byłoby w części rozwiązane.

W ostatnich czasach powstałe „Towarzystwo Samopomocy lekarzy“ podjęło się trudnego zadania (wobec warunków wymienionych na wstępie) stworzenia organizacyi lekarzy. Mimo głosów przeciwnych, krytykujących Towarzystwo, choć go jeszcze nie było, ma ono zdaje się mimo początków trudnych wszelkie dane do rozwoju. Warunki te dadzą się streścić w dwu kierunkach: 1) od ilości członków, t. j. od nas samych, bo tylko w nas samych znajdziemy siłę; od uznania ogółu lekarzy należenia do tego Towarzystwa, a chwila wybrana potemu przez „Samopomoc“ zdaje się być odpowiednią; 2) od działalności Towarzystwa. „Samopomoc“, posiadając w swojem gronie wybitnych lekarzy, może w danym razie wiele zdziałać. Od pierwszych kroków Towarzystwa wiele także zależy. Jako przykład i zachęta do wstąpienia na wielu przyszłych członków podziała uzyskanie przez Towarzystwo warunków lepszego bytu dla tej lub owej grupy lekarzy.

Zapisanie się liczne lekarzy okręgowych do Towarzystwa, tak aby stanowili znaczny skład jego, rozwiązałoby w znacznej części zadanie organizacyi. W każdym razie, w gronie członków „Samopomocy“, a więc i w Wydziale, mogłaby z czasem wyłonić się grupa lekarzy okręgowych, posiadających wobec jednolitej ustawy własne dążenia i cele, a w składzie Towarzystwa występując na zewnątrz, jako ogół lekarzy, nadałaby działaniu potężniejsze znaczenie. Na razie jest to zadanie jeszcze nie rozwiązane; zależy to od dobrej woli ogółu lekarzy należenia do „Samopomocy“ i od pierwszych jego kroków, które mogą podziałać więcej, jako bodziec i zachęta, aniżeli wszelkie odezwy. Zanim to nastąpi, wskazanem jest, aby Komitety zjazdowe lekarzy okręgowych odnosiły się do Wydziału „Samopomocy“, co, o ile mi wiadomo, już się stało.

W dążności do organizacyi i uzyskania lepszego losu, jeżeli lekarze okręgowi mają działać w jednym jasno wytkniętym celu, muszą się oprzeć także o istniejące w kraju warunki, z którymi przyjdzie się liczyć.

Bezwątpienia łatwiejszem byłoby zadanie, gdyby w skład najwyższej władzy krajowej, t. j. Sejmu, należała z mocy urzędu reprezentacya zawodowa [1]), lub gdyby sprawy sanitarne (jako właści-

[1]) Mam tu na myśli reprezentacyę Izby wschodnio-galicyjskiej w Sejmie, która niejednokrotnie występowała w obronie praw zawodowych i czyni nawet starania do utworzenia kasy zapomogowo-pensyjnej dla lekarzy, udaremnione na razie przez odmowę zatwierdzenia przez c. k. Namiestnictwo, nie wiem już z jakich formalistycznych powodów, które wyższymi się okazały nad uwzględnienie najistotniejszych potrzeb zawodowych.

Niestety jednak, — gdyby nawet projekt utworzenia Kasy zapomogowo-pensyjnej przyszedł do skutku, — przeniesienie się lekarza w obręb Izby zachodnio-galicyjskiej pozbawi go według statutu praw do korzystania z tejże Kasy. Jest to jednak bez winy tej Izby, naturalny wynik podziału jednolitej (co do spraw lekarskich) i pod temi samemi ustawami krajowemi pozostającej Galicyi na wschodnią i zachodnią, — którego powodów i potrzeby (co do spraw lekarskich) nie rozumiemy.

wie nie wiele stycznych punktów z władzą wykonawczą mające) należały tylko do zakresu działania władz autonomicznych.

Nie będę się zastanawiał, czy korzystną byłaby dla kraju ewolucya pojęć i działań, podjętych w wskazanym przez „gdyby" kierunku, z zaliczeniem w obrachunku społecznym tej niewątpliwie potężnej jednostki, jaką stanowić mogłyby okręgi sanitarne przy zmienionych warunkach, o których będzie jeszcze mowa poniżej.

Gdy jednak stosunki inaczej się układają, musimy się rachować z tem, jak jest i według tego nadać jednolity kierunek działaniom, co, jak powyżej wspomniałem, będzie rzeczą komitetów zjazdowych.

Tu zwrócić muszę uwagę na potrzebę wspólnej idei w dążeniu do jednego celu. Zastrzedz się muszę, że mam tu na myśli nie idealizm, lecz ideę, lub — jeżeli kto woli — wspólną myśl przewodnią.

Ludzie twardej zawodowej pracy powinni się idealizmu jak ognia wystrzegać. Co innego idea: bez niej przyszłoby zmarnieć owocom naszej pracy. W naturze ludzkiej niestety leży, że musi służyć komuś lub czemuś. A służyć potęgom, co do zewnętrznych warunków i co do istnienia ograniczonym w miejscu i w czasie, nie warto. Służyć chyba warto tylko idei, bo wtedy właściwie służymy samym sobie. Idea wskaże nam, kiedy ulegać obecnym stosunkom, a kiedy przeciw nim w granicach zabezpieczonych ustaw zasadniczych wystąpić z całą męzką odwagą i siłą. A tą ideą dla lekarzy okręgowych powinno być obok działania to głębokie przekonanie, że praca ich może i musi przynieść korzyść krajowi.

Gdy kraj osiągnie korzyści, gdy polepszą się ogólne stosunki, to pośrednio i lekarze okręgowi, obecnie najpóźniej z szeregu pracowników powołani do winnicy, — nie będą może wyłączeni od korzystania z ogólnego dobra.

Kiedy jednak praca lekarzy okręgowych będzie mogła przynieść korzyść dla kraju? Gdy wszystkie nici spraw sanitarnych w okręgu wiązać się niejako będą w ręku lekarza okręgowego, gdy lekarz okręgowy będzie mógł pod względem sanitarnym powiedzieć o sobie: „okrąg to ja", wtedy dopiero na istotny stan kraju lekarze okręgowi wpływać dodatnio będą mogli. I rzeczywiście, w kilku (niestety w kilku!) lepiej uposażonych okręgach, gdzie lekarz nie myśli o tem, jakby najrychlej wyrwać się z okręgu, tam zaczyna się wytwarzać podobny typ lekarza okręgowego. Działalność lekarzy okręgowych na kresach cywilizacyjnych, w zapadłych okolicach kraju, gdzie ongi nie postała noga lekarza, zaczyna tu i owdzie przynosić owoce, stwarzać zaufanie ludu do lekarza i jego poleceń, zmierzających do uzdrowotnienia kraju, a zaufanie ludu chyba że więcej zdziała, niż najostrzej sformułowane rozporządzenia i okólniki. A ztąd płynie pewne wskazanie dla tych, od których to zależy: jeżeli chcecie, aby działalność lekarzy okręgowych istotną przyniosła korzyść dla kraju, stwórzcież takie warunki materyalne dla lekarza, aby ten nie musiał dla ratowania bytu i przyszłości swojej jak najrychlej z okręgu uciekać, dajcie temu lekarzowi odpowiednie prawa, aby jego działalność była skuteczną i tylu ustawami przeciwdziałającemi nie skrępowana. Wiąże się to właśnie z tą ideą, która nas lekarzy okręgowych ożywiać powinna, bo my niczego innego nie pragniemy, jak (obok zapewnienią jakiego takiego bytu) przyznania odpowiednich praw.

I-szy Zjazd lekarzy okręgowych we Lwowie przyniósł ostrą krytykę obecnie istniejących ustaw i stosunków, której echo znają po części czytelnicy „Przeglądu lekarskiego" (patrz: „Sprawozdanie I-go Zjazdu lekarzy okręgowych", Nr. 48, r. 1900, „O brakach w ustawie sanitarnej", Nr. 1, 1901 roku).

Przyznać musimy, że dla myśli, rzuconych przez I-szy Zjazd lekarzy okręgowych, władze przyjęły zdaje się postawę przychylną, wyższą ponad małostkowy egoizm i wiarę we własną nieomylność, która w dobrze zrozumianym interesie kraju bodaj jak najdłużej się utrzymała. Ostrze krytyki nie zwracało się zresztą przeciwko władzom, tylko przeciw usterkom i brakom w ustawie, wydanej dla okręgów, które czas i 10-letnie doświadczenie wykonawców wykazały, — w ustawie zresztą dobrze pomyślanej, ale w zastosowaniu ułomnej, i posiadającej liczne błędy w praktycznem zastosowaniu.

Wracając jeszcze do idei, która lekarzy okręgowych ożywiać powinna, t. j. stworzenia poczucia, że praca w okręgach przyniesie pożytek krajowi, — wyrażę przekonanie, iż jako najpotężniejszy środek do osiągnięcia tego celu uważam wspomniane już powyżej przyznanie jak najobszerniejszych praw lekarzom okręgowym w tym przynajmniej zakresie, jak I-szy Zjazd lekarzy okręgowych wskazał, a które znalazły swój wyraz i niejako zostały skrystalizowane w znakomicie, mojem zdaniem, opracowanym „Projekcie zmiany ustawy z dnia 2 lutego 1891 r. etc. („Przegl. lek.", Nr. 5 z roku 1901), który jednak uważałem za stosowne uzupełnić dodatkowemi „Uwagami o projekcie" etc. („Przegl. lek.", Nr. 7 z roku 1901).

Że nadanie obszerniejszych praw lekarzom okręgowym przyczyni się niemało do uzdrowotnienia najbardziej zaniedbanych pod względem sanitarnym okolic kraju, nie ulega chyba wątpliwości.

C. k. lekarzom powiatowym i w zmienionej według „projektu" ustawie przysługiwać będzie w okręgach sanitarnych — podobnie jak dotychczas, — ogólny nadzór, czy służba zdrowia odbywa się prawidłowo.

Zastanawiając się nad jedną z najpotężniejszych dźwigni społecznych, nad sprawą czci i chleba, podnieść musimy, że uzyskanie praw przez lekarzy okręgowych, nie tylko nie uszczupli powagi c. k. lekarzy powiatowych, lecz przeciwnie, podniesie znaczenie ich, jako spełniających nadzór nad lekarzami okręgowymi, posiadającymi obszerniejsze prawa. Co do sprawy materyalnej zaś, to teraz jedno z głównych źródeł dochodów c. k. lekarzy powiatowych, choroby nagminne, z powodu braku odpowiednich ustaw nieraz niepostrzeżenie ze szkodą dla ludności przechodzą. Inaczej zapewne będzie, gdy do współdziałania powołanymi będą lekarze okręgowi, do czego wspomniana zmiana ustawy dąży, a przez co zyska i kraj przez wczesne stłumienie epidemii i rząd przez mniejsze koszta na mniej rozległą epidemię i c. k. lekarze powiatowi przez liczniejsze dojazdy sprawdzające z powodu wykrytych epidemij.

Streszczając to wszystko, uważam za stosowne — dla tych, którzy wpływają na bieg wypadków, dla tych, z których każdy w sprawach, stanowiących najistotniejsze potrzeby kraju, może rozwinąć skuteczną energię i powiedzieć słusznie o sobie, że w tem *magna pars fui*, uważam za stosowne zaznaczyć:

1) W celu rozszerzenia zakresu pracy tych czynników, które dla dodatniego działania po ciężkich chwilach z przeszłości kraju są uzdolnione, należy przyznać lekarzom okręgowym możliwie najobszerniejsze prawa.

2) Chcąc, aby praca lekarzy okręgowych przyniosła korzyść dla kraju, należy lekarzy przywiązać do okręgu, a więc warunki materyalne tak unormować, aby każdy z nich nie uważał okręgu za miejsce chwilowego pobytu, *ultimum refugium*, z którego jak najrychlej, gdy się zdarzy po temu sposobność, uciekać należy.

Jako środek do przeprowadzenia wskazań pod 1) i pod 2) wyliczonych, uważam przeprowadzenie zmiany ustawy o okręgach przynajmniej takie, jakie podali wykonawcy tej ustawy („Projekt zmiany ustawy". „Przegląd lekarski" z r. 1901, Nr. 5. „Uwagi o projekcie". Tamże Nr. 7).

Wtedy z pewnością nie znajdą miejsca narzekania, że okręgi sanitarne nie spełniły tych nadziei, jakie przy tworzeniu w nich pokładano.

Dla kolegów zaś lekarzy okręgowych mam do zaznaczenia:

W ogólnych sprawach okręgowych, czy nawet osobistych, ale z obowiązku służbowego wynikających, zechciejmy się zwracać do komitetów wybranych na Zjazdach, zmuszając moralnie siebie, a tem samem i komitety, do jednolitego działania. A takie jednolite działanie, bylebyśmy tylko najwyższy cel — dobro kraju mieli na oku, podobnie jak przy 1 Zjeździe, — wytworzy z nas taką potęgę, że z życzeniami naszemi te czynniki, którym o ten sam cel: dobro kraju, chodzi (na inne czynniki nie potrzebujemy zważać), będą musiały się liczyć.

W walce najuczciwszymi nawet środkami i w najuczciwszy sposób prowadzonej i podjętej (bo tylko taką walkę uważam za godną nas), — ale rozproszonej, — paść musimy; lecz któż oprze się naciskowi jednolicie spojonych energicznych dłoni ludzi, przyzwyczajonych do walki na cywilizacyjnych kresach? *Dr. Erg.*

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Furster: *Leczenie gruźlicy surowem mięsem.* Prelegent objaśnia w następujący sposób technikę tego nowego postępowania

leczniczego, o którem już głoszono w dziennikach wiele obiecujących rzeczy. Z sztuki wołowiny lub baraniny wyszukuje się jedynie części miękkie, sieka się, fasuje nadto przez sitko, poczem otrzymaną miazgę dzieli się na małe kuleczki wielkości jagody lub laskowego orzecha i podaje się choremu według jego upodobania: w soku malinowym, w kształcie ocukrzonych pigułek i t. p. W ten sposób może chory połknąć (nie żując) 100—300 grm. surowego mięsa, co zupełnie nie powinno wpłynąć na codzienne pożywienie. Niezbędnym przy tem jest warunkiem stosowanie napojów wyskokowych, podawanych w ilości jednej łyżki stołowej co godzina.

Aufrecht (Magdeburg): *Przyczyny i początkowe umiejscowienie gruźlicy płuc.* Odosobnione ogniska gruźlicze, napotkane częstokroć w szczytach płucnych u osobników, zmarłych przypadkiem skutkiem innych chorób, mają zawsze cechę zawału *(infarctus)*, spowodowanego zakrzepem *(thrombus)* naczyń krwionośnych, odżywiających okolicę zajętego ogniska. Zakrzep jest następstwem zapalenia ścian naczyń. W sąsiedztwie ognisk gruźliczych można znaleźć naczynia o ścianach zgrubiałych skutkiem bujania, mimo że samo światło jest wolne od zakrzepu; w dalszem otoczeniu widać prawie zawsze drobne guzki i małe pęcherzykowate ogniska; pierwsze przyjmuje się dotychczas za gruzełki prosówkowe, ostatnie — jako wytwór zapalenia płuc i oskrzeli. Atoli niesłusznie. Gruzełki bowiem prosówkowe są tylko częściami drobnych naczyń krwionośnych, których ściany zgrubiały przez nadmierne nagromadzenie się komórek, pęcherzykowate zaś ogniska są następstwem zakrzepów w małych tętniczkach. Składają się dalej z krwotocznej i obumarłej części środkowej, a głównie z wału komórek, stanowiących część obwodową. (Prelegent objaśnia swoje wywody okazaniem tablic). Gruźlica płuc rozpoczyna się więc zapaleniem ścian środkowych gałęzi tętnicy płucnej, w połączeniu z zakrzepem i późniejszym zanikiem światła tętnicy; część płuc, w której rozgałęzia się zajęta tętnica, obumiera. Ta opisana zmiana naczyń, którą napotkać można w gruźlicy płuc zarówno u ludzi, jak i w gruźlicy prosówkowej, wywołanej drogą doświadczeń, jest następstwem wtargnięcia prątków gruźliczych, krążących już we krwi; na barwionych preparatach można widzieć prątki, tkwiące w ścianach naczyń. Wobec więc tego jasnego związku, zachodzącego między prątkami gruźliczymi a naczyniami krwionośnemi, wykluczone jest przyjęte powszechnie mniemanie, jakoby prątki dostawały się do ustroju drogą przewodu oddechowego. Jakżeby bowiem zdołał nieruchomy prątek przeniknąć tkankę płucną aż do naczyń, nie pozostawiwszy za sobą namacalnego uszkodzenia? właśnie w płucach muszą tkwić przyczyny, wybierające z szczególnem upodobaniem tkankę płucną dla usadowienia się prątków gruźliczych. Stan krwi i niekorzystne warunki krążenia wyjaśniają częstość powstawania gruźlicy płucnej: drobne gałązki tętnicy płucnej mogą się tem mniej oprzeć niszczącemu wpływowi prątka, ponieważ z prawego serca otrzymują krew, obfitującą w kwas węglowy i inne szkodliwe wytwory przemiany materyi. Okoliczność zaś, że gruźlica usadawia się z szczególnem upodobaniem w szczytach płuc, tłómaczy prelegent zwolnionem krążeniem krwi w tem miejscu wskutek siedzącego trybu życia, a prócz tego szarpaniem tkanki płucnej przez gwałtowne wydechy wśród ciężkiej pracy, kaszlu i t. d.

Papillon (Paryż): *Dziedziczność gruźlicy.* Prelegent kładzie wielką wagę na stan chorobowy, poprzedzający właściwy wybuch gruźlicy; jeden i drugi, nazwane „prétuberculose“, zależą wielce od dziedziczności; od jakości owego stanu chorobowego zawisł także sposób rozwijania się gruźlicy. Potomkowie osobników nerwowych lub cierpiących na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, zapadają na gruźlicę pod postacią neurastenii, względnie objawów niestrawności; to samo da się powiedzieć o dziedzicznem przeniesieniu gośćca, wad sercowych i miażdżycy tętnic. Z tego prelegent wnosi, że poznanie poprzednich niegruźliczych cierpień u przodków chorego, ma znaczenie większe, aniżeli rozpoznawcze wstrzykiwanie tuberkuliny.

Baumholz (Petersburg): *Odporność czerwonych ciałek krwi w przebiegu gruźlicy płuc.* Odporność czerwonych ciałek krwi oznaczona ilością nierozpuszczalnych krwinek w słabym rozczynie soli kuchennej, jest zwiększona w przebiegu gruźlicy płucnej i to odpowiednio do natężenia choroby; objaw ten jest tak stały, że można nawet z niego wysnuć wnioski co do rokowania. Przyczyny odporności należy szukać w ilości i jakości stałych składników krwi; z poprawą odżywienia maleje odporność i na odwrót, z jej siły można wnosić o stanie ogólnego odżywienia.

Renon (Paryż): *O równoczesnem występowaniu gruźlicy z chorobą Raynauda.* Już inni autorowie (Sée, Byers i t. d.) zwrócili uwagę na częste i uwagi godne wikłanie się gruźlicy z chorobą Raynauda (symetryczna zgorzel palców u rąk i nóg), a prelegent wprost stawia gruźlicę, jako przyczynę tego cierpienia — szczegół, mający etyologiczne znaczenie, tem bardziej, że po dziś dzień nie uznaje się choroby Raynauda za samoistną. Związek jednak między temi cierpieniami należy inaczej tłómaczyć, aniżeli n. p. wpływ gruźlicy kręgów na układ nerwowy (przez ucisk na rdzeń); jak atoli gruźlica działa, nie da się na razie wyjaśnić. Spostrzeżenie Renona tyczyło się mężczyzny, który, cierpiąc na gruźlicę płuc i gruczołów chłonnych, utracił w przeciągu 10 dni prawie wszystkie palce u rąk i część małżowin usznych, później występowały napady sinicy i bolesność w kikutach, przy każdorazowo pojawiającem się przekrwieniu.

Rozprawy: Widal (Paryż) mniema, że etyologia choroby Raynauda nie jest jednolitą, jak dowodzą różnobrzmiące wyniki badań pośmiertnych. — Aport (Paryż): Nietylko zakażenia, ale także zaburzenia w przemianie materyi mogą przysposobić grunt do choroby Raynauda, n. p. cukrówka; nie należy jednak mieszać ze zgorzelą cukrówkową. — Potain (Paryż) dodaje, że trąd należy do przyczyn usposabiających. — Rendu (Paryż) miał sposobność widzieć przypadek choroby Raynauda, powikłany z cukrówką i twardzielą skóry (sklerodermia).

Bellota Taylor (Santander): *O wrotach dla prątka gruźliczego.*

Rozprawy: Rendu i Widal (Paryż) są stanowczo zdania, że gruźlica jest przyrody zaraźliwej, dowodów dostarczają zadość nietylko doświadczalna, ale i ludzka patologia. — Dieulafoy (Paryż) zwraca uwagę na migdałki u dzieci, jako na wrota dla prątków gruźliczych, zkąd (jeśli takowe nie zostały wcześnie usunięte) przenoszą się na gruczoły podszczękowe, a po miesiącach lub latach na śródpiersiowe i oskrzelowe, a wreszcie do płuc.

Middendorp (Gronningen): *Etyologia gruźlicy.* Prelegent powtarza swoje już raz na Zjeździe w Berlinie (1899) wypowiedziane twierdzenie, że prątek gruźliczy nie jest przyczyną gruźlicy.

Siredey: *Rozpoznanie choroby Potta.* Cierpienie to rozwija się u dorosłych powoli, pod najrozmaitszemi postaciami, aż dopiero po latach jawnie występuje, objawiając się silnymi bólami nerwowymi w zakresie klatki piersiowej i jamy brzusznej (żołądek, nerki); bolesność, rozpromieniająca się do nóg, może wzbudzić błędne podejrzenie na rwę kulszową, lub wiąd rdzenia. Jedynie staranne zbadanie stosu kręgowego może ustrzedz od omyłek: nieustająca tkliwość na ucisk w pewnem ograniczonem miejscu, wysterczanie wyrostka kolczastego, a przedewszystkiem nieruchomość niektórych stawów kręgowych przy zginaniu się, prostowaniu lub pochyleniu się na boki. Częstokroć nie przychodzi do wytworzenia się garbu, nierzadko bowiem powstają między kręgami i ich więzadłami małe ropnie, usuwające się od rozpoznania. Ztąd dopiero bierze początek ogólna gruźlica ustroju. (Dok. nast.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Rozporządzenie ministeryum sprawiedliwości w porozumieniu z ministeryum spraw wewnętrznych i skarbu z d. 20 marca 1901 (Dz. U. P. z 3 kwietnia, 1901. XVI., pod Nrem 34), **tyczące się wprowadzenia nowej taryfy należytości dla lekarzy znawców w postępowaniu karnem.**

W miejsce dotychczas obowiązującego rozporządzenia w postępowaniu i wykonaniu karnem z dnia 17 lutego 1855 r. wchodzą w życie następujące przepisy:

§. 1. Należytości znawców lekarskich w postępowaniu karnem mają być wymierzane wedle następującej taryfy:

A. Czynności lekarzy sądowych.

1. Za badanie uszkodzonego przy rozmyślnych i przypadkowych uszkodzeniach cielesnych, wraz z wywodem i orzeczeniem:
a) w zwykłych przypadkach — **3 Kor.**
b) w przypadkach trudniejszego badania lub podania wywodu — **6 Kor.**
c) jeżeli nadto zachodzi potrzeba trudniejszego naukowego uzasadnienia w orzeczeniu — **10 do 20 Kor.**

2. Za badanie, wraz z wywodem i orzeczeniem, w przypadkach nadwyrężenia zdrowia i obrażeń przy czynach karnych innego rodzaju, szczególnie przy stwierdzaniu stanu zdrowia i ciała, przy stwierdzeniu okoliczności, czy miał miejsce poród lub akt płciowy (w przypadkach czynów przeciw obyczajności i dochodzeń na matce przy jej czynach, godzących na życie dziecka):
a) w prostych przypadkach — **6 Kor.**

b) w przypadkach trudniejszego badania lub wywodu — **10 Kor.**
c) jeśli nadto potrzeba zawilszego naukowego uzasadnienia orzeczenia — **10 do 20 Kor.**

3. Za orzeczenie, wywód i badanie narzędzi, plam, leków, trucizn i t. d., o ile te muszą być oddzielnie podjęte od badań pod 1 i 2 wymienionych:
a) w zwykłych przypadkach zapomocą nieuzbrojonego oka — **3 Kor.**
b) zapomocą nieuzbrojonego oka przy zawilszem naukowem uzasadnieniu orzeczenia — **6 Kor.**
c) w przypadkach mikroskopowego, spektroskopowego lub innego fizykalnego badania (zwłaszcza plam krwawych, nasiennych, bakteryj i t. p.). — **10 do 20 Kor.**

4. Za badanie wraz z wywodem i orzeczeniem co do bakteryj ze sporządzaniem hodowli, lub z doświadczeniem na zwierzętach — **20 do 40 Kor.**

5. Za sekcyę zwłok ludzkich lub ich części, wraz z wywodem *(bez orzeczenia)* — **12 Kor.**

6. Za sekcyę zwłok niedojrzałego ludzkiego płodu, wraz z wywodem *(bez orzeczenia)* — **6 Kor.**

7. Za orzeczenie o sekcyi zwłok (5 i 6):
a) w prostych przypadkach — **6 Kor.**
b) przy zawilszem naukowem uzasadnieniu orzeczenia — **10 do 20 Kor.**

8. Za oględziny zewnętrzne zwłok, ludzkiego płodu lub popłodu (bez sekcyi), wraz z wywodem i orzeczeniem — **6 Kor.**

9. Za obecność i współudział znawczy (*sachverständiger Beirath*):
a) przy oględzinach — **6 Kor.**
b) przy ekshumacyi zwłok — **10 Kor.**

10. Za badanie stanu umysłowego, wraz z wywodem i orzeczeniem — **10 do 40 Kor.** (w przypadkach nadzwyczajnego nakładu czasu i trudu wymierzać wedle końcowego ustępu § 384 ust. o post. karn.).

11. Za badanie stanu zdrowia i ciała, wraz ze sprawozdaniem, dokonane na:
a) obwinionych, świadkach, znawcach, przysięgłych i t. d., celem stwierdzenia przyczyny ich niestawienia się w Wiedniu, Pradze, Bernie, Lwowie, Krakowie, Gracu, Lublanie, Tryeście, Salzburgu, Insbruku — **4 Kor.**, we wszystkich innych miejscowościach — **2 Kor.**
b) na więźniach, co do dopuszczalności oddania ich do zakładów robót przymusowych i t. p. (o ile te badania nie są objęte na podstawie §. 9. zawartą umową lub ugodą) — **1 Kor.**

12. Za obecność przy rozprawie głównej, oraz za wówczas wydawane wyjaśnienia, wywody i orzeczenia, aż do upłynięcia jednej godziny — **6 Kor.**, za każdą następną, choćby rozpoczętą, godzinę — **2 Kor.** (obliczanie straty czasu ma być podjęte z osobna za każdy dzień, a czas przerwy wśród rozprawy, lub między kilkoma rozprawami, przeprowadzonemi w tym samym dniu, nie przekraczający godziny, ma być zaliczony do czasu obecności).

13. Za studyowanie aktów, zależnie od ich objętości — **3 do 10 Kor.**

14. Za wydanie orzeczenia na podstawie wywodu, podanego przez innego lekarza:
a) w przypadkach pod 1., 2. i 3. *a)*, wymienionych wedle tamże przytoczonych należytości;
b) we wszystkich innych przypadkach, jak również przy wydaniu orzeczenia na podstawie chemicznego lub technicznego wywodu — **6 Kor.**
c) przy zawilszem naukowem uzasadnieniu — **10 do 20 Kor.**

15. Za oddzielne badanie uszkodzonego lub chorego, celem późniejszego podania wywodu — **3 Kor.**

16. Za daremne stawiennictwo wskutek wezwania, jeśli niema uprawnienia do dyet dziennych — **3 Kor.**

17. Dyety dzienne i koszta podróży:
a) u lekarzy, pozostających w służbie państwowej, wedle ich rangi;
b) u wszystkich innych lekarzy wedle 9. klasy rangi.

Pod *B* rozporządzenie dotyczy taryfy za czynności sądowo-weterynaryjne.

§. 2. Znawcom przysługuje oprócz należytości, wymienionych w §. 1, odszkodowanie za gotowe wydatki przy przedsiębraniu badań (za środki odkażające, odczynniki i t. d.), lecz nie za konieczne do badania narzędzia lekarskie.

§. 3. Co do kosztów podróży i dyet dziennych, to należy postępować wedle istniejących przepisów, tyczących się urzędników państwa.

§. 5. Każdy z kilku znawców, wezwanych do czynności urzędowej, ma słuszne prawo do pełnych należytości.

§. 6. Sądy są obowiązane ograniczyć wzywanie i zatrudnianie znawców do miary konieczności. Mają one zatem w myśl §. 123 u. o p. k. wskazać znawcom przedmioty i cel badania i udzielić im koniecznych wyjaśnień. Wydanie im aktów ma nastąpić tylko w myśl drugiego ustępu §. 123 u. o. p. k., zatem tylko wtedy, gdy wglądnięcie w akta jest niezbędne i nie da się zastąpić ustnem wyjaśnieniem i o ile nie zachodzą inne przeszkody. Sądy mają mieć szczególniej na oku, żeby tylko takie badania były przez znawców podejmowane, które celowi danego postępowania karnego służą. W przypadkach wątpliwych mają tedy sądy naprzód uzyskać wyjaśnienie, czy zasięgnięcie zdania znawcy wogóle może mieć wynik, dający się zużytkować.

§. 7. Jeżeli w danem postępowaniu karnem zachodzi wątpliwość, czy kilka przedmiotów danych ma być razem poddanych badaniu przez znawców, lub czy już badanie jednego z nich nie wystarczy, mają sądy albo badanie tymczasowo na pojedyncze z nich ograniczyć, albo po przedstawieniu celu badania skłonić znawców do odstąpienia od badania dalszych przedmiotów, o ile cel badania jest już osiągnięty.

§. 8. Zezwoleniu przez sąd drugiej instancyi podlega:
1. Wymiar należytości *A* 1 *c*, 2 *b* i *c*, 3 *c*, 4, 7 *b*, 10, 14 *c*, *(B 4 c)*.
2. Zezwolenie na nieobjęte tą taryfą wynagrodzenia za nadzwyczajne czynności. . . . . Rozstrzygnięcie podlega odwołaniu się wedle §§. 392 i 481 u. o post. k., ponieważ ono, chociaż jest zezwolone przez sąd II instancyi, wychodzi ze sądu I instancyi.

§. 9. Taryfa należytości II rozporządzenia z 17 lutego 1855 za czynności lekarskie chirurgiczne i położnicze, wykonane z polecenia władz sądowych, odpada obecnie w zupełności. O ile dla takich czynności nie istnieją stale ustanowieni lekarze (lekarze więzienni), mają być zawarte z okolicznymi, względnie miejscowymi, lekarzami umowy. To samo dotyczy akuszerek.

§. 10. Rozporządzenie to ma moc obowiązującą od 1 lipca 1901 r. *Spens*, m. p.

Powyższa nowa taryfa należytości za czynności sądowo-lekarskie, będąca owocem usilnych starań świata lekarskiego, przedewszystkiem zaś Izb lekarskich, odpowiada duchowi czasu i postępowi nauki lekarskiej. Wzorowana zdaje się na dotychczasowej taryfie, obowiązującej w Niemczech, zarzuca błędną podstawę oceniania należytości lekarskich, jaką posiadała dotychczasowa taryfa, i czyni wymiar należytości zależnym nie od ustawowej doniosłości danego uszkodzenia lub stanu, jak taryfa dotychczasowa, lecz od mniejszego lub większego nakładu czasu i trudu, jaki znawca przy dochodzeniu swem ponosi. W tem należy upatrywać stanowczą wyższość nowej taryfy nad taryfą z r. 1855.

Pewne wątpliwości budzą się atoli wskutek stylizacyi ustępów w *§. 1. A. 1. a, b, c. 2. a, b, c. 3. a, b. 7. a, b.* i *14. a, c.*, a to o tyle, o ile nie wiemy, na jakiej podstawie sąd 1-szej instancyi, względnie i sąd 2-giej instancyi, który wedle §. 8. 1-szego ustępu na wypłacenie tych wyższych należytości musi zezwolić, będzie oceniał, czy dany przypadek wymagał trudniejszego badania, względnie trudniejszego uzasadnienia naukowego, w orzeczeniu lub w wywodzie. Zachodzi obawa, by te, w taryfie przewidziane, wyższe wynagrodzenia nie stały się przy zastosowaniu taryfy iluzorycznemi; w tym bowiem razie podwyższenie należytości byłoby w istocie minimalne.

Wachholz.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 kwietnia.

* W tych dniach ukonstytuuje się z łona Towarzystwa lekar. krak. »Komitet polski« dla obesłania III. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich. Przewodniczącym tego Komitetu wybrało Tow. lekar. krak. kol. prof. Wicherkiewicza. Prawdopodobnie pośrednicząca rola tego Komitetu nie ograniczy się tylko do Krakowa.

* W ostatnim N. Časopisu l. č. znajduje się spis dotychczas zapowiedzianych odczytów na zbliżający się Zjazd w Pradze. Nietylko z liczby, lecz i z treści tematów można wróżyć Zjazdowi czeskiemu znakomite powodzenie. Między tymi, którzy zapowiedzieli odczyty, nie znaleźliśmy do tej pory prelegentów Polaków; przypominamy, że czas do zgłaszania tematów na odczyty kończy się na 4 tygodnie przed rozpoczęciem się Zjazdu.

* Dr. J. Żółtowski mianowany został nadetatowym ordynatorem kliniki ginekologicznej w Warszawie.

* Towarzystwo lekarzy serbskich w Belgradzie mianowało członkami korespondentami: prof. Dr. Bol. Wicherkiewicza i Dr. A Kwaśnickiego.

* Prof. Widerhofer uległ udarowi mózgowemu z następowem porażeniem prawej połowy ciała.

* XIX-ty Zjazd dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w Berlinie od 16—19 kwietnia pod przewodnictwem prof. Senatora.

* Do podania brandeburskiej Izby lekarskiej, domagającego się od Związkowej Rady niemieckiej niedopuszczenia na medycynę wychowańców szkół realnych, przyłączyło się 170 rozmaitych związków lekarskich.

* „Cosmos“ donosi, że w Larysie odnaleziono grób Hipokratesa. Rząd grecki wysłał na miejsce komisyę, której zadaniem jest przeprowadzenie odgrzebania z zachowaniem niezbędnych ostrożności. Hipokrates przebywał w Larysie od 460 do 370 r. przed Chrystusem.

* W zatargu lekarzy norymbergskich z magistratem tego miasta wyszli lekarze zwycięzko. Magistrat uwzględnił wszystkie, dodajmy słuszne, wymagania lekarzy. Pomyślny ten wynik zawdzięczają lekarze swemu jednomyślnemu działaniu.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Stadelmann mianow. został prof. tytularnym w Berlinie. Doc. Gessner prof. nadzwycz. położnictwa i ginek. w Erlandzie. Doc. Braus prof. nadzw. w Heidelberdze. Docenci: Krückmann i Windscheid: prof. nadzwycz. w Lipsku. Doc. Overton prof. nadzwycz. w Würzburgu. W Paryżu zostali kierownikami: kliniki chirurg. prof. Kirmisson, — ginekolog. Pozzi. Dr. Biedl mian. prof. nadzwycz. patologii ogólnej w Wiedniu.

Nekrologia. Zmarli: prof. Ring w Berlinie, l. 81.

Bibliografia.

— *Krytyka Lekarska* Nr. 4: Lewin: Wody mineralne, stacye klimatyczne i sanatorya krajowe (dok.).

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 4: Błoński: O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie odkażających mięszanin oleju rycynowego (rezorcyno-benzonaftolowego, rezorcynu-salolowego. lub im podobnych). Karwowski: Przypadek porostu włosów na ręce, dotkniętej gośćcem rzeżączkowym.

— *Postęp Okulistyczny* (marzec). Idzikowski: Przypadek pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego. Sędziak: O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych.

— *Kronika Lekarska* Nr. 6: Roszkowski: Dalszy przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapnia (gorytem). Winiarski i Wolfram: Trzy przypadki porażenia Landryego.

— *Medycyna* Nr. 14: Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu. Dobrzycki: Puch i pierze jako roznosiciele chorób zakaźnych, oraz aparat Lorcha do ich desinfekcyi (dok.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 14: L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na strawność żołądka. Higier. Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerolicae« oraz t. zw. »gangrenae spontaneae« (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14: Weigner: Poměr nervi accessorii a prvých spinalnich nervů. Kristen: Nahodilá otrava mortiem. Elgart: Profylaxe tyfu skvrnitého (c. d.).

— *La Semaine médicale* Nr. 12. Broca: Torbiele wodunkowe w wątrobie dziecka. Voisin: O wpływie chorób wbieżnych (intercurrentes) na przebieg padaczki. Nr. 13: Marfan: Nabyte schorzenia ujścia tętniczego i ujścia aorty w wieku dziecięcym.

— *La Presse médicale* Nr. 26: Wlaeff: Znaczenie blastomycetów w patologii ludzkiej. Nr. 27: Chauffard: Objaw Kerniga w przebiegu zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych. Martinet: Jak należy zapisywać sole jodowe?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14: Neusser: O etyologicznobakteryologicznem rozpoznawaniu. Barącz: W sprawie przyczyny swoistej botryomykozy u człowieka. Preindlsberger: Krwotok jelitowy po odprowadzeniu przepukliny uwięzłej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14: Albert: Zabieg w porodzie przy miednicy ściśniętej, polegający na wykonaniu obrotu z natychmiastową ekstrakcyą. Dieudonné: Przyczynek do wywodów biologicznych z badania krwi ludzkiej. Rosenbach: O miejscowych zastoinach i przesączynach w schorzeniach serca, oraz uwagi nad czynnościowem rozpoznaniem postaci przejściowych z wypociny i z wysięku: Hermann: Choroby robotników w fabrykach chromanów. Ghillini: O bezkrwawem leczeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego ze względu na zniekształtnienie uda. Ostermaier: Przyczynek do wiedzy o wielorakiej martwicy tkanki tłuszczowej. Barth: Przypadek tętniaka aorty wstępującej leczony wstrzykiwaniami żelatyny. Lacher: O palcach pałeczkowatych. Günzburger: Pokrzywka z białkomoczem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 14: Binz: Zawartość rozpuszczonego żelaza w naturalnych szczawach żelezistych. Ostmann: O galwanokaustycznem zamykaniu naczyń, jako akcie wstępnym do interwencyi śródnosowej. Albrand: Uwagi o terapii przewodu nosowo-łzowego. Albu: Ostry zanik wątroby z zejściem pomyślnem. Reinhold Ruge: Słowo o leczeniu świeżych przypadków czerwonki podzwrotnikowej. Michaelis: O chemizmie barwienia tkanki elastycznej i zastosowaniu jego do preparatów z plwociny. Zuelzer: Sprawa biologicznego oddziaływania na białko we krwi i w moczu. Praum: Wykazanie najmniejszych śladów białka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14: Bettmann: O osobliwej postaci pokrzywki sztucznej w przebiegu twardziny skóry (sclerodermia). Westphalen: O t. zw. zapaleniu jelit błoniastem. Kuttner: Wycięcie muszli dolnej. Ransom: Rozchodzenie się jadu tężcowego i antytoksyny przeciwtężcowej w żywem ciele zwierzęcia.

Nowe książki.

Escat: Choroby gardła (nosowo-uszno-krtaniowo-gardlane). Str. 576, rysunków 45. Cena 16 fr. Netter: Mór i jego prątek. Leczenie surowicze i szczepienie. Stron 124, rysunków 4. Cena 4 fr.

Redakcya otrzymała:

Droba: 1) Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej. 2) Toż samo po niemiecku. 3) O tworach olbrzymich w tkankach gruźliczych. 4) Toż samo po niemiecku. 5) Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materyału prof. Alfreda Obalińskiego. 6) Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym, na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898—99. 7) Sprawozdanie z IX Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dn. 18—19 lipca 1899 r. 8) Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i ważniejsze zabiegi chirurgiczne. Lassar: Zur Therapie des Cancroid. Jaworski W.. 1) Mineralwässer und Heilwässer. 2) Über den Gebrauch der Aqua magnesiae effervescens. Stępowski: Sztuczne wody mineralne i napoje gazowe. Philippe i Majewicz: Lesions des noyaux du pneumogastrique dans la sclerose latérale amyotrophique et la paralysie spinale antérieure subaiguë de Duchenne. Wróblewski: 1) O soku wyciśniętym z drożdży. 2) L'influence des phosphates sur l'action fermentative du jus de levure. 3) Über Dialyse in einigen Flussigkeiten, in welchen das Pergament nicht aufquillt, dagegen aber das Gummi. Lemberger: Sprawozdanie z czynności pracowni chemicznej miejskiej za r. 1900. Kayser. Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-Nasen-und Ohrenkrankheiten. Rosenberger: Ursachen der Karbolgangrän. Sommer: Die Prinzipien der Säuglingsernährung.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 499.

W myśl reskryptu Wydziału krajowego z dnia 17-go kwietnia 1900 L. 25.405 i uchwały Wydziału powiatowego w Biały z dnia 28 lutego 1901 L. 499 rozpisuje się ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w **Osieku** z płacą 1000 koron rocznie i ryczałtem na koszta podróży w kwocie 600 koron rocznie.

Do okręgu sanitarnego w Osieku należy 11 gmin z liczbą mieszkańców 10.570. — Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową.

Podania o nadanie tej posady wnosić należy do Wydziału powiatowego w Białej najdalej do dnia 30 kwietnia 1901 r. i dołączyć.

1. Dyplom doktora medycyny;
2. Dowód obywatelstwa austryackiego;
3. Dowód, że kompetujący nie przekroczył 40-go roku życia;
4. Świadectwo odbytej conajmniej dwuletniej praktyki w zawodzie lekarskim i
5. Świadectwo lekarskie, potwierdzone przez odnośnego lekarza powiatowego, iż proszący jest fizycznie zdolnym go pełnienia obowiąz ów lekarza okręgowego.

Z Wydziału powiatowego.

Biała, dnia 28 lutego 1901.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w **Bobrku,** w powiecie Chrzanowskim, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Bobrek, Chełmek, Dąb, Gorzów, Gromiec, Libiąż mały, Libiąż wielki, Metków, Moczydło, Zagórze i Żarki z ludnością 10.559 głów.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 1.000 Kor., płatna w ratach miesięcznych z góry z funduszów powiatowych i ryczałt na koszta podróży 600 Kor. z funduszów krajowych.

Lekarz okręgowy w Bobrku bępzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Nieskazitelny charakter;
4. Znajomość języka polskiego;
5. Najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym, po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;
6. Dostateczna fizyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadoctwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza pow.

Należycie udokumentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 30-go kwietnia 1901 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 26-go marca 1901 roku.


QUAKER
WEISSE OATS
QUAKER OATS

Rok XL. Kraków, 20 Kwietnia 1901. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki

I. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

1. Wstęp. — Jądra, — Spermina.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Każda sprawa, dotykająca ogólnych zagadnień w medycynie, zagadnień, na które na razie nie umiemy dać jasnej i pewnej odpowiedzi, bo nie mamy ścisłych podstaw do tego, żywo porusza umysły, gdy, czy to skutkiem nowego odkrycia, owocu przypadku, lub żmudnej wytrwałej pracy, czy też w następstwie nowej hipotezy, przemawiającej do przekonania, sądzić można, że uda się zdobyć dla nauki nową prawdę, że z prawdy tej czerpać będzie można praktyczne korzyści. Daje to pochop do dalszych badań, do stwierdzenia uzyskanych wyników, do poznania, o ile prawdziwe były przesłanki, tworzące podstawy świeżych poglądów. W pierwszych chwilach bywa ta praca nie dość systematyczna, znać w niej pewien, jakby gorączkowy, łatwo zresztą zrozumiały pospiech, wymiana zdań ożywia się nad miarę, krytyka, dodatnia czy ujemna, bywa nie dość dojrzała, nierzadko nazbyt podmiotowa. Zwolna jednak prąd cały zlewa się do właściwego łożyska, ścisłość, wrodzona badaniom z nauk przyrodniczych, bierze przewagę; nastaje okres systematycznego opracowania przedmiotu, rozszerzenia i pogłębienia badań, gromadzenia i grupowania materyału dla ostatecznej, ścisłej i przedmiotowej krytyki. To jakby trzeci, końcowy okres, okres obrachunku.

W niedalekiej przeszłości widzimy kilka spraw takich, że dla przykładu wymienimy tylko najważniejsze: leczenie gruźlicy, z wystąpieniem Kocha na czele, leczenie błonicy i całą nowoczesną terapię surowiczą, wreszcie trzecią, nie podrzędnej wagi, organoterapię. Każdą z nich omawiać obecnie można z większym spokojem naukowym, a ostateczne wyniki dotychczasowych badań i ich ogólniejsze znaczenie oceniać z większą ścisłością, bez podmiotowego optymizmu lub pesymizmu, których tak bardzo wystrzegać się trzeba, a które nie rzadko przynoszą ze sobą wrażenia pierwszej chwili. Stanowisko wyczekujące zawsze jest lepsze, aniżeli sąd przedwczesny, dodatni czy ujemny. Odnośnie do organoterapii było ono, a w części i obecnie jest jeszcze tembardziej wskazane, że sprawa ta dotyka ważnych zagadnień biologicznych, wchodzi w najgłębsze tajniki zjawisk fizyologicznych i patologicznych.

W piśmiennictwie lekarskiem dość już dużo mamy na to dowodów, że organoterapia wyszła z pierwotnego zakresu badań, z zakresu prób leczniczych, że obecnie stanowi przedmiot, a raczej środek badań ścisłych, zmierzających do poznania wpływów, wywieranych przez poszczególne narządy zwierzęce na ustrój, do dokładniejszego poznania biologicznego znaczenia tych narządów. Dokładne określenie wskazań leczniczych, oparte na ścisłych podstawach, może być ostatecznym celem dla medycyny praktycznej, skuteczność pewnych przetworów, otrzymywanych z narządów zwierzęcych, podstawą dla krytyki nowego sposobu leczenia, ale żadną miarą nie może stanowić probierza dla oceniania znaczenia organoterapii dla nauki lekarskiej jako takiej. Stanowisko to jedynie słusznem być się zdaje. Jak dotychczas jednak nie bywa ono prawie zupełnie uwzględniane, strona praktyczna wysuwa się niemal wszędzie na plan pierwszy, a wszystkie zbiorowe sprawozdania i streszczenia mówią przeważnie o skutkach lub zawodach leczniczych. Zdanie to każdy wyrobić sobie musi, przejrzawszy choćby kilka z najpoczytniejszych i najbardziej znanych zbiorowych sprawozdań; wśród nich, idąc w porządku chronologicznym, prace: Ch. Eloya [1]), Fürbringera [2]), Goldscheidera [3]), G. Buschana [4]), Krausa [5]), Landaua [6]), A. Gilberta i P. Carnota [7]), C. Hillemanda [8]), Burgharta [9]) itd. Ze wszystkich tych autorów jeden tylko Hillemand sięga nieco głębiej w istotę sprawy i niezadawalnia się przedstawieniem wyłącznie tylko strony praktycznej.

W polskiem piśmiennictwie zajmuje organoterapia nie wiele miejsca. Z prac sprawozdawczych posiadamy dwie tylko, mianowicie rozprawę Polikiera [10]) z końca r. 1890 i z początku r. 1891, poświęconą przeglądowi doświadczeń leczniczych z płynem Brown-Séquarda i A. Puławskiego [11]) z r. 1894, streszczającą w krótkości wyniki leczenia niektórymi narządami zwierzęcymi.

A więc z górą sześć lat już minęło od ostatniej pol-

[1]) Ch. Eloy: La methode de Brown-Séquard. Paris. 1893.

[2]) Fürbringer: Ueber die moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. (Deutsche med. Wochschft. 1894 S. 293).

[3]) Goldscheider: Zur Gewebssaftherapie. Deutsche med. Wochschft. 1894 S. 377.

[4]) G. Buschan; Die Brown-Sequardsche Methode u. ihr therap. Wert. Berlin 1895.

[5]) Kraus: Ueber gegenwärtigen Stand der Organextrakt-Therapie. Ther. Wochenschrift. 1896. N. 4.

[6]) Landau: Ueber Organotherapie. Münch. med. Wochenschrift. 1897. Nr. 49.

[7]) A. Gilbert et P. Carnot: L'opotherapie, traitement de certaines maladies par extraits des organes animaux. Paris 1898.

[8]) C. Hillemand: Organothérapie ou opothérapie. Paris 1899.

[9]) Burghart; Beiträge zur Organotherapie. Münch. med. Wochschft. 1899, S. 610.

[10]) Polikier: O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działaniem płynu jądrowego, oraz jajnikowego i o sperminie. »Kron. lek.« 1890. Nr. 11 i 1891 Nr. 1.

[11]) A. Puławski: Etyologia i leczenia obrzęku śluzowego. — O leczeniu płynami tkankowymi w ogólności. »Gaz. lek.« 1894. Str. 808.

skiej publikacyi, kreślącej obraz ogólny ówczesnego stanowiska naszego przedmiotu. To jeden powód więcej, aby pokusić się o przedstawienie rozwoju organoterapii, o wyszukanie tych szczegółów, które istotną posiadają wartość, które rozstrzygać mogą o obecnem jej znaczeniu i stanowisku.

Organoterapia nie jest nowym sposobem, względnie kierunkiem leczenia. Poszukiwania z historyi medycyny dostarczają wiele na to dowodów, że tak w starożytności, jak w wiekach średnich i nowych, niektóre narządy zwierzęce były w użyciu, jako środki lecznicze, mniej lub więcej rozpowszechnione i w rozmaity sposób stosowane. I tak na przykład spotykamy w pismach Pliniusza[12]) wzmianki, że Grecy i Rzymianie, dotknięci niemocą płciową, skrzepiali się, spożywając jądra, a nawet nasienie osłów, w Albanii[13]) i teraz jeszcze uchodzą suszone lub smażone jądra zwierzęce za środek leczniczy w niemocy płciowej mężczyzn, lub w braku miesiączki u kobiet. Ślady organoterapii spotykamy także u Paracelsusa[14]), słynnego lekarza XVI wieku, który w dziele swem „Archidoxa“ poleca śledzionę, jako niezawodny środek w braku miesiączki. Przykładów takich podać by można znacznie więcej [15]). Jako o osobliwości niech mi wolno będzie wspomnieć na tem miejscu o zawieszaniu na szyi członka męzkiego przez niepłodne niewiasty rzymskie, lub o noszeniu suszonego języka lisiego, jako środka zapobiegawczego przeciw róży. Nie leczenie to, co prawda, lecz zabobon, ale stanowi także objaw ducha czasu, stwierdza wiarę w skuteczność narządów zwierzęcych przeciw pewnym chorobom także w kołach nielekarskich.

Z takich i tym podobnych zabytków historycznych wynikałoby, że dla ścisłości mówić właściwie należy o wyszukaniu i powołaniu do życia dawnych środków leczniczych, a nie o wskazywaniu nowych. Za daleko szlibyśmy jednak w tej ścisłości historycznej, która przestaje być ścisłością, a staje się bezpodstawną pedanteryą, gdy stosować ją chcemy do rzeczy, podobnej może formą, zupełnie jednak różnej treścią, a tak właśnie ma się sprawa z organoterapią. Zaprzeczyć się wszakże nieda, że o możliwości leczenia narządami zwierzęcymi dowiedzieliśmy się od Brown-Séquarda, a trudno przypuścić, aby głośny fizyolog francuski szukał strawy dla swych myśli w starych rękopisach i drukach. W każdym razie on stworzył naukowe podstawy organoterapii i z jego imieniem do tego stopnia zrósł się ten sposób leczenia, że dostaje nawet miano „metody Brown-Séquarda“. Nazwę niezupełnie słuszną, gdyż uczony ten sam zboczył z pierwotnego kierunku, uległ niewytłómaczonej sugestyi, wszedł na manowce bezkrytycznej dynamiki fizyologicznej, a zamiast badać prawdziwość ogólnej swej zasady za pośrednictwem szczegółowych, ścisłych fizyologicznych doświadczeń, zamiast rozwijać i należycie naukowo uzasadniać swe poglądy, zamknął się w ciasnym kręgu jednej tylko myśli, myśl tę wypaczył, a siebie okrył zarzutem śmieszności.

Nie mniej wszakże ważna jest dla nauki lekarskiej śmiała hipoteza genialnego bądź co bądź człowieka Polega ona, jak wiadomo, na twierdzeniu, że wszystkie narządy gruczołowe, bez względu na to, czy mają przewody odprowadzające, czy ich nie mają, wytwarzają pewne istoty, sobie tylko właściwe, które wchodzą w krew, a rozprowadzone po całym ustroju, stanowią w nim jakby rodzaj zaczynu (fermentu), wpływającego dosadnie na czynności biologiczne, normującego i utrzymującego w równowadze całe życie fizyologiczne. Brak lub niedostatek w jakości lub ilości tych istot sprowadza zboczenia rozliczne w ustroju, niedostatek lub gaśnięcie pewnych fizyologicznych czynności. Jest to nauka o tak zw. wydzielaniu wewnętrznem *(secretio interna)*, nazwa ogólnie dziś przyjęta. Gdy ją wygłaszał Brown-Séquard w r. 1869 na swych wykładach, już wtedy kładł wyraźny nacisk na znaczenie jednego z narządów, na jądra, mówiąc „że gdyby można starcom wstrzykiwać bez niebezpieczeństwa nasienie do żył, dałoby się uzyskać prawdopodobnie znaczne polepszenie sił nadwątlonych“ [16]). Myśl ta snuje się nieprzerwanem pasmem w ciągu lat następnych; służą jej spostrzeżenia i doświadczenia na zwierzętach, aż wreszcie po latach dwudziestu streszcza się w odczycie Brown-Séquarda, wygłoszonym na jednem z posiedzeń Towarzystwa biologicznego w Paryżu, a następnie wydrukowanym w roczniku Towarzystwa. Mamy w nim sprawozdanie z doświadczeń wykonywanych na sobie samym Po wstrzykiwaniach płynu, otrzymanego ze zmieszania nasienia, wyciągu rozgniecionych jąder i krwi z żyły jądrowej, a następnie przesączonego przez filtr Pasteura, stwierdził u siebie B. S. znaczny przybytek sił umysłowych, wzrost siły fizycznej (siła mięśni przedramienia wynosiła przed wstrzykiwaniami 34·5 klgmetra, po wstrzykiwaniach 41 klgmetrów), poprawę snu, ożywienie czynności narządu pokarmowego, (dokładniejsze i łatwiejsze wypróżnienia), wzrost kurczliwości błony mięsnej pęcherza moczowego, (silniejszy i dłuższy prąd moczu). Do podobnych wyników doszedł także dr. Variot, który, bez upoważnienia Brown-Séquarda, czynił spostrzeżenia na trzech starszych mężczyznach, liczących 54, 56 i 68 lat.

Wpływ dodatni wstrzykiwań przypisywał Brown-Séquard bezpośredniemu działaniu soku jądrowego na ośrodkowy układ nerwowy, mózg i rdzeń kręgowy, sądząc, że poddawanie (sugestya) żadnej tu nie odgrywa roli, gdyż w dwóch przypadkach Variota, w których stosowano wstrzykiwania z wody przekroplonej, nie można było stwierdzić żadnego wpływu wstrzykiwań. Sprawozdanie kończy się zachętą do dalszych badań doświadczalnych. Niema w niem ani słowa o poleceniach lub wskazaniach leczniczych. Nie razi też ono zupełnie krytycznego zmysłu lekarskiego, raczej przemawia do przekonania prostotą opisu i umiarkowaniem w sądzie, w którym dopatrzeć nie można ani przesadnego mniemania o odkryciu, ani chęci rozgłosu dla nowego środka I gdyby Brown-Séquard nie był starcem przeszło 70-cio letnim, gdyby w fizyologicznej swej pracowni przystąpił był do badań i doświadczeń systematycznych, być może, że sprawa innym poszłaby torem, nie straciła przynajmniej cech doświadczeń naukowych. Niestety wiek jego zbyt był podeszły, zapewne nie pozwalał na osobistą pracę, umysł stał się mniej jasny i mniej krytyczny, a imię jego,

[12]) Por. Fürbringer: »Deutsche med. Wochschft.«. 1894. L. c.

[13]) Por. Burghardt: »Deut. med. Wochschft.«. 1899. L. c.

[14]) J. Stinde: Alt.-Organtherapeutisches. »Ther. Monatshefte« 1898. S. 118.

[15]) Por. Polikier: »Kronika lek.«. 1890 i 1891. L. c.

[16]) Brown-Séquard: Experience démontrant la puissance dynamogénique chez l'homme d'un liquide extrait de testicules d'animaux. »Arch. de phys.«. 1889. Tłom. niem. w »Correspondenz-Blätter des ärztl. Vereines«. v. Thüringen. 1889. S. 401.

znane i głośne, zbyt łatwo utorowało drogę „nowemu wynalazkowi“, było wygodną tarczą dla tych wszystkich, którzy w złej czy dobrej wierze wyzyskać chcieli odkrycie.

Przeglądając przeobszerną literaturę „brownsequardiady“, że tego użyjemy określenia, nie widzimy ani jednej pracy tak ścisłej, jak tego spodziewać się i wymagać wolno było, a za to niepomierną liczbę doniesień o wynikach leczniczych. Większość z nich, to bezkrytyczne — jeśli najoględniej wyrażać się mamy — sprawozdania, w których istotnie nie wiedzieć, co podziwiać, czy naiwność samych autorów, czy wiarę ich w naiwność czytelników lekarskich. O tych jednak widocznie najmniej chodziło. Przesadna, często nieuczciwa reklama chciwie chwytała takie sprawozdania, notowała je skrzętnie, a całej metodzie leczenia starała się nadawać jak największy rozgłos, przedstawiała „brownsequardynę“ jako środek odmładzający, „eliksir życiowy“ *(elixir of life. Fountain of youth* reklamistów amerykańskich). Dobrą ilustracyę stosunków stanowić może wzmianka Fürbringera o pewnej fabryce przetworów farmaceutycznych, która zgłaszała się do niego z prośbą, aby jej oddawano części rodne męzkie, pochodzące ze zwłok, sekcyonowanych w szpitalu w Friedrichshain, celem wyrabiania sperminy.

Reklama hipnotyzowała publiczność nielekarską, to pojąć nietrudno; — ponętną wydawać się mogła nadzieja odzyskania w całej pełni sił młodych, — ale sugestyonowała także pewną liczbę lekarzy, przedewszystkiem francuskich i amerykańskich, w mniejszym stopniu angielskich i rosyjskich. Bo istotnie tylko chyba sugestyą wytłómaczyć można liczne wyniki korzystne w najrozmaitszych chorobach i to w takich, w których zdarzają się co najwyżej zwolnienia w nasileniu objawów, ale które, jak dotychczas, muszą być niestety uważane za niewyleczalne. Stała się więc brownséquardyna z pierwotnego *tonicum* dla układu nerwowego z jednej strony rozgłośnem *afrodisiacum*, z drugiej *panaceum* lekarskiem. To ostatnie wynika z przeglądu poważniejszej literatury lekarskiej. Według Buschana[17]), który ją przestudyował i zestawił do r. 1895, stosowano brownséquardynę z „dobrym skutkiem“ w tak wielu chorobach, że niemal połowę patologii wymieniać by trzeba. Co najmniej dziwnie wydają się niektóre z takich doniesień: W przebiegu nowotworów rakowych znikać miały objawy ogólnego charłactwa, ustępowały bóle, znikały owrzodzenia, chorzy zdrowieli, nowotwór, według słów Brown-Séquarda, pozostawał wprawdzie, ale tylko jako ciało obce w zdrowym ustroju. U chorych gruźliczych zmniejszały się i znikały objawy ogólne, malała ilość prątków w plwocinie, nastawała miejscowa poprawa w płucach. A dalej notowano korzystne wyniki w chorobach wątroby, żołądka i jelit, w chorobie Addisona, w miażdżycy tętnic, w gośćcu stawowym, w charłactwie zimniczem, w niedokrewności, w anatomicznych chorobach rdzenia, zwłaszcza w bezwładzie postępującym, a nawet w trądzie i w cholerze. Stanowisko, jakie Brown-Séquard zajął wobec tych doniesień, a któremu dawał wyraz w dość licznych artykułach, świadczy o zupełnym prawie braku krytyki, wszystkiemu dawał wiarę, wszystko przyjmował za prawdę.

Wygodne to było dla tych, co nie mogąc zdobyć się na sąd własny, przesadne mieli pojęcie o nowym sposobie leczenia, wygodne także dla tych, którym zależało na podtrzymywaniu podobnych pojęć; ale budzić musiało nieufność i do samej metody i do podstaw, na jakich spoczywała, u tych wszystkich, którzy wyczekujące zajmowali stanowisko; w rękach przeciwników stawało się środkiem do ośmieszania i obrzucania sarkazmem twórcy nowego kierunku.

[17]) Buschan l. c.

Krytyka ujemna nie dała też długo czekać na siebie. W Niemczech, w Berlinie, znalazła wyraz w odczycie Fürbringera[18]) p. t. „W sprawie leczenia niemocy płciowej metodą Brown-Séquarda“, wygłoszonym w połowie r. 1891 w Towarzystwie dla medycyny wewnętrznej. W sprawozdaniu swem zaznaczył F. dobitnie, że po stosowaniu brownsequardyny żadnych nie widział skutków w 18-tu przypadkach niemocy płciowej, a zakończył je słowami: „kurz und gut mit der erregenden und verjüngenden Kraft der neuen, auf irrigen Voraussetzungen aufgebauten Brown-Séquard'schen Behandlung scheint es ein für allemal nichts zu sein“. U nas mniej więcej w tym samym czasie, na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, zdawał sprawę ze swych doświadczeń Puławski[19]). Materyał jego był nieco szczuplejszy, ale za to więcej rozmaity, ostateczne wyniki również zupełnie ujemne. Streszcza je w następujących słowach: „Żadnego swoistego, dającego się przedmiotowo stwierdzić wpływu na układ nerwowy i wogóle na ustrój, wstrzykiwania emulsyi z jąder zwierzęcych nie posiadają. Podmiotowe uczucie polepszenia sprawności niektórych funkcyj po wstrzykiwaniach daje się sprowadzić do wpływów natury czysto psychicznej“.

Powyższe dwie prace nie były wcale odosobnione. Wielu lekarzy poważnych przedsiębrało próby na zasobnym materyale szpitalnym i próby te wypadały ujemnie, a wyniki, ogłaszane na szpaltach pism lekarskich, miarkowały przedwczesne sądy, przeciwdziałały dalszemu nadużywaniu nowego poglądu w praktyce. Niektóre z tych doniesień tem większy wywierały skutek, że pochodziły z Francyi, z ojczyzny samej metody; między innemi należą tu sprawozdania: Ferrego, Baudina, Bouffego, Massego itd.[20]).

Coraz więc bardziej usuwał się grunt pod nogami bezwzględnym zwolennikom metody Brown-Séquarda, coraz skąpiej napływały doniesienia o wyleczeniach lub o poprawie w różnych chorobach i wreszcie milcząco przeszła medycyna do porządku dziennego nad całą tą sprawą.

(Dokończenie nastąpi).

II. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

Przez ***Dra Zygmunta Wąsowicza,*** *b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

(Ciąg dalszy).

Na podstawie tego, cośmy dotychczas o wodzie krynickiej powiedzieli, nie trudno będzie skreślić jej wskazania lecznicze do użytku wewnętrznego. Zakres tych wskazań jest dosyć obszerny.

[18]) Fürbringer: Zur Würdigung der Brown-Séquard'schen Behandlung der Impotenz. »Deutsche med. Wochschft.«. 1891. S. 1027

[19]) A. Puławski: Spostrzeżenia kliniczne nad wstrzykiwaniem soku jądrowego. »Gazeta lekarska«, 1891.

[20]) Por. Fürbringer: Über die moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. »Deutsche med. Wochschft.«. 1894. S. 293.

Przedewszystkiem należy tu wymienić blednicę. W chorobie tej, według zapatrywania Körnera, Klemensiewicza, Glaxa i innych, wrodzone, a niekiedy nabyte zwiotczenie tkanin, szczególnie narządu krążenia, wywołuje w nich nadmierną wodnistość, co sprowadza upośledzenie czynności poszczególnych narządów. Leczenie powinno mieć w pierwszym rzędzie za zadanie odwodnienie tkanin. Woda krynicka skutkiem wielkiej zawartości wolnego kwasu węglowego działa moczopędnie, czyni więc zadość temu zadaniu, przez co stwarza korzystniejsze warunki dla zadziałania zawartego w niej żelaza. Podobnie, jak w blednicy bywa woda krynicka używaną wewnętrznie w leczeniu niedokrwistości, występującej już to jako choroba samoistna, już to jako następstwo ostrej, albo przewlekłej utraty krwi, lub wreszcie jako następstwo przebytych ostrych chorób zakaźnych. Stany chorobowe, jak długotrwałe wyzdrawianie, osłabienie skutkiem nadmiernej pracy fizycznej, lub umysłowej, u kobiet skutkiem długotrwałego karmienia, białaczka, przewlekłe choroby układu nerwowego, połączone z niedokrwistością, nerwice czynnościowe, miejscowe i ogólne, niemoc płciowa, zmazy, przewlekłe choroby kobiece, nadają się również do leczenia szczawą żelazistą krynicką, jeśli chodzi w tych przypadkach o poprawę zmienionego składu krwi i podniesienie podupadłego odżywienia chorego. Z tego samego powodu wreszcie nadaje się woda krynicka do picia w zołzach, w przypadkach przewlekłego nieżytu oskrzelowego u osób wątłych, słabych i niedokrewnych, u których zachodzi obawa rozwinięcia się gruźlicy płuc, a nawet w przypadkach gruźlicy płuc, jeśli sprawa chorobowa zupełnie przycichła.

W przypadkach blednicy i niedokrwistości, użytych przezemnie w klinice lekarskiej do doświadczeń, a opisanych w *Gazecie lekarskiej* (1900 r.) po kilkotygodniowem używaniu wody krynickiej nastąpiło zwiększenie się ilości ciałek krwi czerwonych, zwiększenie się zawartości barwnika krwi, poprawa łaknienia i przybytek ciężaru ciała. Największy przybytek ciałek krwi czerwonych wynosił przeszło 2 miliony w 1 mm^3 (spostrzeżenie III i IV, co do przybytku zaś barwnika krwi, to był on najwidoczniejszy w spostrzeżeniu VIII-em (5·51% Fl. M.), gdzie zawartość jego powiększyła się w dwójnasób [1]).

Drugą gromadę wskazań do wewnętrznego używania wody krynickiej stanowią niektóre choroby narządu trawienia.

Pierwszym, który w celach leczniczych zużytkował własności zawartego w niej wapna, był prof. Dr. J. Dietl. Leczył on wodą krynicką wrzód okrągły żołądka, przewlekły nieżyt żołądka i przewlekły nieżyt jelit.

Badania nowsze wyświetliły zupełnie sprawy chorobowe żołądka, w czem głównie zasłużyła się szkoła krakowska z prof. Drem E. Korczyńskim, prof. Drem W. Jaworskim i prof. Drem A. Gluzińskim na czele, i Dr. Reichman z Warszawy. Wykazali oni, że sprawy chorobowe żołądka bywają wywołane przez dwa wręcz od siebie różne stany, dotyczące chemizmu wydzielniczego. Do pierwszego z nich należą nerwice wydzielnicze, nieżyt kwaśny i wrzód okrągły żołądka. W tych przypadkach leczenie polega głównie na podawaniu węglanów alkalicznych, które często chwilowo tylko przytłumiają nadmierną kwasotę. Skuteczniejszem jest działanie siarkanu sodowego, lub mięszaniny siarkanu i węglanu sodowego i chlorku sodu.

Do drugiego działu należą stany chorobowe, wśród których kwas solny wydziela się w niedostatecznej ilości, albo się wcale nie wydziela. Jako objaw prawie stały towarzyszy tym stanom upośledzenie, lub nawet całkowite zniesienie czynności narządu gruczołowego, wytwarzającego pepsynę i zaczyn ścinający sernik z mleka. W takich przypadkach środki alkaliczne przeszkadzają wydzielaniu się kwasu solnego, pepsyny i zaczynu podpuszczkowego, a działanie ich ogranicza się tylko na zobojętnieniu kwasów tłuszczowych i mlekowego; przez dłuższy zaś czas używane mogą wpłynąć szkodliwie na czynność wydzielniczą gruczołów trawiennych, odżywienie, — a co zatem idzie — i na siły chorego.

Sole wapniowe natomiast posiadają własność trwałego przytłumienia kwasoty, pochodzącej od nadmiernej ilości kwasu solnego, działając z drugiej strony również korzystnie na wytwarzanie się zaczynu podpuszczkowego, okoliczność nadzwyczaj ważna wobec częstokroć znacznego zaniku błony śluzowej w nieżycie śluzowym.

Doświadczenia, jakie Piątkowski wykonał w krakowskiej klinice lekarskiej nad działaniem wody krynickiej ze zdroju głównego w chorobach żołądka, wykazały tesame zalety soli wapniowej, znajdującej się w znacznej ilości w tej wodzie. I tak w sokotoku żołądka i nieżycie kwaśnym przy często równoczesnem upośledzeniu mechanizmu żołądka korzystny wpływ wody krynickiej widocznym już był po 2—3 tygodniach, a po 4—6 objawy podmiotowe ze strony żołądka zupełnie ustępowały, kwasota i mechanizm wracały do stanu prawidłowego, a odżywianie chorego zwykle znacznie się poprawiało.

W nieżycie śluzowym, gdzie o przywróceniu stanu prawidłowego nie może być mowy, leczenie polega na tem, aby nie dozwolić na wytwarzanie się spraw fermentacyjnych w żołądku, ewentualnie zmniejszyć je, gdy już są. I w tych przypadkach wpływ wody krynickiej zaznaczył się dodatnio. „Przez podawanie zimnej wody krynickiej, — pisze Piątkowski, w 11-tem spostrzeżeniu, dotyczącem chorej z nieżytem śluzowym i zanikiem błony śluzowej żołądka [1]) —, uzyskano łatwiejsze i w obfitszej ilości ługowanie i wytwarzanie się zaczynów sernikowych, przez co w znacznym stopniu poprawiono trawienie mleka. Miało to tem większe znaczenie dla chorej, jeśli uwzględnimy, że z jednej strony ciągłe wymioty i nudności nie zezwalały na stosowanie dyety mlecznej, z drugiej zaś podawanie pokarmów mięsnych nie było wskazane z powodu zupełnego braku pepsyny i kwasu solnego. Nawiasowo podnieść należy wpływ korzystny wody krynickiej na chemizm trawienia przez zobojętnianie kwasów fermentacyjnych, czemu odpowiadało zmniejszenie się ilości komórek drożdży. Korzystne działanie wody krynickiej potwierdza również, mimo tak wysoko upośledzonego trawienia, przybytek ciężaru ciała i ustąpienie przypadów podmiotowych". Korzystne więc i trwałe działanie wody krynickiej widocznem jest, według Piątkowskiego, nietylko w stanach chorobowych żołądka, cechujących się nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego, ale i w przypadkach niedomogi wydzielniczej, dzięki obecności w niej znaczniejszej ilości dwuwęglanu wapnia. Działanie to objawia się w trzech kierunkach:

Woda krynicka (zdrój główny) zobojętnia kwasy organiczne, zmniejsza wydzielanie się śluzu i ułatwia trawienie mleka, pokarmu najodpowiedniejszego w upośledzeniu, lub zupełnem zniesieniu zdolności żołądka do trawienia mleka.

Nieżyt jelit przewlekły okazuje różne cechy, zależnie od tego, czy sprawa chorobowa zajęła przeważnie jelito grube, czy cienkie, czy wreszcie obydwa równocześnie. Jedną z jego głównych cech są uporczywe biegunki. Leczenie tych stanów chorobowych wodą krynicką polega na własnościach wapna, które już od lat wielu bywa używanem przez lekarzy francuskich, jako środek znakomity przeciw biegunkom nieżytowym. Działanie korzystne wody krynickiej, zawierającej tak znaczne ilości wapna, objawia się z jednej strony obniżeniem kwasoty w żołądku, skutkiem

[1]) Dr. Z. Wąsowicz. Z kliniki Radcy Dworu prof. Dra E. Korczyńskiego. Spostrzeżenia nad działaniem wody krynickiej w blednicy i niedokrwistości. »Gazeta lekarska«, 1900.

[1]) Dr. M. Piątkowski: O działaniu soli wapiennych, a w szczególności wody krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka. Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. Edwarda Korczyńskiego Zeszyt XIX.

czego treść jego dostawszy się do jelit nie drażni tak silnie chorobowo zmienionej błony śluzowej, z drugiej strony wapno, podobnie jak sole bizmutowe, osadzając się na chorej błonie śluzowej, zmniejsza wydzielinę jej gruczołów, na czem właśnie polega znane oddawna „działanie osuszające“ wapna. Obecność żelaza wspiera działanie wapna tem więcej, gdy długotrwałe biegunki sprowadziły w następstwie ciężką niedokrwistość chorego.

Do gromady trzeciej stanów chorobowych, w których można stósować z pożytkiem wodę krynicką wewnętrznie, należą niektóre sprawy, powstałe skutkiem wadliwej przemiany materyi, zwłaszcza gdy im towarzyszy niedokrwistość.

W otyłości, połączonej ze znaczną niedokrwistością, sole glauberskie wywierają skutek szkodliwy przez sprowadzanie zbyt częstych wypróżnień. Chorzy skutkiem tego opadają tak z sił, że dłuższe ich używanie staje się niemożebnem. W tych przypadkach woda krynicka, podana jednak w takiej ilości, aby ogólna dzienna ilość płynów nie przekraczała granicy fizyologicznej, zmniejsza przedewszystkiem pragnienie, jeden z najbardziej przykrych objawów, a działając równocześnie moczopędnie, odwadnia tkanki i stwarza przez to lepsze warunki dla upośledzonej sprawy utleniania, podczas gdy żelazo przyczynia się do poprawy składu krwi. Szczególniej nadaje się do picia w takich przypadkach woda ze źródła słotwińskiego, szczawa magnezyowo-żelazista, posiadająca własności lekko czyszczące.

W leczeniu dny i skazy moczanowej używane bywają wody alkaliczne, a szczególniej szczawy ziemne. Szczawa krynicka jest jedną z najzamożniejszych w wapno, które posiada wybitne własności rozpuszczania kwasu moczowego. W ostatnich latach właśnie wykazał v. Noorden na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych wspólnie ze Straussem, że przez używanie soli wapniowych w leczeniu dny i skazy moczanowej zamiast soli sodowych i litowych można osiągnąć skład moczu bardzo korzystny, gdyż zmniejsza się znacznie ilość szkodliwego kwasu fosforowego, który w połączeniu z wapnem, jako fosforan wapniowy, wydziela się w jelicie grubem, a oddziaływanie moczu pozostaje kwaśnem. Pomyślniejszych ponad to skutków w leczeniu skazy moczanowej alkaliami nie można osiągnąć. Widzimy więc, że szczawa krynicka może, obok innych własności leczniczych stanowić prawie środek swoisty przeciw tej chorobie i dziwić się należy, że dotąd nie została w tym kierunku należycie wyzyskaną.

W moczówce cukrowej picie wody krynickiej może być skutecznem ze względu na działanie dwóch jej składników: żelaza i wapna. Pierwsze nie wywiera wprawdzie żadnego wpływu na właściwe tej chorobie objawy, może jednak przez poprawę składu krwi pośrednio przyczynić się do poprawy stanu ogólnego. Co do wapna, to dopiero w najnowszych czasach Moraczewski, Grube i Ortner zaliczyli je do rzędu środków w leczeniu moczówki cukrowej. Podobnie jak żelazo, nie wpływa ono na zawartość cukru, działa jednak dodatnio na ogólny stan chorego i jego odżywienie.

Krzywica i rozmiękczenie kości są sprawami chorobowemi, cechującemi się brakiem wapna w tkance kostnej. Skuteczność szczaw ziemnych w tych chorobach poddano w wątpliwość na podstawie najnowszych badań; w każdym jednak razie mogą one wpływać korzystnie o tyle na tworzenie się kości, że znoszą szkodliwy wpływ wytwarzania się kwasów w ustroju.

Woda krynicka, jako szczawa, zawierająca nadto żelazo, może znaleźć w leczeniu tych chorób uzasadnione zastósowanie.

W chorobie Brigtha może przyczynić się woda krynicka do poprawy składu krwi, a pośrednio do podniesienia ogólnego stanu i odżywienia chorego. Z drugiej strony przez swe działanie moczopędne usuwa w części istoty trujące z ustroju chorego i oddala niebezpieczeństwo napadu mocznicy.

Korzystne wyniki daje woda krynicka w leczeniu przewlekłego nieżytu pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, nietylko przez działanie moczopędne i rozcieńczenie moczu, ale przedewszystkiem skutkiem tego, że znajdujące się w niej wapno przyczynia się znakomicie do rozpuszczania śluzu, pokrywającego błonę śluzową pęcherza lub miedniczek nerkowych. Ponadto i wpływ żelaza ze względu na poprawę stanu ogólnego nie jest w tych przypadkach obojętny. Obok więc właściwego leczenia miejscowego może stanowić woda krynicka dzielny środek pomocniczy.

2. Kąpiele mineralne. Wody na kąpiele mineralne krynickie, inaczej żelazistemi zwane, dostarcza zdrój główny i zdrój Józefa, obydwa rurociągami połączone z łazienkami. Prócz tego w razie potrzeby bywa używaną na ten sam cel woda z t. zw. źródła pomocniczego, znajdującego się w podwórzu łazienek mineralnych, dostarczającego na minutę 10 litrów wody, będącej szczawą żelazistą o znacznej zawartości bezwodnika kwasu węglowego, bo według Dietricha w 1000 grm. wody zawierającego 1635 ctm³ bezwodnika kwasu węglowego.

Wodę do kąpieli ogrzewa się dopiero w wannie metalowej o dnie podwójnem, za pomocą pary wodnej sposobem Schwartza. W ten sposób ogrzewana woda utracić może z pierwotnej swej zawartości 27%—37% bezwodnika kwasu węglowego.

Działanie kąpieli mineralnych zależy głównie od obecności kwasu węglowego i pod tym względem niema żadnej zasadniczej różnicy między kąpielami krynickiemi a kąpielami, sporządzanemi czyto ze szczaw obojętnych, czyto alkalicznych, alkaliczno-słonych, lub alkaliczno-słono-glauberskich, tem więcej, skoro stwierdzonem zostało, że ustrój nie chłonie przez skórę ani wody, ani rozpuszczonych w niej składników.

Możemy więc powiedzieć, że skutkiem wielkiej zamożności w wolny kwas węglowy kąpiele mineralne krynickie wywierają bezpośredni wpływ na zakończenia nerwów i na naczynia skórne. Skutkiem podrażnienia zakończeń nerwowych w skórze zwiększa się czucie dotyku; pośrednio podrażnienie zakończeń nerwowych przechodzi dalej i udziela się w drodze zwrotnej układowi nerwowemu, wywołując następowo przyjemne uczucie rzeźwości. To samo podrażnienie wywołuje równocześnie rozszerzenie naczyń obwodowych, skóra czerwienieje, a ciepłota ustroju na obwodzie staje się wyższą, niż przed podrażnieniem. Wpływ zaś wywarty na naczynia skórne udziela się pośrednio na resztę narządu krążenia, na serce, na ognisko regulujące nerwu błędnego, zmniejsza liczbę tętna, które staje się pełniejsze i silniejsze i podnosi nieco parcie krwi.

Wskazania dla kąpieli mineralnych są z małym wyjątkiem takie same, jak dla wewnętrznego stósowania wody krynickiej. Wpływ ich korzystny uwidocznia się jednak przedewszystkiem w chorobach nerwowych, jak np. w nerwicach czynnościowych ogólnych i miejscowych, nerwobólach, porażeniach obwodowych i t. d., w niektórych chorobach kobiecych i skórnych. Szczególniej jednak podnieść należy dodatnie działanie tych kąpieli w niektórych chorobach serca organicznych i nerwowych.

3. Kąpiele gazowe suche. Do przyrządzania tych kąpieli używa się kwasu węglowego rodzimego, który bywa za pomocą rury ze zdroju głównego przeprowadzany do łazienki.

Działanie fizyologiczne kąpieli gazowych suchych zasadza się na znacznem bardzo podrażnieniu skóry, objawiającem się uczuciem ciepła przyrody chemicznej w nerwach, odczuwających ciepłotę, dalej podniesionem czuciem dotyku, zmniejszeniem się początkowo liczby tętna i zwiększeniem się ilości dobowej moczu. Przeważnie więc kąpiel ta stanowi czynnik, silnie skórę podrażniający, zwiększający jej wrażliwość

i napływ krwi do naczyń włosowatych. Wobec tego zastósowanie jej lecznicze ogranicza się do niektórych chorób układu nerwowego i skórnych. (C. d. n.)

* * *

III. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Glucińskiego we Lwowie.

Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał

Dr. Jan Opolski

elew kliniki lekarskiej.

(Ciąg dalszy).

Aspiryna.

Aspiryna, jest to kwas octowo-salicylowy, wzoru

$$C_6H_4\left\langle\begin{matrix}CO\cdot OH\\ O.\ COCH_3\end{matrix}\right.$$

W wodzie rozpuszcza się bardzo trudno, w rozcieńczonych kwasach jest nierozpuszczalną, natomiast łatwo ulega rozpuszczeniu w alkoholu i eterze. Własność ta, iż aspiryna w cieczach kwaśnych jest prawie nierozpuszczalna, w cieczach zaś alkalicznych łatwo się rozpada na części swe składowe, stawia ją wyżej niż salicylan sodowy, który rozpuszczając się i w cieczach kwaśnych, zatem i w treści żołądkowej, upośledza dość często łaknienie i trawienie.

Aspirynę podawaliśmy w proszku, w dawce jednorazowej od 0·5—1·0, 3—6 razy dziennie. Z licznych przypadków, leczonych tak w klinice stałej, jako też ambulatoryjnie, przytoczę kilka tylko przykładów.

I. M. S. l. 62. *Rheumatismus articulorum subacutus.*
Od trzech tygodni dreszcze i gorączka. Stawy skokowe kolanowe i łokciowe są znacznie obrzękłe, przy ucisku i ruchach bolesne. Ciepłota najwyższa 37·2° C. Przez pierwsze trzy dni zażywała po 4.0 dziennie. Pierwszego dnia skarżyła się chora na szum w uszach i obfite poty. Bóle w stawach w przeciągu 24 godzin prawie zupełnie ustąpiły, obrzęki zmniejszyły się znacznie. Po pięciu dniach zażywania aspiryny nie można było wykazać nigdzie ani bolesności, ani też obrzęków. Przez cały czas leczenia brak było jakichkolwiek zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych.

II. J. Ł. l. 50. *Rheumatismus articulorum chron. exacerbans.*
Od miesiąca ma chora cierpieć na bóle i obrzęki stawów barkowych, łokciowych, nadgarstkowych i kolanowych. Chód niemożliwy z powodu silnych bólów. Ciepłota wieczorna 39·2° C., ranna 37·8° C. Pierwszego dnia po użyciu 3·0 aspiryny wystąpiły bardzo obfite poty. Następnego dnia chora dość swobodnie porusza kończynami, przyczem odczuwa tylko nieznaczny ból. Obrzęki zmniejszyły się również. Ciepłota najwyższa 37·8° C. Początkowo obecne białko w moczu znika. Dnia trzeciego stwierdzamy nieznaczny obrzęk tylko stawu barkowego prawego, nigdzie zresztą żadnej bolesności wykazać nie można. Każdego dnia chora skarżyła się na silny szum w uszach i znaczne poty. Wobec tego byliśmy zmuszeni dawkę zmniejszyć na 1·0 dziennie. Szum wprawdzie ustąpił, poty jednak trwały dalej, a nadto ciepłota podniosła się na 38° C. Aspirynę zastąpiono salicylanem sodowym, który chora bez żadnych objawów ubocznych po 3·0 dziennie znosiła bardzo dobrze.

III. A. P. Przed sześciu laty przebyła chora ostry gościec stawowy. Od roku trwają obrzęki stawów skokowych i kolanowych, nadto wystąpiło zniekształtnienie stawów nadgarstkowych. Przy ruchach odczuwa chora znaczny ból w stawach, z powodu tego chód jest niemożliwy. Stan bezgorączkowy.
Chora zażywała po 4·0 dziennie aspiryny bez żadnych objawów ubocznych. Szóstego dnia stan chorej poprawił się o tyle, że bóle stawów ustąpiły, chód stał się możliwy. Obrzęki również zmniejszyły się znacznie.

IV. J. Sz. l. 30. *Rheumatismus articulorum chron. exacerbans.*
Obrzęków nie stwierdzamy, natomiast odczuwa chory znaczny ból przy ucisku na stawy i podczas ruchu. Ciepłota ciała nie podwyższona. Trzeciego dnia przy zażywaniu dziennie 3·0 aspiryny bóle zupełnie ustąpiły.

V. H. S. l. 24 *Endocarditis chr. sub forma insuf. valv, aortae. Hypertropia cordis totius.* Zgłosiła się do kliniki z powodu uczucia łamania i silnych bólów, jakich doznawała w stawach kończyn górnych i dolnych. Obrzęków nigdzie nie stwierdziliśmy. Ciepłota ciała 38·5° C. Podaliśmy aspirynę po 0·5 trzy razy dziennie. Trzeciego dnia w okolicy stawów łokciowych i na podudziu wystąpiła wysypka plamista swędząca, o zabarwieniu ciemno-czerwonem. Bóle ustąpiły zupełnie, ciepłota ciała spadła do normy. Czwartego dnia plamy dawne rozszerzają się, zlewają się razem, obok tego występują świeże. Aspirynę odstawiliśmy. W przeciągu dwóch dni wysypka zniknęła zupełnie. Podano chorej napowrót aspirynę po 0·5 dwa proszki dziennie. Dnia następnego wystąpiła podobna wysypka, lecz wkrótce ustąpiła mimo dalszego zażywania aspiryny.

Dr. Weil (Berlin)[1]) zauważył, że aspiryna działa kojąco na bóle, podobnie jak przetwory makowca. Środek ten podawał w ilości 2—3 grm. dziennie podczas bólów, wywołanych rakiem macicy lub też żołądka, podawał również aspirynę w nerwobólach. Wyniki otrzymywał prawie zawsze zadowalniające.

W podobnych przypadkach podawaliśmy i my aspirynę i okazało się czasami, że aspiryna, zażyta podczas bólów, wywołanych wrzodem okrągłym żołądka, usuwa bóle już to w zupełności, już to je zmniejsza. Skutek widoczny jest niekiedy po 15 już minutach. Chorym z rakiem żołądka aspiryna przynosiła ulgę tylko nieznaczną tak, że zawsze potem potrzeba było podać morfinę. Aspiryna podawana podczas bólów neuralgicznych, n. p. n. kulszowego, przynosiła chorym ulgę, w zupełności jednakże ich nie usuwała. W większej liczbie przypadków tego cierpienia można ją używać, lecz jako środka pomocniczego, przy innem równoczesnem leczeniu, jak n. p. w naszej klinice kwasem solnym. W nerwobólach międzyżebrowych, gałązek nerwu trójdzielnego, nerwu potylicznego, aspiryna prawie zawsze oddawała nam znakomite usługi, również przynosiła znaczną ulgę w kłójących bólach przy suchem zapaleniu opłucnej. Jak czasami nadspodziewanie otrzymać można w tym kierunku świetne wyniki, świadczy o tem przypadek następujący:

Chora J. M. lat 57, z rozpoznaniem: *Aneurisma arcus aortae.*
Od trzech miesięcy spędza noce bezsennie z powodu silnych bólów (jak chora podaje „drących.“) w okolicy II, III i IV międzyżebrza po stronie lewej. W klinice podano 1·0 aspiryny. Już po 10 minutach bóle ustąpiły. Chora podała, że spała bez przerwy od godziny 9 wieczór do 3 rano. Pierwsza to noc była spędzona bez bólów po trzech miesiącach bezsennych. Jeden gram zażyty wieczorem, drugi zaś nad ranem, wystarczają, by chorą uwolnić zupełnie od bólów. Że działanie to musimy przypisać tylko aspirynie, świadczy o tem ta okoliczność, że bez zażycia tego środka chora nie śpi całą noc, z powodu silnych bólów. Podanie środków nasennych w tym przypadku było albo bez wpływu żadnego, lub też sprowadzało sen nie dłuższy, niż na jedną godzinę.

Spostrzeżenia nasze co do właściwego działania aspiryny są te same, jakie uczynili i inni[2]). Dodatnią stroną aspiryny jest rzeczywiście fakt, że nie wpływa ona niekorzystnie na łaknienie, dzięki swej nierozpuszczalności w kwasach, a więc i w żołądku. Nie wpływa ani na mechanizm, ani też na chemizm żołądka, jakto zauważyliśmy, robiąc próby żołądkowe przy równoczesnem podawaniu aspiryny. Co do działania tak w gośćcu ostrym, jako też podostrym, stoi na równi z salicylanem sodowym. Jednakże mamy to wrażenie, że salicylan sodowy działa energiczniej (stosunek jak 0·7:1). Podana jako środek przeciw nerwobólom, zasługuje na szersze użycie; z dotychczasowymi środkami równać się może, a nieraz je przewyższa. Czasami zastąpić nam może lek narkotyczny. Większa część lekarzy nie zauważyła żadnych działań ubocznych. Myśmy prawie w większej ilości przypadków stwierdzili takie same obfite poty i szum w uszach, jakie występują podczas zażywania innych przetworów salicylowych. Wysypkę, jaką zauważyliśmy w przypadku V, odnieść należy również do działania ubocznego aspiryny, podobnie jak występują niekiedy wysypki podczas zażywania chininy, morfiny, kwasu sali-

[1]) »Therap. Monats« Nr. 3 1900.
[2]) »Therap. Monats.« Nr. 5 99, 5·900. »Wien. med. Woch.« Nr. 38, 99. »Heilkunde« Nr. 7, 99. »Przegląd lekarski« Nr. 17, 900. »Deutsch. med. Woch.« Nr. 21, 1900.

cylowego etc. (*Exanthema medicamentosum*). Dr. Liesant zauważył po zażyciu 11.0 aspiryny wystąpienie parcia na mocz. Myśmy podobnego działania nie spostrzegali. Na narząd krążenia i oddechania środek ten nie wywiera wpływu. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Odmianę tej psychozy stanowi hipochondryczna psychoza lękowa, którą można nazwać somatopsychozą częściową lub całkowitą, zależnie od tego, czy objawy jej dotyczą tylko pewnej części ciała lub narządu, czy też całego ustroju. Do częściowych zaliczamy hipochondryę jelitową, której zasadnicze objawy będą dotyczyć przewodu pokarmowego i to w początkach górnej lub dolnej jego części, t. j. albo istnieje uczucie niemożności połykania lub uczucie utrudnienia w oddawaniu stolca. W dalszym przebiegu tej odmiany powstaje uczucie pełności z powodu wrzekomego nagromadzenia się w żołądku z trudem połykanych pokarmów, albo z powodu wrzekomego gromadzenia się kału od dołu ku gardłu. Następstwem tego uczucia jest jadłowstręt, oraz przekonanie o ciężkiej i nieuleczalnej chorobie. Jako objaw autopsychiczny zauważa się obwinianie samych siebie o brak posłuszeństwa względem rad lekarskich. Nastrój chorych smutny; w zachowaniu uderza płaczliwość, ustawiczne skargi i narzekania, rozpacz, czasem zupełny bezruch. Hipochondrya defekacyjna polega na obawie o własne zdrowie, wynikającej z nawykowego zaparcia żywota; usunięcie tego zaburzenia usuwa także psychozę. Gdy afekt lęku wywołują chorobowe sensacye duszności, mówimy o somatopsychozie ze strony narządu oddechowego; gdy lęk wynika z uczucia wrzekomego porażenia pęcherza w chwili oddawania moczu — o somatopsychozie ze strony narządu moczowego itd. Także i narządy zmysłowe mogą być powodem takiej częściowej somatopsychozy. W przebiegu niedowładu postępującego może wystąpić somatopsychoza, polegająca na uczuciu przeobrażenia się powierzchowności chorego itd.

Przyczyną tych rozlicznych odmian tej psychozy bywa często pewne istotne zaburzenie chorobowe jednego z narządów, które staje się treścią zaburzenia identyfikacyi, z tą tylko różnicą, że skoro takie zaburzenie narządów zazwyczaj nie sprowadza psychozy, przeto nie może ono być wyłączną jej przyczyną. Przypadki tego rodzaju są dosadnym przykładem psychosensorycznego zboczenia czucia (parestezyi), a zarazem tłómaczą one nam dawne zapatrywania, odnoszące przyczynę chorób umysłowych do przemieszczeń w położeniu okrężnicy. Nieraz nie da się ściśle oznaczyć, czy zaburzenie psychosenzoryczne identyfikacyi polega na znieczuleniu, przeczulicy lub zboczeniu czucia. Umiejscowienie senzacyi chorobowych bywa nieraz rozlane i nie dające się choremu ściśle wedle narządów określić; zresztą może ono tyczyć się dowolnych narządów, lub części ciała. Z tem wszystkiem jednak można mówić o czystej somatopsychozie tylko wówczas, gdy świadomość alopsychiczna jest niezamąconą, t. j. gdy chory nie odnosi przyczyny swego cierpienia do bodźców ze świata zewnętrznego, n. p. uczucia kłócia do działania kolących narzędzi lub prądu elektrycznego i gdy nie występują somatopsychiczne urojenia odnoszące. Natomiast zawsze cierpi tutaj świadomość własnej osoby, a ztąd chory jest przygnębiony, zrozpaczony itd. Fonemy i urojenia wyjaśniające występują nie zawsze, te zaś urojenia nadają nieraz psychozie znamiona, po których laik ją rozpoznaje, np. gdy chory czując ból w głowie lub w brzuchu, wyjaśnia go sobie obecnością robaków w mózgu, żaby w żołądku itp. Chorobie towarzyszy stałe lęk, usadowiony w części ciała lub w całem ciele. Motoryczne zachowanie się chorego zawisło od senzacyi: raz ono ruchliwe, innym razem odpowiada zupełnemu bezruchowi. Czasem występuje jadłowstręt, czasem popędy samobójcze, lub czynności wynikające z somatopsychicznej bezradności, tj. samookaleczenia, np. wydarcie gałki ocznej, języka, części płciowych itd. Różnica między nerwicą hipochondryczną, a psychozą polega na wpływie, jaki wywierają uczucia hipochondryczne na czynności chorego. Chorzy, okazujący popędy samobójcze, jadłowstręt lub zupełny bezruch, muszą być uważani nawet przy braku zaburzeń inteligencyi za umysłowo chorych. Rokowanie zależy do pewnego stopnia od stanu odżywienia. Psychozy te o ostrym przebiegu należą do uleczalnych; jeżeli jednak objawy jej wzrastają, a odpowiedni im afekt lęku pozostaje jednako nasilony, wówczas zachodzi obawa przejścia psychozy w stan nieuleczalny, przewlekły. Hipochonodryczne porażne i hebefreniczne psychozy kończą się zniedołężnieniem. Niekorzystnym bywa także przebieg przy istniejącem obciążeniu organicznem.

U kobiet formy tej psychozy wydarzają się z uczuciem gałki (globus) lub senzacyami w narządach płciowych; forma jej jelitowa nosi nazwę zadumy hipochondrycznej, odznaczającej się zawsze zejściem korzystnem.

Nierzadko występują w przebiegu rozmaitych psychóz objawy hipochondryczne. Objawy te mogą polegać na psychosenzorycznej przeczulicy, znieczuleniu lub zboczeniu czucia (parestezyi). W pierwszym razie dochodzi do świadomości chorego czucie narządów, zwykle przezeń nieuświadamiane, np. po przyjęciu pokarmów czuje różne dolegliwości żołądkowo-jelitowe, które są podstawą urojenia wyjaśniającego, że spożył truciznę lub że kamień ugniata mu dołek podsercowy. Uczucia pieczenia, palenia, szarpania itd. w piersiach i jamie brzusznej są u obłąkanych częste. Ze strony serca skarżą się chorzy, że ono przestaje bić, bóle mięśni klatki piersiowej każą roić choremu, że cierpi na gruźlicę płuc; inni chorzy czują, że mózg ich się rozpływa, zesycha, że robaki po nim pełzają, czują szum i zamęt w głowie. Porażeni czują nieraz próżnię w sobie i twierdzą, że pokarmy wpadają wprost do jamy brzusznej, że w niej mieści się skład towarów, zastępy wojska, że robotnicy siedzą i ugniatają ich mózg. U kobiet zdarza się uczucie ciąży, połogu lub ciężkiej choroby płciowej. Innym znowu razem żalą się chorzy, że kształty ich ciała spotworniały, że stali się nadmiernie małymi lub wielkimi (paralysis), że się zmienili w zwierzę, w osobę płci przeciwnej, że stracili świadomość położenia poszczególnych części ciała względem siebie. Parestezye psycho-czuciowe objawiają się poczuciem ślepoty lub olśnienia itd. Bóle hipochondryczne polegają na czuciu kłócia, elektryzowania, kaleczenia, rozczłaniania ciała itd. Zaburzenie w identyfikacyi czucia położenia sprawia, że chorzy przyjmują dziwaczne postawy ciała; w identyfikacyi zaś czucia ogólnego sprawia, że czują, jak ich ktoś onanizuje lub z nimi spółkuje. Parestezye czucia ogólnego objawiają się czuciem przyciągania, podnoszenia, upadania, latania w powietrzu itd.

Nadużywanie alkoholu, rzadziej inne przyczyny, wywołują psychozę, zwaną hallucinosis acuta, która ztąd pokrewna jest obłędowi opilczemu (*delirium tremens*) z tą jednak różnicą, że ona występuje zwykle po silniejszych nadużyciach *in Baccho*, obłęd zaś opilczy zwykle po nagłem zaprzestaniu używania napojów. Objawy ostrej halucynozy są następujące: obok zachowanej przytomności uderza lęk, zdradzający się drżeniem głosu i rąk, wywołany fonemami treści lżącej chorego i odgrażającej mu. Te fonemy są zmianą pierwotną, która dopiero następowo lęk wywołuje. Po upływie kilku dni następuje już wielce dla tej formy cechujące łączenie się w system urojeń wyjaśniających o treści fonemów, że chory ulega prześladowaniu przez obcych nawet mu ludzi. Na drugi plan schodzą omamy wzrokowe, które łącząc się z omamami słuchowymi, sprawiają, iż chory o rze-

czywistości ich nie wątpi. Forma ta jest bardzo częstą, a różni się od obłędu opilczego brakiem desoryentacyi alopsychicznej, choć czasem zdarza się obraz przejściowy z tej formy do obłędu opilczego. Od psychozy lękowej odróżnia się ona zwykle brakiem autopsychicznych wyobrażeń lękowych o treści urojeń małości, brakiem zmienności w natężeniu lęku, oraz tem, że lęk jest tu wynikiem fonemów gromadnych o treści auto- i alopsychicznego urojenia odnoszącego, wreszcie charakterystycznem urojeniem prześladowczem. Ostry jej początek, wzmaganie się i ustępowanie objawów odróżnia ją od halucynozy przewlekłej, występującej nieraz także na tle alkoholizmu. Leczenie ze względu na popędy samobójcze odbywać się musi w zakładzie i polegać na leżeniu w łóżku, usunięciu alkoholu, usuwaniu bezsenności środkami nasennymi, lęku zaś zapomocą makowca. Rokowanie dobre; z uwagi jednak na nawroty dalsze z powodu trwania nałogu opilstwa może z czasem powstać trwała halucynoza przewlekła. Ostra halucynoza poraźna jest przebiegiem odmiennym niedowładu postępującego, odznacza się górowaniem nad fonemami omamów dotykowych, węchowych i smakowych, lękiem przy zbliżaniu się do chorego i urojeniem trucia. Z czasem objawy się nasilają i dochodzi do zupełnego zamięszania z brakiem oryentowania się w zakresie wszystkich trzech świadomości. Obłęd opilczy *(delirium tremens)* stanowi najczęstszą psychozę ostrą na tle zatrucia wyskokiem, a objawy jej polegają na toksycznem zadrażnieniu lub porażeniu pierwiastków nerwowych. Jako objaw poraźny (względnie wypadowy) zauważa się tu brak oryentacyi alopsychicznej skutkiem zniesienia pobudliwości w ośrodkach skojarzonych obrazów pamięciowych, które umożliwiają rozpoznanie każdorazowej sytuacyi człowieka. Jako objaw podrażnienia wypływają w umyśle chorego sytuacye i zdarzenia dawniejsze. Patognomonicznym objawem jest zachowanie się oryentacyi auto-psychicznej, z wyjątkiem części jej, tyczącej się czasu choroby. Nadto uderza u chorych pewien niepokój w ruchach zbornych i celowych, odpowiadających położeniu, w jakiem chory wedle swego mniemania się znajduje. Ruchy te, połączone z drżeniem, zowiemy ruchowem majaczeniem (*Beschäftigungsdelirium)*, a tłómaczą się one omamami kombinowanymi. Pobudzający wpływ sennych omamów stwarza bezsenność. W mowie uderza drżenie i objawy poraźne, t. j. jąkanie się głoskowe *(meningitis i paralysis progressiva)*, parafazya, w piśmie paragrafia; czasem zachodzą niedomogi jednostronne *(paresis)* nerwu twarzowego lub podjęzykowego. Niepewność i chwiejność ruchów stanowi również objaw poraźny. Ciepłota ciała bywa podwyższoną, tętno przyspieszone. Nastrój chorego bywa zwykle wesoły, czasem gdy treść omamów wzroku, słuchu i dotyku, (pożary, powodzie, zapadanie się budynku, syczące i czołgające się po ciele węże, myszy, szczury itd.) jest przykra i wroga, bywa nastrój mocno przygnębiony, pojawia się lęk, chęć do ucieczki, popędy samobójcze. Ruchowy niepokój objawia się staraniem chorego uwolnienia się od zwidywanych prześladowców. Forma, połączona z lękiem, ma przebieg cięższy i towarzyszą jej obfite poty. Choroba trwa najmniej kilka dni i kończy się naturalnym snem. Podobny obraz może przedstawić się w przebiegu *meningitis convexitatis*, lecz tej towarzyszą zwykle także swoiste cielesne objawy zatrucia narkotykami (wilczą jagodą, kokainą, eterem itd.), dalej okresy t. j. epizody w przebiegu porażenia postępującego, czasem ostra presbyofrenia, wreszcie wstępny okres przewlekłej i postępującej psychozy o cechach urojenia wielkości i następowego urojenia prześladowczego przy zachowanej logice. Obłęd opilczy stanowi znamię zwyrodnienia alkoholowego i może się wikłać z napadami padaczki alkoholowej, które zwykle je bezpośrednio tj. na 36—48 godzin poprzedzają. Niebezpieczeństwo grozi ze strony możliwego zapalenia płuc lub zapadu, wywołanego niedomogą serca, zwyrodniałego przez nadużycia wyskoku. Tylko u chorych osłabionych i źle odżywionych podawać należy zaraz od początku leki nasenne i to w razie obawy zapadu podniecający paraldehyd od 3 do 10 grm., w innych razach chloral (obniżający ciśnienie krwi) od $1\frac{1}{2}$ do 3 grm., lub morfinę podskórnie w dawce 0·01 względnie makowiec w dawce 0·10. Chorego należy leczyć w zakładzie i trzymać w łóżku. Obraz anatomo-patologiczny zbliża się do obrazu porażenia postępującego, wedle bowiem badań Bonhöffera polega na rozpoczynającym się rozpadzie w korze zwojów ośrodkowych i Broki, we włóknach promienistych i w podobnym rozpadzie w robaku móżdżku, wreszcie w drogach piramidalnych i sznurach tylnych.

Po przebudzeniu się ze snu, w jaki chory na obłęd opilczy popada, utrzymuje się często do dwóch dni stan paranoiczny. Jeżeli stan ten przedłuża się na tygodnie lub miesiące, to mamy do czynienia z obłędem opilczym przewlekłym. Czasem poprzedzający go obłęd ostry, jest zwykle bardzo krótkotrwały. Objawy opilczego obłędu przewlekłego polegają na znacznej utracie zdolności zapamiętania, przy względnie dobrze zachowanej pamięci przeszłości, wynikającej ztąd dezoryentacyi co do czasu, oraz na konfabulacyach. Przy zupełnej wstrzemięźliwości chorego co do wyskoku uleczenie jest możliwe; zresztą przechodzi ono w następowe niedołęztwo umysłu z postępującym zanikiem pamięci. U osób osłabionych n. p. długotrwałem ropieniem, przewlekłą gruźlicą płuc itd. przebiega obłęd opilczy (*del. trem protractum)* znacznie dłużej niż zwykle i kończy się nieraz śmiercią z powodu tych chorób wyniszczających, gdyż sam przez się jest uleczalny.

Na tle przewlekłego zatrucia wyskokiem występuje także psychosis polyneuritica, która choć jest psychozą ostrą, odznacza się już objawami defektu, tj. utratą zdolności pamiętania, niepamięcią wsteczną i upośledzeniem pamięci. Ożywiony wyraz twarzy tych chorych i zdolność uważania wyróżnia tę formę od niedołęztwa.

Zwykle początek tej psychozy bywa ostry i z objawów podobny do obłędu opilczego, potem dopiero występuje stan więcej przewlekły z objawami defektu i z takimi objawami nerwowymi, jak zniesienie odruchów wiotkie porażenia, tkliwość mięśni na ucisk *(quadriceps i peronaeus)*, zmniejszona pobudliwość na prąd elektryczny, czasem odczyn zwyrodnienia, upośledzenie czucia położenia i czucia wogóle. Rokowanie przy zaprzestaniu nałogu opilstwa dobre; objawy ustępują powoli, niekiedy zaś sprawa kończy się śmiercią. Prócz wyskoku mogą tę formę wywołać przewlekłe zatrucia metalami, zwłaszcza ołowiem i arszenikiem.

Presbyofrenia jest psychozą, która pojawia się wyłącznie u starców, czasem bez wykazalnej przyczyny zewnętrznej. Występuje jak psychoza polineurytyczna albo w formie ostrej z obłędem lub w przewlekłej, charakterystycznej dla objawów defektu, jakie cechowały okres przewlekły psychozy polineurytycznej. Do nich dołącza się zmiana nastroju, albo z objawami euforyi, sprzecznej ze stanem rzeczywistym, albo też skłonności do wybuchów gniewu.

(C. d. n.).

V. Wyciągi.

Lassar. **Przyczynek do leczenia raka skórnego.** *(Berl. klin. Wochs.*, Nr. 10, 1901). Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 6-tym lutego 1901 przedstawił autor dwa przypadki raka skórnego wyleczonego zapomocą arszeniku, podawanego na wewnątrz. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 62-letniej, która zgłosiła się do leczenia w lipcu 1900 r. Na skórze nosa po stronie prawej, $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej nasady nosa, stwierdzić można było guzek wielkości dużej soczewicy, rozwijający się powoli od 3 miesięcy. Badanie drobnowidowe części wyciętego guzka wykazało utkanie rakowe. Chorej podano arszenik w pigułkach azyatyckich à 0·001; w przeciągu kilku miesięcy wyżyła ich 1000 sztuk, a więc razem jeden gram arszeniku. Wśród leczenia guzek stopniowo malał, aż wreszcie znikł zupełnie, pozostała tylko maleńka blizna, jako pozostałość po wycięciu cząstki guzka do badania drobnowidowego. Autor nadmienia, że już w r. 1893 miał sposobność na posiedzeniu

Towarzystwa przedstawić trzech chorych, wyleczonych tym sposobem z raka skórnego; u żadnego z nich nie wystąpił nawrót choroby. Jeden z chorych umarł w kilka lat później w 81 roku życia na uwiąd starczy; do śmierci nie było nawrotu choroby.

Na tem samem posiedzeniu demonstrował autor drugiego chorego, którego przed 8 laty przedstawił w Towarzystwie, a u którego po tak długim czasie nawrót choroby również nie wystąpił. I tu badanie drobnowidowe nowotworu, wyrosłego na skórze nosa, wykazało raka skórnego, a chorego leczono arszenikiem. Miejsce, gdzie był nowotwór, zaznacza się dzisiaj malutką lekko zagłębioną blizną. *Dr. Żydłowicz.*

Kuttner. **O wycięciu muszli dolnej.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 14, 1901). W przypadkach silnego przerostu muszli dolnej, gdzie nie spodziewa się łagodniejszymi środkami osiągnąć pożądanego wyniku, lub gdzie te środki zawiodły, autor wykonuje wycięcie muszli dolnej. Operuje zapomocą mocnych nożyczek Beckmanna lub Heymanna. Tylko wyjątkowo musiał rozkładać operacyę na dwa posiedzenia. Zwraca uwagę, że nieraz u niektórych ludzi rosłych nie można dostać nożyczkami końca muszli i że wtedy część pozostaje nieprzeciętą; wtedy odrywa muszlę do reszty albo kleszczykami, jeżeli nieprzecięty mostek jest wązki, albo wsuwa dalej nożyczki i przecina do reszty; to ostatnie musi nieraz robić bez wziernika, gdyż ten uniemożebnia głębsze wprowadzenie nożyczek. Krwotok podczas samej operacyi nie jest znaczny, gdyż operacyę wykonywa w silnem znieczuleniu kokainą. Autor zwraca uwagę na możliwość krwotoku następowego i dlatego radzi w każdym przypadku nos tamponować. W przypadkach silnego przerostu muszli dolnej postępuje autor w ten sposób od lat czterech i jest z wyników zadowolony. W wielu przypadkach, w których żadnymi innymi środkami nie mógł osiągnąć wyleczenia, otrzymał dobre wyniki przez wycięcie. *Dr. Teofil Zalewski.*

K. Oppenheimer. **O rozkładzie białka podczas gotowania.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 7, 1901). Znaną jest ogólnie rzeczą, iż ciała białkowate, ogrzewane z kwasami lub zasadami, doznają rozkładu; również wiadomem jest, iż taki rozpad ma miejsce, jeżeli ogrzewamy ciała białkowate samo do wyższych stopni, + 130 do + 160° C., n. p. w przegrzanej parze wodnej. Pozostaje jeszcze pytanie, czy podobny rozkład ma miejsce przy ogrzewaniu białka w niższej ciepłocie, n. p. przy gotowaniu pod zwykłem ciśnieniem i przez czas stosunkowo krótki. Że i w tych przypadkach jakiś rozkład ma miejsce, na tę okoliczność wskazywali już Solomin, Baginsky, a Nieman wykazał, iż przy ogrzewaniu mleka wytwarza się siarkowodór. Autor zajął się również tą sprawą, przeprowadził badania w ten sposób, iż ogrzewał w przyrządzie Soxhleta przez 45 minut flaszki, wypełnione mlekiem, zatkane jużto zatyczkami z waty, już to płytkami gumowemi Soxhleta w sposób, jaki się praktykuje przy wyjaławianiu mleka do karmienia sztucznego. W każdej flaszce umieszczony był przymocowany do zatyczki skrawek bibuły, napojony rozczynem octanu ołowiowego. Po wyjęciu flaszek (po 45 min. gotowaniu) przekonał się autor, iż papierki, napojone octanem ołowiowym, zczerniały od utworzonego siarczku ołowiowego. Dalsze badania autora wykazały, iż po pięciominutowem gotowaniu mleka w powyższy sposób, papierek napojony solą ołowiową barwi się bardzo słabo na brunatno; po 10-ciominutowem ogrzewaniu barwi się skrawek wyraźnie, a po 20-stominutowem lub dłuższem gotowaniu barwi się bardzo silnie na brunatno-czarno. Doświadczenia autora dowodzą zatem niezbicie, iż podczas ogrzewania mleka w parze wodnej już po krótkim czasie ciała białkowate, znachodzące się w mleku, rozkładają się, wytwarzając H_2S. *Dr. Ig. L.*

Hellendal. **Wykazanie prątków gruźliczych w płynie mózgowordzeniowym zapomocą doświadczalnego nakłócia lędźwiowego.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 13, 1901). Nakłócie lędźwiowe jest bardzo cennym środkiem rozpoznawczym, gdyż badanie drobnowidowe uzyskanego płynu dozwala rozróżnić zapalenie gruźlicze opon mózgowordzeniowych od innych rodzajów ich zapalenia. Ujemną stroną sprawy była okoliczność, że nie we wszystkich przypadkach gruźliczego zapalenia opon udaje się wykazać prątki gruźlicze zapomocą samego tylko badania drobnowidowego. I tę trudność zdołano jednak częściowo pokonać, bądź obierając drogę hodowli (nawet nie na osobnych pożywkach, ale na samymże przez nakłócie uzyskanym płynie mózgowordzeniowym), bądź wstrzykując płyn, wyciągnięty igiełką, do jamy otrzewnej morskich świnek i w ten sposób doświadczalnie wykazując gruźliczą przyrodę zapalenia opon w wielu przypadkach, gdzie badanie drobnowidowe zawiodło. Autor pragnąc ulepszyć rozpoznawanie zapomocą doświadczenia na zwierzęciu, wstrzykiwał płyn mózgowordzeniowy z przypadków gruźliczego zapalenia opon zapomocą nakłócia do kanału kręgowego morskich świnek, a to w przypuszczeniu, że w ten sposób wywoła u tych zwierząt doświadczalnie zapalenie gruźlicze opon. Przypuszczenie to wprawdzie nie sprawdziło się, gdyż autorowi nie powiodło się tą drogą wywołać zapalenia gruźliczego opon u zwierząt: wszystkie jednak w ten sposób zaszczepione morskie świnki ginęły najdalej po 8 tygodniach na ogólną gruźlicę prosówkową. Autor uważa swój sposób za lepszy od szczepienia do jamy otrzewnej, gdyż przy tem ostatniem trzeba użyć znacznie większych ilości płynu zakażającego (4 ctm. sześc., gdy w sposobie autora wystarczy już 2 ctm. sześc.), oraz bez porównania dłużej czekać na wynik szczepienia. *C.*

Papasotiriu. **O wpływie węgla na prątek gruźliczy.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 13, 1901). Przeważna większość autorów utrzymuje, że gruźlica płuc u górników w kopalniach węgla, hutników i t. d., dotkniętych pylicą płucną węglową, jest bez porównania rzadszą i przebiega korzystniej, niż u ludzi, dotkniętych innymi rodzajami pylicy (kamieniarze). Przyczyny tego zjawiska nie umiano dobrze wytłómaczyć; część autorów sądzi, że pył węglowy, wywołując zwyrodnienie włókniste płuc i zatykając drogi limfatyczne, stwarza warunki niekorzystne dla osiedlania się i szerzenia prątka gruźliczego; inni szukają przyczyny we wpływach ubocznych (wilgotność powietrza w kopalniach, przeszkadzająca powstawaniu pyłu, który gdzieindziej jest głównym roznosicielem zarazka — Cornet); wreszcie niektórzy sądzą, że węgiel sam przez się posiada własność osłabiania żywotności prątka gruźliczego i tem tłómaczą dobre wyniki, które A. Frankel otrzymał w gruźlicy stawów, wstrzykując do nich zawiesinę węgla zamiast mięszanki jodoformowej. Aby sprawdzić wartość ostatniego przypuszczenia, badał autor w zakładzie higienicznym prof. Lehmanna w Würzburgu wpływ węgla na hodowle prątka Kocha *in vitro*, przekonał się jednak, że ani kopalny, ani roślinny i zwierzęcy węgiel nie wpływają zgoła na żywotność i jadowitość hodowli. *C.*

Marckwald. **W sprawie etyologii i doświadczalnego wywoływania marskości wątroby.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 13). Według zgodnego zdania zajmujących się tą sprawą badaczy, jest „marskość wątroby“ określeniem czysto anatomicznem, pod względem zaś etyologicznym obejmuje nazwa ta cały szereg spraw, wywołanych przez bardzo rozmaite przyczyny (alkoholizm, rozmaite inne czynniki chemiczne, jady bakteryj, czynniki mechaniczne). W pracy swojej M. nie zajmuje się t. zw. „cirrhosis biliaris“, lecz tylko marskością „zwykłą“, przyczem jest on zwolennikiem zapatrywania, że pierwotną zmianą jest w takiej marskości zmiana komórek miąższowych, bujanie zaś tkanki łącznej tylko zjawiskiem następowem, i że między marskością t. zw. przerostową, a t. zw. zanikową ściślej anatomicznej granicy niema. Otóż różnorodność wpływów przyczynowych, stwierdzonych w marskości „zwykłej“, zdaniem M. wskazuje, iż marskość może i musi wywołać k a ż d y czynnik, szkodliwie działający na komórki wątrobne, jeżeli działanie tego czynnika nie napotka na jakieś uboczne przeszkody. Jeżeli tak jest, to powinnaby powstać marskość wątroby w każdem doświadczeniu, w którem ze świadomością celu użyje się jakiegokolwiek czynnika, uszkadzającego wzgl. niszczącego komórki wątrobne. Oczywiście jednak użyć przytem należy dawek nie tak dużych, aby nastąpiła śmierć zwierzęcia przed powstaniem marskości, a zadawać je nie za rzadko, gdyż inaczej komórki wątrobne, obdarzone znaczną zdolnością odrodczą, zrównoważą szkodliwe wpływy i marskość nie powstanie: czyli należy używać dawek jak najmniejszych, podawać je jak najczęściej i tak długo, aż zwierzę nie padnie. Wreszcie należy wybierać środki, któreby szkodliwem działaniem na inne narządy nie sprowadziły przedwczesnej śmierci zwierzęcia. Za dodatni wynik takich doświadczeń należy, zdaniem M., uważać już wystąpienie niezbyt znacznego, ogniskowego bujania tkanki łącznej, stanowiącego początki marskości, a nie można żądać, aby w każdem doświadczeniu powstały wysokie stopnie tej zmiany.

Według tych zasad obrał M. za środek do wywołania marskości antypirynę, a to na zasadzie badań Wiery Iwanow, która stwierdziła, że lek ten działa szkodliwie na komórki wątrobne, przedewszystkiem na ich jądra. Doświadczenia swoje wykonywał M. na żabach, a później na królikach. Żaby (24 doświadczeń) wytrzymywały wstrzykiwania antypiryny 79 do 187 dni z dawką ogólną, dochodzącą do 6·5 antypiryny. U żab tych stwierdzał M. zmiany komórek wątrobnych, dochodzące do zupełnego zniszczenia pewnych odcinków miąższu, — marskość jednak nie powstawała. Otóż M. w przypuszczeniu, że przyczyną tego jest wyniszczenie ustroju, nie dozwalające na jakiekolwiek rozrastanie się tkanek, rozpoczął swoje żaby sztucznie żywić mięsem (żaby w niewoli nie przyjmują samoistnie żadnego pokarmu). Rzeczywiście u tak żywionych żab rozwijała się marskość wątroby w postaci bujania ogniskowego tkanki łącznej w sąsiedztwie tych odcinków miąższu wątrobnego, gdzie komórki wątrobne największym pod działaniem antypiryny uległy zmianom. U królików również pod działaniem antypiryny powstawała

marskość; dotyczące swe doświadczenia sam jednak M. uważa za niedość liczne.

Na podstawie swych badań dochodzi M. do wniosku, iż słusznem było jego z góry powzięte zapatrywanie, że każdy czynnik, szkodliwy dla komórek wątrobnych, musi — działając przewlekle — wywołać marskość wątroby, o ile działaniu jego nie przeszkodzą jakieś wpływy uboczne. *Ciechanowski.*

Diehl: **Rzadki przypadek ciała obcego w tchawicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 13, 1901). Autor opisuje przypadek ciała obcego w tchawicy, mianowicie rurki tracheotomijnej, oderwanej od tarczy. Wszelkie zabiegi wydobycia jej na drodze niekrwawej spełzły na niczem. Zauważyć wypada, że chora miała zrobioną tracheotomię dolną. Podczas przygotowywania do operacyi w celu usunięcia ciała obcego, chora nagle dostała silnego kaszlu, przyczem wykasłała rurkę przez otwór tracheotomijny. Autor powiada, że przypadek ten należy do bardzo rzadkich i że on nie zna w piśmiennictwie podobnego. (Że przypadki podobne są rzadkie, nie ulega wątpliwości, ale w piśmiennictwie można znaleźć ich więcej. *Przypisek Ref.*). Z powodu wyjątkowo szczęśliwego zdarzenia, że chora sama wykrztusiła rurkę przez otwór tracheotomijny, zastanawia się autor, czy w danym przypadku z powodu zupełnie zadawalającego stanu chorej była wskazaną operacya, na którą sam autor pierwotnie się zgodził. Autor z zastrzeżeniem wypowiada swoje zdanie, że tam, gdzie niema *indicatio vitalis,* operacya nie jest wskazaną, bo zresztą ciało obce może się wgoić. Na twierdzenie takie trudno się zgodzić i zawsze należy usiłować ciało obce wydobyć, jeżeli tylko sam zabieg nie będzie niebezpieczniejszy; ażeby rurka tracheotomijna mogła się w tchawicy, względnie oskrzelu, wgoić, chyba i autor niebardzo wierzy. (*Przypisek Ref.*)

Dr. Teofil Zalewski.

Schwabe: **Przyczynek do nauki o działaniu kwasu trójchlorooctowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 38, Zeszyt 3). Do pracy doświadczalnej nad działaniem kwasu trójchlorooctowego pobudziły autora sprzeczne podania rozmaitych autorów i różnorodność przypadków, w jakich był polecany. Kwas trójchlorooctowy stósowano w przypadkach, gdzie zadaniem jego powinno było być działanie w głąb (przerost muszli nosowych), jak i w takich, gdzie to działanie powinno się ograniczyć tylko na powierzchowne warstwy (stałe przedziurawienie bębenka). Autor powiada, że *à priori* należy przypuścić, iż jest rzeczą niemożliwą, by użycie kwasu trójchlorooctowego w obydwóch razach miało pożądany skutek. Badania autora, przeprowadzone na zwierzętach i na muszlach u ludzi żywych i umarłych wykazały, że kwas trójchlorooctowy działa tylko na powierzchowne warstwy przybłonka, a przenika głębiej tylko wtedy, jeżeli jest wcierany: lecz i wtedy działanie jego nie jest tego rodzaju, by można się było spodziewać jakiegoś wyniku dodatniego w przypadkach przerostu błony śluzowej nosa; natomiast może być zupełnie przydatnym w przypadkach stałych przedziurawień bębenka. *Dr. Teofil Zalewski.*

Treitel: **Przyczynek do nauki o raku ucha.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 38, Zeszyt 3). Autor podaje na wstępie, że grono lekarzy niemieckich wspólnie z ministeryum wzięło sobie za zadanie zbadać, czy rak obecnie jest chorobą częstszą, niż dawniej. Ogólne jest mniemanie, że z rakiem spotykamy się teraz o wiele częściej, ale pytanie, czy tutaj nie wchodzi w grę rozpowszechniona dziś umiejętność mikroskopowania i zwracanie uwagi na tę chorobę. Jest faktem, mówi Treitel, że w wielu przypadkach ropienia ucha środkowego z ziarniną, gdzie była robiona operacya, przekonano się podczas leczenia pooperacyjnego, że miano do czynienia z rakiem. Niezawsze i mikroskop rozstrzyga o istocie choroby i dopiero uwzględniając cały obraz chorobowy, można rozstrzygnąć, z czem mamy do czynienia. Autor opisuje przypadek raka ucha, który skończył się śmiercią i który zajmował jamę bębenkową, część kostną przewodu usznego, wyrostek sutkowy, cały błędnik, i przechodził nawet na zatokę poprzeczną i tętnicę dogłowową wewnętrzną. Na sekcyi stwierdzono prócz tego przerzuty na opłucnej. Wszystkie przypadki raka części głębszych ucha, które dotychczas spostrzegano, kończyły się śmiercią głównie dlatego, że późno rozpoznawano istotę choroby. Przypadki takie pouczają, jak trzeba być ostrożnym, i jak potrzebne jest nieraz badanie mikroskopowe w przypadkach ropienia przewlekłego, gdzie nieraz niewinne na oko ziarniny okazują się pod mikroskopem rakiem.

Dr. Teofil Zalewski.

Knöpfelmacher (Wiedeń): **O nerce wędrującej i o wymacalności nerek u oseska.** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde* 1901 T. 53). W dwóch przypadkach nerki wędrującej u osesków, spostrzeganych w szpitalu Karoliny w Wiedniu, a zakończonych zejściem śmiertelnem, autor miał sposobność obserwować je za życia i skontrolować obraz kliniczny na stole sekcyjnym. Ważniejsze objawy przedstawiają się następująco: W pierwszym przypadku u oseska dziewięciomiesięcznego brzuch był miernie wzdęty, powłoki jego wiotkie, wątroba i śledziona macalne. Przy ułożeniu oseska na bok prawy wyczuwa się po stronie lewej ciało, sięgające ku górze do łuku żebrowego, a ku dołowi do grzebienia kości biodrowej; ciało to rozpoznano jako nerkę. Podobny obraz po stronie prawej. Oburęcznem wymacaniem wyczuwa się łatwo nerkę, około 2 ctm. przesuwalną ku górze i w kierunku od strony prawej ku lewej. Badając przez odbytnicę, obydwie nerki są łatwo wymacalne; obniżywszy nerkę lewą przez powłoki brzuszne, można palcem przez odbytnicę dosięgnąć górnego bieguna nerki lewej. W 16 dni po przyjęciu osesek zmarł. Badanie pośmiertne: nerki obniżone o 1 ctm. poniżej położenia prawidłowego, przesuwalne, znacznie powiększone, o powierzchni gładkiej, marmurkowanej, z licznemi wynaczynionkami drobnemi. Istota korowa i ścianki graniczne obrzękłe, piramidy obfitują w krew. — Drugi przypadek: osesek czteromiesięczny okazywał przy obmacywaniu brzucha po stronie lewej ciało twarde, położone na zewnątrz od przedłużonej linii sutkowej lewej, sięgające ku górze do łuku żebrowego, ku dołowi do grzebienia kości biodrowej lewej. Badając lewą ręką przez powłoki brzuszne, a prawym wskazicielem przez odbytnicę, przestawia się to ciało jako nerka lewa, dobrze wymacalna, przesuwalna, prawidłowej wielkości. Prawej nerki przez odbytnicę wyczuć nie można. Dziecko umarło skutkiem zapalenia płuc, a badanie pośmiertne wykazało: lewa nerka znacznie obniżona, sięga dolnym biegunem do talerza biodrowego: prawa nieco obniżona. Obydwie wiotkie, na powierzchni marmurkowane, tu i ówdzie czarnawo-zielono zabarwione i pokryte licznemi wynaczynionkami. Na nerce prawej trzy obwodowo położone ogniska, wypełnione masą, podobną do ropy, wielkości ziarnka prosa do wielkości grochu. — Autor uważa cierpienie w pierwszym przypadku za prawdopodobnie nabyte, spowodowane osłabieniem i zwiotczeniem mięśni brzusznych i otrzewnej: w drugim zaś uważa je za wrodzone. *Jan Landau.*

Heuss. **Przyczynek do patologii zaniku plamistego skóry.** (*Monatsh. f. pr. Dermat.* XXXII. 1, 2). Autor, zebrawszy nieliczne przypadki tego cierpienia z piśmiennictwa i opisując własny przypadek, stwierdza, że klinicznie zanik plamisty jest chorobą występującą powolnie, cechującą się tworzeniem blado lub sinawoczerwonawych plam, rzadziej guzków od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego, okazujących na powierzchni lekko sfałdowany naskórek. Te bezbolesne w całym przebiegu plamy bledną po kilku tygodniach lub nawet miesiącach, pozostawiając białawe, podobne do blizn ubytki pod naskórkiem, bez naruszenia tego ostatniego. W szczególności zanik występuje na twarzy i po stronie wyprostnej kończyn górnych, rzadziej zajmuje tułów. Najczęściej dotknięte są tem cierpieniem kobiety w średnim wieku. Objawów podmiotowych niema żadnych. Anatomicznie cechują to cierpienie objawy zapalenia przewlekłego nader małego stopnia, rozpoczynającego się od naczyń skóry właściwej i części brodawkowej, a powodującego powolny zanik włókien sprężystych, które się nie odnawiają. Trudno oznaczyć przyczynę choroby, na mocy jednak dotychczas opisanych przypadków przypuszczać należy, że zanik ten powstaje skutkiem samozatrucia z powodu istnienia jakiejś choroby ogólnej n. p. gruźlicy. Przypadki dotąd znane autor rozdziela na trzy rodzaje: 1. postać prawdziwego zaniku plamistego skóry *(a. idiopathica)*; 2. postacie następcze w cierpieniach naczyń i nowotworach łączno-tkankowych, 3. z następowym rozrostem nowotworowym *(keloid).* *Dr. Krzyształowicz.*

Sellei. **Teraźniejszy stan nauki o łuszczycy błon śluzowych.** (*Montsh. f. Derm.* XXXII. 1). Autor zgadza się na mocy przypadków przez siebie spostrzeganych ze zdaniem Schwimmera, że łuszczyca błony śluzowej *(leucoplakia)* niema żadnego żadnego związku z przymiotem lub jakąś chorobą skóry, sprzeciwia się więc zapatrywaniom autorów francuskich, uwydatnia jednak zgodnie ze zdaniem wielu autorów częstość rakowatego zwyrodnienia tych zmian. *Dr Krzyształowicz.*

Reichard: **Przyczynek do kazuistyki operacyjnego leczenia zapaleń osierdzia.** (*Mitteilung. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. VII. Z. 2—3).

Współczesne piśmiennictwo chirurgiczne zawiera już sporą liczbę operacyjnie leczonych przypadków zapalenia osierdzia. Zestawienie Reicharda (nie uwzględniające dawniejszej kazuistyki Hindenlanga) obejmuje ogółem 33 przypadki. W dołączeniu znajduje się szczegółowy opis dwóch przypadków, spostrzeganych przez autora w oddziale Lindnera. W jednym z nich wysięk był ropny, w drugim surowiczy. Wypiłowaniem żebra, szerokiem otwarciem worka osierdziowego, wypuszczeniem wysięku i następowem sączkowaniem zdołano osiągnąć w obu przypadkach wynik wcale zadawalający.

Wybór postępowania wobec wysięku ropnego nie przedstawia

żadnych trudności. Sposób użyty przez autora jest niewątpliwie w tych razach postępowaniem jedynie racyonalnem. Nakłócie nie wystarcza, gdyż, jak poucza doświadczenie, nie zdoła ono w żadnym przypadku zapobiedz skutecznie ponownemu zbieraniu się wysięku. Nacięcie samo, bez wypiłowania żebra, jest zabiegiem technicznie trudniejszym, przedstawia pewne niebezpieczeństwa ze względu na możliwość skaleczenia opłucnej lub naczyń *(vasa mammaria)* i nie stwarza korzystnych warunków dla odpowiedniego sączkowania rany. W przypadkach wysięku surowiczego zabieg doszczętny staje się wskazanym z chwilą wystąpienia groźnych objawów, spowodowanych znaczną ilością nagromadzonego płynu. Zdaniem autora mogą nawet względy czysto rozpoznawcze usprawiedliwić podjęcie zabiegu doszczętnego. W sprawie techniki operacyjnej nadmienić należy, że ze względu na dogodny dostęp obojętne jest, czy się wykonywa wycięcie 3., 4., lub 5. żebra. Zastosowanie szczególnych metod wycięcia, jak n. p. Robertsa chondroplastyki jest zbyteczne. Sączkowanie uskutecznia się zapomocą sączków gumowych lub pasków gazy. Przyszycie brzegów rany osierdzia do ochrzęstnej ułatwia w znacznej mierze wydzielinie odpływ na zewnątrz. W przypadkach autora zaprzestano sączkowania 16-go i 20-go dnia po operacyi. Wobec wysięku posokowatego Reichard uważa (mimo ostrzeżeń Parkera, który spostrzegał przypadek nagłej śmierci przy przepłókiwanin) przepłókiwania jamy rozczynem kwasu borowego lub salicylowego wprost za wskazane, potępia natomiast wlewania mięszanki jodoformowoglicerynowej lub przemywania rozcieńczoną nalewką jodową.

Urbanik.

Honsell. **O urazie i gruźlicy stawów.** (*Beiträge zur klin. Chir.* T. XXVIII, Z. 3). Za przykładem Schüllera, Krausego, Lannelonguea, Acharda i Friedricha, stara się autor na drodze doświadczalnej wykazać związek między urazem a gruźlicą stawów. W tym celu 45 królikom wstrzykiwał do żył hodowle prątka gruźlicy, bardzo mało jadowite, w dużych lub małych ilościach, poczem już to bezpośrednio po wstrzyknięciu, już to po kilku tygodniach, a nawet miesiącach, uszkadzał któryś ze stawów i tylko u 5 wystąpiły zmiany gruźlicze także i w stawach, lecz właśnie w stawach uszkodzonych zmiany były o wiele mniejsze, aniżeli w innych, poprzednio nietkniętych. Zatem te doświadczenia wcale nie przemawiają za tem, aby uraz, zadziaławszy na staw, stwarzał w nim warunki szczególnie korzystne dla następowej gruźlicy. Mimoto jednak H. jest przekonany, że właśnie taki dodatni wpływ istnieje, a wiarę swoją opiera na statystyce (1729 przypadków) chorych z gruźlicą stawów, leczonych w klinice Brunsa, gdzie w dość znacznej liczbie, bo prawie 20%, związek między urazem a gruźlicą stawów z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem wykazać można było. *Herman.*

Preisich: **Przypadek nawrotnej błonicy i dławca po leczeniu surowicą.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 53, 3. H. 1901). Autor opisuje przypadek, odnoszący się do dziecka 3-letniego, u którego w dziesięć dni po wyleczeniu powtórzyła się jeszcze cięższa postać błonicy i dławca, mimo, iż surowica przeciwbłonicza, wstrzyknięta w ilości 3000 jednostek, jakoteż przebyta błonica, powinny były dziecko to nodpornić.

Antytoksyna wstrzyknięta znosi działanie toksyn błoniczych, a swym nadmiarem udziela ustrojowi pewnego stopnia biernej odporności, trwającej tak długo, jak długo antytoksyna z moczem i innemi wydzielinami ustroju nie opuści, co trwa kilka dni do dwóch tygodni. Odporność czynna, powstała w ustroju, przez samoistne zwalczenie choroby, jest trwała i tem dłuższa, im cięższa jest postać chorobowa. Ta odporność czynna nie może się wytworzyć przy leczeniu surowicą, gdyż wstrzyknięta antytoksyna nie dozwala do powstania intoksykacyi komórek, które w myśl teoryi Ehrlicha do wytworzenia antytoksyny (Seitenkettenproduction) w ustroju są potrzebne. Tym brakiem czynnej odporności tłómaczy się ten wczesny nawrót błonicy. *Dr. Bolesław Komorowski.*

C. Hochsinger: **„Phalangitis" dziedziczna na tle kiły u osesków.** (*Wiener medicinische Presse* Nr. 50, 1900). Choroba ta jest cechująca dla kiły dziedzicznej we wczesnych okresach i dotyczy kości członków palców, nigdy chrząstek lub części miękich. Ze stanowiska anatomo-patologicznego odbywa się tu sprawa, zwana zapaleniem kości rozrzedzającem (*ostisis diffusa rarefaciens*), stwierdzona zdjęciami Röntgena; w 4-ch przypadkach na 55 spostrzeganych; sprawa chorobowa postępuje od granic nasady i boków kości, a więc od okostnej, ku środkowi. Ze stanowiska zaś kliniczno-rozpoznawczego ważne jest zajęcie naprzód członków (falang) podstawowych, brak ropienia lub przebicia na zewnątrz, skłonność do samoistnego odrodzenia i wogóle przebieg podostry. Choroba ta, usadawiająca się li tylko na palcach rąk, rzadziej nóg, nadaje członkom cechujący kształt rozszerzony i wydłużony, przy którym części miękie udziału nie biorą, a skóra pokrywająca je, jest napięta, lśniąca i różowawa. Staw w najbliższem otoczeniu członka jest niezajęty. Zajęcie to członków jest zwykle naraz wielorakie i niesymetryczne. Swoista ta choroba, gdy jest leczoną, daje zwykle wynik dodatni. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. C. Bruns. **O leczeniu i zapobieganiu przykurczeniom w stawie kolanowym.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901 Nr. 6). W uporczywych i łatwo nawracających po sprawach zapalnych przykurczeniach w kolanie, gdzie żadne tutory nie spowodowały trwałego wyniku i już chciano przystępować do wypiłowania stawu, autor z powodzeniem stosował przeszczepianie zupełne ścięgien m. dwugłowego i półścięgnistego na ścięgno m. czworogłowego. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Alboferyna jest związkiem białkowatym, zawierającym żelazo i fosfor w postaci organicznej. Jest to proszek jasno brunatnej barwy, bez woni i smaku, rozpuszczalny w wodzie zimnej. Z utworzonego rozczynu białko nie strąca się po ogrzaniu. Oddziaływa obojętnie. Alboferyna nie jest higroskopijną. W stu częściach substancyi suchej zawiera: 90·14% białka, 0·68% żelaza, 0·324% kwasu fosforowego, 0·13% N—amidowego i 9·5% popiołu. Dawka dla dorosłych 3—4 łyżeczek (czyli 6—9 grm.) dziennie; dla dzieci połowę. W handlu znajdują się również kołaczyki, zawierające po 0·25 grm. alboferyny. *Dr. Ig. L.*

Tausig (Wiedeń): **Aspiryna, środek zastępujący przetwory salicylowe.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, 1901, Nr. 8). Nowy ten lek rozwija znakomite i prawie swoiste działanie w przypadkach ostrego gośćca stawowego, mięśniowego i nerwobólów, zupełnie usuwając istniejące obrzęki, a nadewszystko bolesność. Ostatnia cecha skłoniła autora zastosować aspirynę także w innych cierpieniach, połączonych z bolesnością, n. p. w raku i wrzodzie żołądka i rzeczywiście udało się w krótkim bardzo czasie bóle opanować, przyczem również i gorączka opadła. Z uwagi, że środek rzeczony posiada i własność przeciwgnilną, używano go często z dobrym skutkiem w miejsce salolu, w niedomogach przewodu pokarmowego, połączonych z nadmiernem kiśnieniem. Objawów niekorzystnego działania lub zapadu nigdy nie zauważono, nawet chorzy na serce znosili bardzo dobrze aspirynę. Zwykła jednorazowa dawka wynosi 0,5. *Dr. Henryk Pisek.*

O Fersanie donosi Dr. Markus w pracy swojej „O stosowaniu fersanu w błednicy" (*Wien. med. Blätter*, Nr. 3, 1901), iż u chorych na błednicę podanie fersanu spowodowało zwiększenie się odsetkowej ilości hemoglobiny, jak również ilości krwinek we krwi, dalej zwiększenie łaknienia, nie oddziaływując ujemnie na sprawę trawienia. Podmiotowe objawy chorych w krótkim stosunkowo czasie ustępowały, a ciężar ich ciała zwiększał się. *Dr. Ig. L*

Proszek odżywczy „Heydena". O przetworze tym pisze Hefelmann (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1899, Nr. 40), iż pod względem zawartości azotu, ma być proszek odżywczy Heydena równoważny somatozie i troponowi, a odróżnia się rozpuszczalnością w wodzie. Somatoza, która jest zbliżoną do albumoz, rozpuszcza się w wodzie zimnej, tropon zaś jest w wodzie nierozpuszczalny, podczas gdy proszek „Heydena" rozpuszcza się w wodzie wrzącej. Celem troponu jest zastąpić zwykłe pożywienie, gdy somatosa i środki odżywcze Heydena służą jako dodatki do pożywienia w ogólności, — do potraw, aby zwiększyć ich pożywność i zawartość w N. — Według Schlossmanna przyczynia się proszek odżywczy Heydena do zwiększenia wydzielania pokarmu u kobiet karmiących i wpływa dodatnio na jakościowy i ilościowy skład mleka. Również Hauschka (*Aertz. Rundschau*, 1899, Nr. 50) stósował proszek odżywczy Heydena z wynikiem dodatnim; podanie tego środka sprowadza znaczny przybytek ciężaru ciała, a u chorych, dotkniętych skazą moczanową, nie zwiększała się ilość moczem wydzielonych moczanów przy podawaniu tego środka. Według Hauschki podawanie tego środka w chorobach z przebiegiem gorączkowym i posocznicowatych ma być jedynie przeciwskazanem. Temu twierdzeniu sprzeciwia się jednakowoż Meitner (*Aerzt. Centr. Ztg.*, 1900, 38 i 38) twierdząc, iż w chorobach z przebiegiem gorączkowym można śmiało podawać proszek odżywczy H., a należy się jedynie wystrzegać podania zbyt wielkich dawek; w małych dawkach znoszą go tacy chorzy dobrze. Meitner stwierdza również podniesione już przez Schlossmanna i Hefelmanna działanie tego środka na wydzielanie się mleka, mianowicie zwiększanie się pokarmu u kobiet karmiących. Podanie środków odżyw. H. wskazane jest według Meitnera w błednicy, we

wszystkich ciężkich przewlekłych chorobach, niszczących ustrój, w nieżytach przewodu pokarmowego, po przebyciu grypy i dla ozdrowieńców. Smak tego środka nie jest jednak bez zarzutu, — przypomina bowiem klej; to też należy go podawać z rosołem, mlekiem lub też najodpowiedniej z kakao. Dawka: łyżeczka kawowa (zestrychowana) 3 do 5 razy dziennie. Należy jeszcze nadmienić, iż Hesse (*Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten*, 1899) i Glaessner (*Centr. f. Bakter.* 1900) zalecają proszek odżywczy Heydena do sporządzania pożywek celem hodowania prątków gruźliczych i błoniczych, — w miejsce używanego peptonu. *Dr. Ig. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 marca 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

I. Wybrano jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa kol. Władysława Sciborowskiego z Krakowa.

II. Kol. Borzęcki zawiadamia imieniem nieobecnego kol prof. Reissa, że komisya wybrana na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 6 b. r. dla wydania opinii, czy wykłady zbiorowe dla dorastającej młodzieży szkół średnich o samogwałcie i chorobach wenerycznych mogą wywrzeć korzystny wpływ na zmniejszenie się samogwałtu i chorób wenerycznych, odbyła pod przewodnictwem kol. Reissa posiedzenie w dniu 15 marca b. r. i po wyczerpującej dyskusyi, w której zabierali głos, wszyscy członkowie komisyi, uchwaliła: 1) nie należy urządzać wykładów dla młodzieży o samogwałcie, gdyż nietylko uważa je komisya za bezcelowe, ale nawet za szkodliwe; 2) Towarzystwo lekarskie podejmie akcyę w celu ułożenia statystyki szkolnej ze stanu zdrowia młodzieży i podniesie nieodzowną potrzebę wprowadzenia w życie instytucyi lekarzy szkolnych.

Co się tyczy pouczenia młodzieży w formie wykładów zbiorowych w szkole o chorobach wenerycznych, to komisya uważa je za bezcelowe i bezpożyteczne; rzecz tę pozostawić należy do załatwienia szkole, wychowaniu domowemu i ustanowić się mającym lekarzom szkolnym; 3) należy się postarać natomiast o urządzenie wykładów o chorobach wenerycznych dla młodzieży uniwersyteckiej i dorosłych.

Wnioski przyjęto do wiadomości, a przewodniczący oświadczył, że komitet nad nimi się zastanowi i poweźmie uchwałę.

III. Kol. Doc. Bossowski przedstawił dwóch chorych operowanych w szpitalu Bonifratrów:

a) przypadek ropnia w jamie Douglasa, jako jedynego ogniska ropnego, powstałego w przebiegu *epityphlitis* u mężczyzny 26-letniego

Omówiwszy szczegółowo przebieg i sposób powstawania takich ropni, zwraca kol. B. uwagę na doniosłe znaczenie, jakie przypada badaniu przez odbytnicę pod względem rozpoznania i wyboru drogi operacyjnej, celem opróżnienia z jamy Douglasa ogniska ropnego.

Jedynie tam, gdzie ropień opuszcza się nizko ku rzyci i wypukla wybitnie ścianę odbytnicy tak, że wyczuć można wyraźne chełbotanie, zalecane w ostatnich czasach, otwarcie go przez odbytnicę nie przedstawia niebezpieczeństwa, w przypadkach innych nadają się do opróżnienia ropnia dwie tylko drogi: cięcie »parasakralne« od tyłu, lub przez powoki brzuszne od przodu. Ta droga ostatnia, lubo cięższa dla chorego i trudniejsza wobec głębokiego usadowienia się ropnia w miednicy, umożliwia jednak z jednej strony odkrycie następowych ognisk ropnych w przebiegu *epityphlitis* powstałych, a częstokroć nie dających się poprzednio wybadać; z drugiej zaś strony dopuszcza równoczesne wycięcie wyrostka robaczkowego, przez co zaoszczędza choremu ponowną operacyę.

Wreszcie droga brzuszna dozwala nadto na zrobienie nacięcia z dna jamy ropnia do odbytnicy pod kontrolą oka i przeprowadzenia tamtędy sączków na zewnątrz, a to dla zabezpieczenia należytego odpływu ropie z jamy, poniżej cięcia w powłokach brzusznych położonej.

Temi pobudkami się kierując, obrał kol. B. u swojego chorego drogę przez powłoki brzuszne i torując sobie dostęp pozaotrzewnowo dostał się w głąb miednicy, gdzie napotkał silne i grube zrosty, a po rozdzieleniu ich na tępo dotarł do jamy ropnia, położonego w zatoce Douglasa. Po wydaleniu ropy mógł stwierdzić, jak niebezpiecznem byłoby otwarcie ropnia od strony odbytnicy. — na dnie bowiem zatoki Douglasa leżała przyrośnięta pętla jelita, przylegająca ściśle do ściany odbytnicy.

Bez otwarcia zatem wolnej jamy brzusznej udało się w tym przypadku opróżnić ropień, usadowiony w jamie Douglasa, poczem po wytamponowaniu go gazą, oczyszczeniu pola i rąk, przedłużył kol. B. pierwotne cięcie w powłokach w kierunku kolca biodrowego, otworzył w dole biodrowym wolną jamę brzuszną, odszukał tu i odciął przy podstawie przebity na szczycie wyrostek robaczkowy i utwierdzony daleko od ropnia w jamie Douglasa i niezależnie od niego zrostami z siecią i jelitem.

Część zewnętrzną rany, prowadzącą do wolnej jamy brzusznej, zamknął dokładnie szwem, resztę rany zostawił otworem, wprowadziwszy przez nią gazę i sączki w głąb do jamy ropnia w zatoce Douglasa.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; po upływie 10 tygodni chory opuścił szpital z małą dogajającą się przetoką w miejscu rany pierwotnej w powłokach brzusznych.

b) Przypadek drugi dotyczył mężczyzny 56-letniego z przepukliną udową, u którego przed 3-ma miesiącami wykonał kol. B. operacyą radykalną według metody Kochera, a nadto wszył sposobem podanym przez Witzela sieć z cienkiego drutu srebrnego, celem mocniejszego zamknięcia bramy przepuklinowej. Sieć wgoiła się bez zarzutu i do dzisiaj zamyka szczelnie bramę przepuklinową, stanowiąc twardy, bliznowaty opór w jej miejscu. Natomiast po nad więzem Pouparta na zewnątrz od otworu przewodu pachwinowego, w miejscu, gdzie według metody Kochera w powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego nacina się otwór, przez który przeciąga się odłuszczony worek przepukliny udowej, powstało przed dwoma tygodniami małe wypuklenie skóry, odpowiadające wytworzeniu się *herniae parainguinalis*.

Na podstawie tego przypadku stwierdza kol. B., że sposób Kochera w równej mierze, jak metody inne, przy których rozszczepia się albo oddziela od miejsca przyczepu wiąz Pouparta, pociąga za sobą niebezpieczeństwo wytworzenia się po pewnym czasie przepukliny nad więzem Pouparta, a to skutkiem osłabienia ściany kanału pachwinowego, lub ściany brzusznej w okolicy nadwięzadłowej.

IV. Doc. Dr. Marchlewski miał wykład »O pokrewieństwie barwika krwi i chlorofilu.« Prelegent dał krótki pogląd na stan dzisiejszy chemii hemoglobiny i chlorofilu i porównał wyczerpująco własności hematoporfiryny i filoporfiryny, ostatnich barwnych produktów metamorfozy wstecznej barwika krwi i zieleni. Ciała te mają bardzo zbliżony skład chemiczny i uderzająco podobne widma absorbcyjne. Ponieważ własności widmowe ciał są w wysokim stopniu, jak mówią, konstytucyjne, więc należy dopatrywać się blizkiego chemicznego pokrewieństwa hematoporfiryny i filoporfiryny, a zatem i ciał ich macierzystych. Wniosek ten daje się utrwalić dzięki spostrzeżeniu, że oba ciała dają w pewnych warunkach jednakowe produkty rozkładu, t. j. pirol, względnie jego homologi, i że zasada ostatnio wspomniana powoduje absorpcyę tych samych silnie załamanych promieni świetlnych, co filo- lub hematoporfiryna. Prelegent wspomniał o hipotezie Nenckiego, mającej tłómaczyć przyczynę pokrewieństwa barwika krwi i zieleni i zaznaczył, że udało mu się otrzymać doświadczalnie poparcie tego poglądu. Według Nenckiego barwik krwi i zieleń powstają skutkiem rozkładu białka zwierzęcego, względnie roślinnego, a prelegent udowodnił, że rozkład białka w państwie zwierzęcem i roślinnem może odbywać się istotnie w analogiczny sposób, albowiem przekonał się, że indykan roślinny, powstający w chloroplastach, jest glukozydem indoksylu, podobnie jak indykan moczu, powstający z białka, jest estrem siarkowym tegoż indoksylu. Indoksyl zaś, jak wogóle pochodne indolu, można uważać za krewniaki pochodnych pirolowych, a więc i hematoporfiny i filoporfiryny.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. Wład. Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 27 marca 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wnioski Komisyi w sprawie wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla młodzieży postanowiono, na wniosek Ko-

mitetu przesłać do załatwienia Towarzystwu higienicznemu krakowskiemu, gdy się ukonstytuuje.

III. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet proponuje na przewodniczącego mającego się zawiązać Komitetu miejscowego dla ułatwienia lekarzom polskim wzięcia udziału w III-im Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze — kol. prof. Wicherkiewicza. Przyjęło do wiadomości.

IV. Kol. Doc. Ludomił Korczyński wygłosił część I. odczytu: „Rozwój i obecne stanowisko organoterapii."

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

V-te posiedzenie Wydziału odbyło się w dniu 22 marca br. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana. Po załatwieniu spraw administracyjnych i odczytaniu nadeszłych korespondencyj, przedłożył Dr. Braun referat w sprawie listu Dr. K. Po wyczerpującej dyskusyi Wydział uznał się niekompetentnym do interweniowania w tej sprawie jako czysto osobistej między dwoma kolegami.

Z kolei odczytał Dr. Braun obszerny referat o ubezpieczeniu się lekarzy za pośrednictwem Tow. »Samopomocy.«

Po dyskusyi uchwalono jednogłośnie: Towarzystwo »Samopomocy« przyjmuje agencyę akwizytorską dla krakowskiego Towarz. ubezp. na życie i natychmiast rozpocznie czynności, rozsyłając w tym celu zredagowaną odezwę, potrzebne druki i blankiety do kolegów. *(Streszczenie protokółu).* *Dr. Langie* I. sekretarz.

VI-te posiedzenie Wydziału odbyło się dnia 27 marca b. r. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana. Po załatwieniu spraw formalnych i administracyjnych, odczytał sekretarz obszerną petycyę kol. S. z Jod. Po długiej dyskusyi przydzielono sprawę jednemu z członków Wydziału do dokładnego i wszechstronnego zbadania, czy i w jaki sposób będzie mogło Towarzystwo w sprawie tej interweniować. Nadesłany listownie wniosek Dr. Brombergera z Jarosławia, aby Wydział Tow. wysłał na prowincyę delegata celem werbowania nowych członków dla Towarzystwa, oddano do referatu jednemu z członków Wydziału z poleceniem zdania sprawy na najbliższem posiedzeniu. W końcu poruszył Dr. Weinsberg myśl, aby Wydział zastanowił się nad projektem upaństwowienia lekarzy, względnie uzyskania rządowych emerytur i pensyj wdowich zapomocą wspólnej akcyi z Izbami lekarskiemi. *(Streszczenie protokółu).* *Dr. Langie* I. sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

Liebreich (Berlin): a) *Zjazdy lekarskie, dotyczące orzeczeń o szkodliwości konserwowanych środków spożywczych.* Prelegent krytykuje nadmierną gorliwość, okazywaną w ostatnich czasach w zwalczaniu konserwowanych środków spożywczych i zapoznającą zupełnie postępy, jakie chemia poczyniła na tem polu. Bez konserwów nie może się ludność dostatecznie odżywiać, przedstawiają bowiem dla niej wielką wartość ekonomiczną. Krytyka sposobów konserwowania jest czysto teoretyczna i z pewnością zniszczyłaby wszystkie te cenne środki spożywcze, gdyby miała moc prawną; metoda konserwowania ma być wówczas zakazaną, względnie usuniętą, jeżeli jej szkodliwość została udowodnioną, czego najczęściej brak. Jeżeli pewne środki żywności, jak n. p. mięso, mleko i t. p., bywają chronione przed rozkładem zapomocą chemikaliów, lub jeżeli z środków spożywczych bywają wytwarzane inne materyały zastępcze, wówczas zadaniem chemicznego badania jest w pierwszym rzędzie stwierdzić, o ile została zachowana wartość odżywcza; lekarskie zaś badanie ma wykazać, o ile częściowa lub całkowita „konserwa" wraz z środkami powszechnie używanymi, wpływają ujemnie lub dodatnio na ustrój. To stwierdzenie nie powinno być wykonane jednostronnie: farmakologowie, higieniści i lekarze muszą w takich przypadkach skupić swe siły. Zdarzało się, że zarzucono niektóre cenne ciała bez dostatecznej przyczyny, jeśli przypadkowo doświadczenia na zwierzętach wykazały nieznaczne nieprawidłowości w ciśnieniu lub krążeniu krwi, albo też — jeżeli nie były „bardzo dobrze" znoszone przez chorego, dziecko, lub przez osłabione osoby; z takich pojedynczych spostrzeżeń snuje się zwykle zupełnie nieuzasadnione i błędne wnioski dla osobników zdrowych. W taki sposób można wreszcie dojść do tego, że należy zakazać prawie wszystkich środków spożywczych, albowiem n. p. musztarda, trufle, ser, surowe owoce i t. d. ujemnie wpływają częstokroć na stan zdrowia. Pewne orzeczenie posunęło się nawet tak daleko, że zarzuciło — same przez się nieszkodliwe — metody konserwowania jedynie dlatego, ponieważ mogą wpłynąć na zaniedbanie potrzebnej ostrożności przy należytem utrzymywaniu dotyczących środków spożywczych. Wreszcie wspomina prelegent o metodzie konserwowania kwasem borowym, która, jak doświadczenia wykazały, zadość czyni nawet najsurowszym wymaganiom i skutecznie wytrzymuje wszelką krytykę.

b) *Przedstawienie uleczonego wilka skóry (lupus).* Cztery lata cierpiał chłopiec na wilka, usadowionego na policzku i na pośladku; stosowanie nalewki kantarydyny sprowadziło zupełne wyleczenie, a chłopiec od 3 lat jest wolny od nawrotów. Prelegent zwraca uwagę na tę okoliczność, że wrzód na pośladku wygoił się bez pozostawienia blizny — szczegół dotychczas nieznany. Pośmiertne badanie podobnego przypadku stwierdziło, że skóra w miejscu wygojonem przedstawiała się pod drobnowidem zupełnie prawidłową. Tak dla rozpoznania wilka pospolitego *(lupus vulgaris)*, jak i dla rokowania, są niezbędnie potrzebne podane przez prelegenta metody badania optycznego (faneroskopia, ucisk szkłem).

Arloing i Courmont (Paryż): *Rozpoznawanie gruźlicy drogą aglutynacyi.*

Rozprawy: Mosny (Paryż): rozstrzygnął rozpoznanie, — wahające się między gruźlicą a durem, — zapomocą aglutynującego działania surowicy krwi; dokonana sekcya to potwierdziła.

Blumenthal (Berlin) również spostrzegał dobre wyniki w klinice Leydena. Odczyn ma nietylko znaczenie w gruźlicy płuc, lecz także w przypadkach wysięków i przesączyn w klatce piersiowej i w jamie brzusznej.

Labadie (Nowy York): *Przyczynek do leczenia gruźlicy według metody bezpośredniego skierowania leków i antyseptyków zapomocą elektryczności na siedzibę zmian chorobowych.* Prelegent używał metody Crottea, zasadzającej się na bezpośredniem stósowaniu formaldehydu zapomocą elektryczności wprost na miejsce chorobą zajęte (płuca); z wyników jest bardzo zadowolony.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

WSKAZÓWKI

do postępowania przy zawieraniu umowy między lekarzami, a kasami chorych, (proponowane przez Izbę lekarską dolno-austryacką, a przyjęte i zalecone również przez Izbę zachodnio-galicyjską).

Następujące punkta należy omówić w kontrakcie:

I. Czas trwania umowy. Umowa może być zawartą albo na pewien czas (rok lub kilka lat), albo też na czas nieograniczony. W razie zawarcia umowy na pewien oznaczony czas zaleca się umieszczenie w kontrakcie postanowienia, że umowa obowiązuje i nadal pod tymi samymi warunkami na taki sam czas, jeźli z żadnej strony nie nastąpiło wypowiedzenie przed jej upływem, tudzież że to milczące wznowienie umowy obowiązuje aż do jej wypowiedzenia. Jeźli w kontrakcie niema zastrzeżenia, natenczas zbyteczną jest umowa co do wypowiedzenia: umowy bowiem, zawierane na pewien określony czas, gasną z upływem tego terminu. W czasie zawarcia umowy na czas nieoznaczony musi być bliżej określone wypowiedzenie co do jej zerwania. W obu przypadkach oznaczenie terminu wypowiedzenia pozostawia się dowolnemu ocenieniu przez obie strony.

II. Okręg. Okręg, dla którego ustanawia się lekarza kasy chorych, powinien być w kontrakcie dokładnie podany, a dla uniknięcia zbyt wielkich odległości między siedzibą lekarza kasy, a jej członków, należy starać się o odpowiednie zaokrąglenie okręgów.

III. Honoraryum. Honoraryum ustanawia się ryczałtowo lub za każdy pojedynczy przypadek. W razie ryczałtu wskazanem jest ustanowienie od głowy i za jeden rok przynajmniej 5 koron, w czem już mieszczą się i czynności nadzwyczajne. Można się także zgodzić na pewną stałą kwotę rocznie (która nie jest identyczną z ryczałtem za głowę i rok), obejmującą również nadzwyczajne czynności. Ma być ona jednakże takiej wysokości, ażeby rozdzielona na maksymalną liczbę członków dotyczącej kasy, odpowiadała ryczałtowi przynajmniej 5 koron za głowę i rok. Odnośne postanowienia może zawierać kontrakt dla tych kas, które obowiązane są dostarczyć pomocy lekarskiej i dla rodzin swych członków. Przy wynagrodzeniu za każdy przypadek z osobna za podstawę może służyć taryfa, co najwyżej z 20% opustem, okręgu tej Izby, w której znajduje się okręg zamianowanego lekarza. W razie braku takiej taryfy można zgodzić się na honoraryum, powszechnie w siedzibie kasy przyjęte, co najwyżej z 20% opustem, o ile ono już i tak nie zeszło do minimalnych granic. Przy każdorazowem wynagrodzeniu baczyć należy, czy taryfa nie zawiera jakich postanowień za nadzwyczajne czynności. W przeciwnym przypadku, lub w braku taryfy, należy umówić się co do tych czynności, które za nadzwyczajne uchodzić mogą, jakoteż i co do wynagrodzenia za nie. Zawarte w taryfie postanowienia za czynności nadzwyczajne mają znaczenie z opustem, wynoszącym najwyżej 20%. Również należy się umówić tak przy ryczałtowem, jak i każdorazowem honoraryum, co do dostarczenia lekarstw i środków lekarskich, jakoteż i co do ich zapłacenia. Za dostarczone leki należy płacić według taksy (*exp. simplex*) bez potrącenia i z wykluczeniem łączenia roboty kilku recept podobnych lekarstw, za środki lekarskie zaś według przedłożonego rachunku. Jeżeli okręg lekarza kasowego jest zbyt rozległy, a członkowie kasy daleko od siebie mieszkają, należy ułożyć się albo o odpowiedni ryczałt na dorożki, albo o odpowiednią należytość za dorożki, lub też o t. zw. kilometrowe. W ogólności nie da się oznaczyć stałej normy dla wielkości okręgu. Owszem w każdym poszczególnym przypadku trzeba uwzględnić zachodzące okoliczności i według nich oznaczyć wysokość ryczałtu na dorożki, względnie należytości za dorożkę, lub za kilometr. Gdzie istnieje zatwierdzona przez władzę taksa, należytość za dorożkę może się równać należytości za wóz parokonny, gdzie zaś takiej taksy niema, można oznaczyć należytość według przyjętej w siedzibie kasy, ceny za parokonną dorożkę. T. zw. kilometrowe winno być oznaczone z uwzględnieniem miejscowych stosunków i terenu okręgu, a w szczególności należy dokładnie podać, z jakiej odległości od mieszkania lekarza kilometrowe ma być wypłacane. Poleca się wypłatę kwartalnie z dołu, a szczególnie przy ryczałtowem honoraryum, ze względu na punkt następny (IV).

IV. Liczba członków. Przy umowie z rocznym ryczałtem za głowę i rok należy sobie zastrzedz, by kasa chorych przedkładała lekarzowi kasy w ciągu dni 14 po upływie każdego kwartału liczbę członków, przydzielonych jemu w ubiegłym kwartale. Przy umowie o stałą kwotę roczną należy sobie zastrzedz maksymalną liczbę członków, którą lekarz kasy obowiązuje się leczyć za umówiony ryczałt, jak również i honoraryum w razie przekroczenia tej liczby. Tutaj powinna być obopólna umowa zawarta co do przedkładania liczby członków, jak również w obu przypadkach zastrzeżone powinno być prawo lekarza kasy wglądania w księgi kasy chorych, celem osobistego sprawdzenia liczby przydzielonych mu członków, względnie celem kontroli wykazanej liczby członków.

V. Obowiązki lekarza kasy. Tu wystarczy uwaga w kontrakcie, że lekarz ma dokładnie i sumiennie wypełniać obowiązki, które określa § 10 reskryptu ministerstwa spraw wewnętrznych, wydanego dla powiatowych kas chorych.

VI. Kontrola chorych. Należałoby postanowić, by wszelką kontrolę chorych wykonywano tylko w porozumieniu z lekarzem kasy, a nadto, by lekarz kasy miał głos rozstrzygający wobec kontroli urzędników,

VII. Zastępstwo lekarzy kasy podczas posiedzeń Wydziału. Należy sobie wymówić, że lekarz kasy ma głos doradczy podczas posiedzeń Wydziału, do których kasa chorych obowiązaną jest go wezwać. Jeżli przy jednej kasie jest kilku lekarzy, prawo to przechodzi na wybranego z pośród nich większością głosów. W przemysłowych kasach chorych lekarz kasy winien być wzywanym do wszelkich komisyj inspekcyjnych, przez władzę zarządzonych.

VIII. Zastępstwo. Lekarz kasy stara się sam o zastępcę w czasie urlopu lub choroby.

IX. Natychmiastowe rozwiązanie umowy; *a)* przez kasę chorych: Kasa chorych winna mieć prawo natychmiastowego zerwania umowy, bez poprzedniego wypowiedzenia, tylko w następujących przypadkach:

1) W razie rażącego, uznanego przez sąd rozjemczy zaniedbania obowiązków ze strony lekarza;

2) w razie prawomocnego sądowego zasądzenia lekarza kasy z powodu zbrodni, dalej z powodu przestępstwa lub przekroczenia wskutek chęci zysku, lub też przeciw moralności publicznej;

3) w razie prawomocnego polubownego zasądzenia lekarza kasy z powodu ciężkiego wykroczenia przeciw godności i powadze stanu lekarskiego.

b) przez lekarza kasy: Lekarz kasy winien mieć prawo natychmiastowego zerwania umowy, bez poprzedniego wypowiedzenia, tylko w następujących przypadkach:

1) jeżli kasa chorych stale wzbrania się przedkładać lekarzowi kasy w umówionych terminach wykazu liczby członków;

2) jeżli kasa chorych stale wzbrania lekarzowi przeglądania książek kasy, celem sprawdzenia liczby przydzielonych członków, względnie ich kontroli;

3) jeżli kasa chorych wykonuje kontrolę chorych bez porozumienia się z lekarzem, lub też nie uwzględnia jego zdania;

4) jeżli Wydział lekarza kasy, względnie delegata lekarzy kasy, na swoje posiedzenie nie wzywa; wreszcie

5) w razie zachowania się członków kasy, ubliżającego powadze lekarza, lub takiegoż postępowania kasy chorych wobec lekarza.

Załatwienie sporów. Umowa, że rozstrzyganie wszelkich sporów, wynikających z kontraktu między kasą chorych a lekarzem, w sprawach higienicznych i lekarskich należy do Izby lekarskiej bez apelacyi. Umowa, że do rozstrzygnięcia sporów, wynikających z kontraktu, które wchodzą w zakres postępowania sądowego, powołanym jest sąd powiatowy, w siedzibie kasy chorych się znajdujący.

Umowa, że wszelkie spory, wynikające z kontraktu, nie podpadające ani pod kompetencyą Izby lekarskiej, ani też sądu, mają być załatwione przez sąd polubowny bez apelacyi, do którego każda strona wybiera jednego sędziego, ci zaś superarbitra, którym nie może być ani członek kasy, ani też lekarz kasy chorych.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 kwietnia.

X Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie z początkiem drugiej połowy lipca roku bież. w klinice chirurgicznej.

Nie oznaczając dzisiaj jeszcze ścisłego terminu otwarcia Zjazdu, zapraszamy niniejszem do licznego uczestnictwa i do licznych zgłoszeń odczytów, które przyjmuje przewodniczący lub też sekretarz Zjazdów chir. pol.

Chorzy zamiejscowi, przeznaczeni do demonstracyi, jakoteż przyrządy i preparaty, znajdą przez czas Zjazdu pomieszczenie w klinice chirurgicznej.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się Wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, które nadsyłać można do kliniki chirurgicznej.

A. Bossowski sekret. Zjazdów. *L. Rydygier* przewodniczący Zjazdów chirurg. polskich.

* Prace przygotowawcze do III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich znajdują się w kulminacyjnym punkcie swego rozwoju: liczba zgłoszonych odczytów wzrasta z taką szybkością, że już dziś zaszła potrzeba utworzenia dwóch nowych sekcyj: dentystycznej i weterynaryjnej.

Komitet gospodarczy uchwalił nie urządzać wystawy ogólnej, lecz pozostawił sekcyom uznanie potrzeby i ewentualnie urządzenie poszczególnych wystaw. Do tej pory przedstawiły swe projekty: sekcya higieniczna i dentystyczna.

Sekcya prasowa zajmie się wydawnictwem czasopisma p. t. »Věstník třetího sjezdu českých přírodozpytců a lékařů v Praze 1901,« którego wyjdzie 5—7 numerów. Redaktorami »Věstnika« będą profesorowie: Thomayer i Schrutz.

* Wiedeński Zjazd przeciw nadużywaniu wyskoku budzi wielkie zainteresowanie. Snać medycyna społeczna weszła na porządek dzienny potrzeb oświeconych narodów, skoro na Zjeździe rzeczonym stawiła się cała Europa urzędowa i nieurzędowa, wszystkie stany, wieki i obie płcie. Używanie umiarkowane wyskoku, jako krok pośredni do zapobieżenia nadużywaniu, uznano i słusznie za złudny. Samo społeczeństwo nie jest w stanie rozwiązać tej sprawy; klucz jej spoczywa

w ręku rządu: skasowanie szynkowni, ograniczenie sprzedaży wyskoku do aptek, stanowić może radykalny i stanowczy krok w tej szlachetnej walce. Oświata powszechna i umoralnienie są czynnikiem współczynnym wielkiej doniosłości. Liczby statystyczne, oznaczające ilość zużywanego wyskoku, jako też chorobliwość i występczość na tle opilstwa, przerażająco zwiększają się i zagrażają zwyrodnieniem rasy ludzkiej.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że rząd udzielił koncesyi na wydawanie w Warszawie w języku polskim czasopisma p. t. »Lekarz Homeopata.«

* Izba wirtembergska uchwaliła większością 43 głosów przeciwko 31 założenie w Tybindze katedry homeopatyi, pomimo zwalczania tego projektu przez ministra oświaty i kanclerza uniwersytetu.

* W Anglii powstało pierwsze czasopismo higieniczne, wydawane przez profesorów w Cambridge: G. Nuttalla, Haldanea i A. Newsholmea.

* W Berlinie wyszła książka p. t. »Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medicin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit« wydane przez Dr. Placzka, nakładem firmy G. Thieme (Lipsk). Dzieło to posiada istotną wartość dla stanu lekarskiego, gdyż poucza o nowej ustawie, wyrokach oraz orzeczeniach znawców i powołanych instytucyj, a tem samem może ułatwić każdemu lekarzowi wydanie opinii zawodowej, zgodnej z dzisiejszym stanem nauki i wymaganiami prawa.

* Francuski Kongres chirurgiczny odbędzie się od 21—26 października r. b.

* IV-ty Kongres ginekologów niemieckich odbędzie się w Giesen od 29 maja do 1 czerwca r. b.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Graser przyjął wezwanie do zajęcia katedry chirurgii w Rostoku. Doc. Günther mianow. został nadzwycz. prof. w Berlinie. Nadzwycz. profesorem antropologii w Zurychu został Dr. Martin. Zwycz. profesorem otyatryi w Rostocku mian. został Körner. Tymczasowym zastępcą Fodora w Budapeszcie mian. został Liebermann.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Karol Dębicki znany w szerokich kołach lekarz zdrojowy w Franzensbadzie, zakończył życie 4 b. m. w Meranie, licząc lat 53. W Turynie zmarł głośnego imienia badacz Juliusz Bizzozero, prof. patologii ogólnej, znany ze swych prac histologicznych i hematologicznych, liczył lat 55. Dr Konstanty Gorayski zmarł dn. 6 kwietnia w Petersburgu.

Zapiski bibliograficzne.

— *Przegląd Dentystyczny* Nr. 3: Łepkowski: O unaczynieniu zębów u ludzi.

— *Medycyna* Nr. 15: Bregman: Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa. Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

— *Kronika Lekarska* Nr. 7: Mincer: O leczeniu zwężeń cewki moczowej. Rabek: Błonica u dziecka dwumiesięcznego.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 15: Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy. Bernhardt: W kwestyi patogenezy świerzbiączki. Łagowski Przyczynek do ocenienia wartości sposobu leczenia suchotników w domu.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15: Weigner: Poměr nervi accessorii a prwých spinalních nervů (c. d.). Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Elgart: Profylaxe tyfu skvrnitého (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 28: Brault: Wpływ gruźlicy na nerki. Curtis: Kilka uwag o artykule Wlaeffa: O blastomycetach w pa- [illegible]

z nowego punktu widzenia. Petersen: Leczenie ran postrzałowych brzucha. Sthamer: Spostrzeżenia poczynione w wojnie Anglików z Boerami nad ranami postrzałowemi i aseptyką. Nehrkorn: Wieloraкość pierwotnych guzów złośliwych. Heinz: Dalsze badania nad zapaleniem błon surowiczych. Bührer: Dwa przypadki zatoru aorty brzusznej. Fromme: Wyzyskanie kapsułek glutynowych w celach rozpoznawczych chorób jelitowych, w szczególności schorzeń trzustki. Mühlig: O zatruciu bismutem. Schütz: Dalsze przyczynki do nauki o dobrotliwych zaburzeniach w przełyku, przebiegających z pozorami zwężenia. Langer: Ciężkie nadżerki po wtarciu mydła szarego u 18to miesięcznego dziecka. Spiess: Nowy pogląd na leczenie krztuśćca. Karehnke: Przypadek jednostronnego zwichnięcia szczęki dolnej.

— ***Wiener klin. Wochenschrift*** Nr. 15: Wagner v. Jauregg: Własności trujące wyskoku w niektórych schorzeniach umysłowych i nerwowych. Hirschl: Wyskok i zaburzenia umysłowe. Loiman: O miejscowem zastosowaniu kwasu węglowego przy zaburzeniach miesiączkowania.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 15: Sonnenburg: Uwagi o rozlanem zapaleniu otrzewnej przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Helbing: O rzadkich, za otrzewną leżących nowotworach torbielowatych. Karo: Dwa przypadki „Collibacillosis“ pochodzenia moczowo-płciowego. Büngner: Aseptyka przy operacyach w gardle. Bardeleben: Przyczynek do kazuistyki całkowitego wycięcia żołądka.

— ***Berliner klin. Wochenschrift*** Nr. 15: Frankel: Przeczulica błony śluzowej nozdrzy. Blumenthal i Wohlgemuth: O powstawaniu glikogenu przy żywieniu białkiem jajecznem. Zabłudowski: Nowy Zakład dla miesienia w Uniwersytecie berlińskim. Warschauer. Spostrzeżenia z zakresu fizyologii nerek i moczowodów. Kurth i Stoevesandt: Przypadek moru w Bremie. Westphalen: O t. zw. błoniastem zapaleniu jelit (c. d.).

Nowe książki.

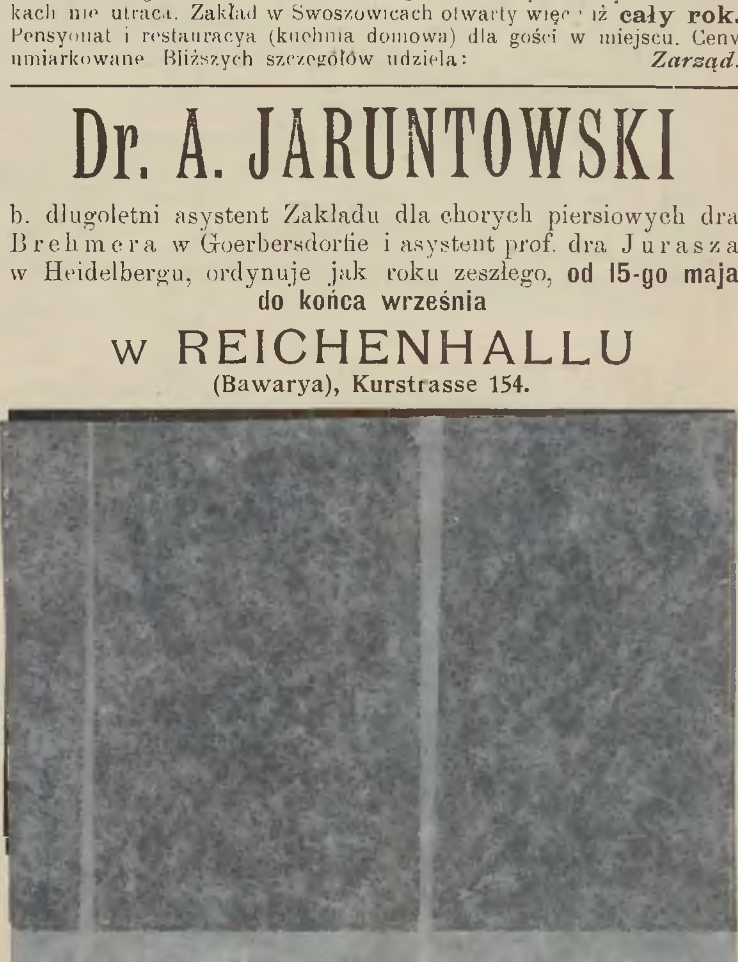
Rabaud i Monpillard: Atlas d'histologie normale. Principaux tissus et organes. Stron 198, 50 rysunków mikrofotograficznych barwnych. Cena 24 fr. Pieniążek: Die Verengerungen der Luftwege. Lipsk. Wydawca: Deuticke. Stron 505. Winkler: Farmakoterapia. Wydawca: Urban i Schwarzenberg. Dzieło mające wielką doniosłość dla lekarzy praktykujących.

Redakcya otrzymała:

Pieniążek: Die Verengerungen der Luftwege. Stefanowska: 1) Localisation des altérations cérébrales, produites par l'ether. 2) Sur le mode de formation des varicosités dans les prolongements des cellules nerveuses. 3) Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue. 5) Diversité de résistance des différents territoires cérébraux vis-a-vis du traumatisme et de l'intoxication. Joteyko: 1) Recherches éxperimentales sur la résistance des centres nerveux médullaires à la fatigue. 2) Recherches sur la fatigue nevro-musculaire et sur l'exitabilité électrique des muscles et des nerfs. Popielski: Sielezionka i bielkowoje brodiło podżełudocznoj żelezy. Spira: Wnioski zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie. Jaruntowski: Uzdrowisko Reichenhall i jego środki lecznicze.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 24-go kwietnia, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem I. kol. prof. Bujwid mówić będzie „O badaniach mleka krakowskiego na gruźlicę.“ II. kol. dr. Schwarz będzie miał wykład p. t. „Przyczynek do nauki o chorobach wenerycznych na podstawie statystyki z dziesięciu lat.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**



Rok XL. Kraków, 27 Kwietnia 1901. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej Ces. wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Sposób działania pilokarpiny na gruczoły.

Podał
Dr. Leon Popielski
docent fizyologii.

(Doniesienie tymczasowe).

Powszechnie wiadomo, że po wprowadzeniu pilokarpiny do krwi wkrótce następuje znaczne wydzielanie się śliny, potu i łez. Nowsze badanie wykazały, że gruczoły, znajdujące się na powierzchni błon śluzowych również pod wpływem pilokarpiny wydzielają śluz, jak to zostało udowodnione na gruczołach śluzowych tchawicy, żołądka i jelit cienkich. Już na pierwszy rzut oka można przekonać się, że gruczoły położone w warstwach głębokich, zachowują się inaczej. Dokładne badanie Czuryłowa na psach z przewlekłą przetoką żołądkową wykazały, że sok żołądkowy pod wpływem pilokarpiny zupełnie się nie wydziela, a pokazuje się tylko z przetoki żołądkowej płyn alkaliczny, śluz z gruczołów powierzchownych błony śluzowej żołądka. Na wydzielanie się żółci pilokarpina również nie wywiera żadnego wpływu. Przeprowadzając swoje poszukiwania nad czynnością trzustki u kotów, przekonałem się, że wprowadzanie pilokarpiny do krwi tych zwierząt nie wywołuje wydzielania się soku trzustkowego. Wielokrotne doświadczenia w tym kierunku wskazały nam jednakże warunki, przy których możemy otrzymać wydzielinę soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny: Jeżeli istnieje zewnętrzny bodziec, pochodzący z błony śluzowej dwunastnicy i jelit cienkich, pilokarpina pobudza czynność wydzielniczą trzustki. Kwas solny, wprowadzony bezpośrednio do dwunastnicy, posiada swoistą zdolność takiego pobudzania trzustki do czynności. Zatem jeżeli po wprowadzeniu do krwi pilokarpiny wprowadzimy jednocześnie i kwas solny do dwunastnicy, to niezawodnie wywołamy wydzielanie się soku trzustkowego. Doświadczenia nasze wykonaliśmy w następującej formie; najpierw zapomocą wlewania kwasu solnego do dwunastnicy przekonywałem się, czy gruczoł nie daje wydzieliny [1]); następnie wstrzykiwałem do żyły (szyjnej zewn.) 0·005 chlorku pilokarpiny i po pewnym przeciągu czasu wlewałem do jelit cienkich kwas solny; wydzielina występowała w ilości znacznej.

W doświadczeniach następnych korzystałem z naturalnego bodźca, istniejącego podczas trawienia w dwunastnicy, mianowicie z soku żołądkowego, obecność którego wpływa pobudzająco na czynność trzustki. Biorąc do doświadczeń koty nakarmione (na 4—5 godzin przed doświadczeniem), przekonałem się, że wprowadzenie do krwi pilokarpiny pobudza czynność trzustki, naturalnie mniej znaczną, gdyż sok żołądkowy tylko w niewielkich ilościach przedostaje się z żołądka do dwunastnicy. Właśnie w ten sposób należy tłómaczyć sobie doświadczenia Heidenhaina, który wykazał na psach zwiększenie się wydzieliny soku trzustkowego. Również to samo stosuje się i do doświadczeń moich, przeprowadzonych na psach w r. 1896 *(Wracz)*. Badania moje wyjaśniają najzupełniej najnowsze spostrzeżenia Wertheimera *(Comptes rendus de la société de biologie, 15 Février 1901)*, który zauważył, że pilokarpina działa bardzo niestale u psów na czynność wydzielniczą trzustki: w jednych przypadkach bardzo nieznaczna dawka pilokarpiny sprowadza wydzielinę soku trzustkowego, gdy w innych, nawet bardzo duże dawki pilokarpiny nie wywołują zupełnie wydzielania się soku trzustkowego.

Zatem z doświadczeń moich wynika, że pilokarpina wywołuje czynność gruczołów przy jednoczesnem istnieniu bodźców zewnętrznych. Zachodzi teraz pytanie, w jaki sposób bodziec zewnętrzny, w postaci n. p. kwasu solnego, wprowadzonego do dwunastnicy, może pod wpływem pilokarpiny łatwiej wywołać czynność gruczołu? Możliwe są dwa przypuszczenia: 1) albo pilokarpina usuwa przeszkodę, hamującą w prawidłowych warunkach czynność gruczołu, albo 2) podnosi jego pobudliwość.

Co się tyczy przypuszczenia pierwszego, przekonałem się, że nerwy hamujące [1]) (które, jak to wykazałem, przebiegają u kotów, jak u psów, w nerwie błędnym) nie porażają się, albowiem podrażnienie nerwów błędnych prowadzi za sobą i przy wprowadzeniu do krwi pilokarpiny zatrzymanie wydzieliny soku trzustkowego. Jeżeli będziemy z małemi przerwami drażnić przez czas dłuższy w jednem miejscu nerw błędny w jego przebiegu przez jamę klatki piersiowej, to działanie nerwów hamujących ustaje i utrzymuje się tylko działanie nerwów wydzielniczych; przez długie bowiem drażnienie słabną nerwy hamujące, jako delikatniejsze; wystarczy jednak przenieść elektrody na inne miejsce nerwu, aby hamowanie wystąpiło w sposób zwykły. Otóż zapomocą podobnych doświadczeń przekonałem się, że pilokarpina nie usuwa hamowania. To samo stwierdziłem i na psach.

A więc pierwsze przypuszczenie nie ma podstawy. Po-

[1]) Co, wogóle mówiąc, rzadko się zdarza. Należy wykonywać wiele doświadczeń na kotach, przeważnie głodnych, aby natrafić na podobny fakt.

[1]) O nerwach hamujących patrz: 1) moją rozprawę na stopień doktora medycyny: „O sekretorno-zadjerziwajuszczych nierwach“, 1896. 2) „Centralblatt f. Physiologie“: Ueber Hemmungsnerven des Pancreas. 1896.

zostaje zatem drugie, to jest, że pilokarpina podnosi pobudliwość czynnościową gruczołu. Na tem jednak twierdzeniu analiza fizyologiczna nie może poprzestać. Zupełnie uzasadnionem staje się pytanie, które właściwie części gruczołu ulegają wpływowi pilokarpiny? Czy pod jej wpływem wzmaga się pobudliwość samych komórek gruczołowych, czy też zakończeń nerwów wydzielniczych? Gdyby pilokarpina działała na same komórki gruczołowe, w takim razie mikroskop powinienby wykazać te zmiany, które cechują stan czynny gruczołu, a to nie zostało do tej pory stwierdzone. Z drugiej zaś strony działając na samą komórkę gruczołową pilokarpina mogłaby podnieść pobudliwość do stopnia, w którym gruczoł mógłby działać i bez zewnętrznej podniety, czego jednak nie dostrzegliśmy. Wreszcie zachowanie się pilokarpiny względem atropiny wskazuje, że według wszelkiego prawdopodobieństwa pilokarpina podnosi pobudliwość zakończeń nerwów wydzielniczych. Jeżeli nerwy wydzielnicze trzustki drażnić będziemy przed i po wprowadzeniu do krwi pilokarpiny, to okazuje się, że wydzielina soku trzustkowego przy pilokarpinie odbywa się dwa lub trzy razy energiczniej, niż bez pilokarpiny.

Z porządku rzeczy nasuwa się pytanie, dlaczego gruczoły powierzchowne (ślinianki, potowe, śluzowe) tak łatwo przechodzą w stan czynny pod wpływem pilokarpiny, a z drugiej strony, dlaczego tak trudno wywołać czynność gruczołów głęboko położonych? Na pytanie to nietrudno odpowiedzieć. Dla gruczołów powierzchownych istnieje cały szereg bodźców, działających bez ustanku prawie. Tak n. p. ślinianki prawie wciąż ulegają najróżnorodniejszym bodźcom ze strony błony śluzowej jamy ustnej, jak obecność pokarmów, wysychanie i t. d. Dosyć jest więc podnieść przez pilokarpinę pobudliwość ślinianek, aby istniejące w jamie ustnej bodźce, nawet bardzo nieznaczne, wywołały w nich energię czynnościową. To samo rozumowanie zastósować można i do innych gruczołów powierzchownych. Inaczej się ma rzecz z gruczołami głębokimi, n. p. z trzustką. Gruczoły te wogóle są trudno pobudliwe do czynności: tu istnieją bodźce specyalne, wogóle ściśle nieokreślone. O ile łatwo jest osiągnąć czynność gruczołów powierzchownych, że się tak wyrazimy, przy najmniejszem ich dotknięciu, o tyle trudno wprowadzić w stan czynny gruczoły głęboko położone: pierwsze mają tylko w słabym stopniu rozwinięty nerwowy mechanizm hamujący, gdy tymczasem drugie posiadają go w wysokim stopniu.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

1. Wstęp. — Jądra, — Spermina.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Rzecz jednak sama, jako taka, nie minęła bez echa. Myśl pierwotną, rzuconą przez Brown Séquarda, a wypaczoną przez brak rozumnej i krytycznej pracy, podjął chemik rosyjski Aleksander Poehl i przyznać trzeba, że podjął ją z całą rozwagą, na drodze dobrze obmyślanych ścisłych badań starał się rozwinąć i uzasadnić teoretyczne rozumowanie.

Powstało ztąd nowe pojęcie w organoterapii — spermina, nazwana, dla odróżnienia od innych przetworów tej samej nazwy, sperminą Poehla [22]). Przetworem czystym, o stałym składzie chemicznym pragnął Poehl zastąpić zawiesinę jądrową Brown Séquarda, mięszaninę różnych połączeń, trudną przytem do wyjałowienia.

Punktem wyjścia dla całego szeregu badań rosyjskiego chemika był rozbiór [23]) tej zawiesiny i odnalezienie w niej zasady organicznej, wykrytej w nasieniu przez Schreinera jeszcze w r. 1878, a stanowiącej część składową znanych kryształów Böttchera To właśnie owa spermina. Upatrując w niej ciało działające w płynie Brown Séquarda i hołdując w zasadzie tym samym zapatrywaniom dynamo-biologicznym, które wyznawał francuski fizyolog, poszedł Poehl dalej w swych poszukiwaniach i stwierdził obecność sperminy w wielu narządach: w jądrach, w gruczole tarczykowym, w jajnikach, w śledzionie, w trzustce, we krwi, a z wszelkiem prawdopodobieństwem także w wątrobie i w istocie mózgowej. Wnosił z tego, że spermina krąży w całym ustroju, że w warunkach fizyologicznych wywiera wpływ na najważniejsze sprawy biologiczne, jest tym przyrodzonym zaczynem, o którym mówił i pisał Brown Séquard. W tem przypuszczeniu oddał Poehl [24]) sperminę w ręce fizyologa profesora Tarchanowa i w ręce rosyjskich lekarzy. Doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia na chorych miały z jednej strony, łącznie z badaniami chemicznemi, dostarczyć dowodów na poparcie wyrozumowanych zapatrywań, z drugiej stanowić pomost dla terapii sperminowej.

Pierwsze próby wypadły dodatnio. Tarchanow [25]) doświadczając na zwierzętach, stwierdził jako rzecz najważniejszą, że pod wpływem wstrzykiwań sperminy zwiększa się pobudliwość względnie odporność ośrodków nerwowych. Dowodzi tego między innemi zachowanie się zwierząt, zatruwanych strychniną lub chloroformem przy równoczesnem wstrzykiwaniu sperminy. W pierwszym przypadku znosiły żaby bardzo znaczne dawki strychniny, wprowadzonej wraz ze sperminą do worka limfatycznego, nie dostawały napadów tężcowych, występujących po takiej samej dawce strychniny u żab, użytych do doświadczeń porównawczych. W drugim przypadku spostrzegano, że zwierzęta opierały się dłużej usypiającemu działaniu chloroformu, znosiły większe dawki, okazywały mniejsze zaburzenia w czynności serca. Stwierdził także Tarchanow, że z pośród szczeniąt tego samego pomiotu rozwijały się szybciej zwierzęta, którym przez pewien przeciąg czasu wstrzykiwano sperminę. Zestawiając ostateczne wyniki swych doświadczeń, mógł Tarchanow podnieść, że przetwór Poehla zasługuje na wszelką uwagę, tak ze stanowiska biologicznego, jakoteż lekarskiego.

Z pośród lekarzy rosyjskich dość wielu stosowało sperminę u chorych i zawiadamiało Poehla o swych spostrze-

[22]) Poehl: Weitere Mittheilungen über Spermin. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 956.

[23]) Poehl: Der Nachweis des Spermins in verschiedenen Drüsen des thierischen Organismus, und die chemische Zusammensetzung des Brown-Séquard'schen Heilmittels »Deut. med. Wochschft.« 1892. S. 1125. (W artykule tym są przytoczone wszystkie dawniejsze chemiczne prace Poehla, odnoszące się do sperminy).

[24]) Poehl: Spermin, ein neues Stimulans. »Petersb. med. Wochenschrift«. 1890. Nr. 31. (Ref. w »Centrblt. f. inn. Med.« 1891. S. 303).

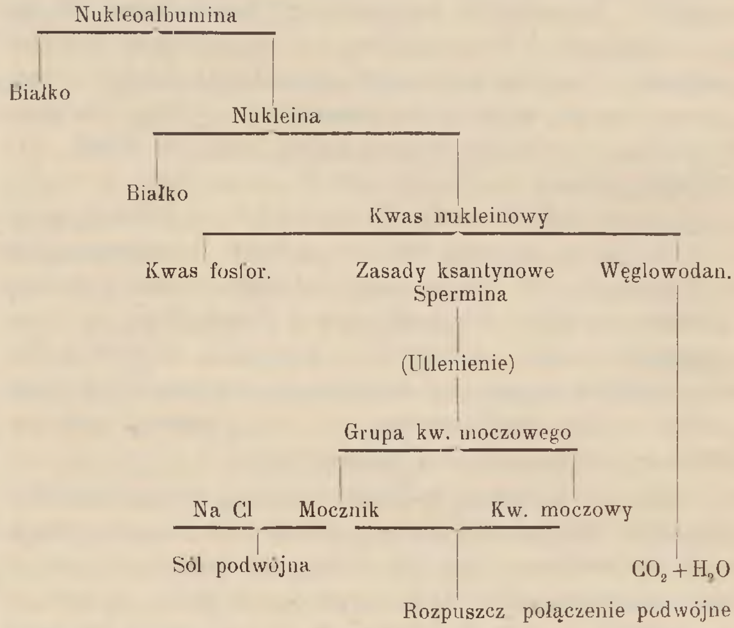
[25]) Tarchanow: Über die Wirkung des Sperminum hydrochloricum auf den thierischen Organismus. »Berl. klin. Wochsch.« 1891. S. 989.

żeniach bądź ustnie, bądź pisemnie. Trzej z nich zdali sprawę na posiedzeniu Towarzystwa petersburskiego, odbytem dnia 27 lutego 1891 r.; byli to dr. Schicharew, Weljaminow i Roszczynin. Schicharew[26]) stosował sperminę w dziewiętnastu przypadkach rozmaitych chorób z wynikiem przeważnie zadawalniającym. Streszczając się w swym odczycie, twierdzi o tym przetworze: 1) że jest energicznym środkiem podniecającym dla układu nerwowego, a prawdopodobnie także dla wszystkich innych tkanek, 2) że podnosi siłę mięśniową, 3) że zwiększa parcie krwi. Weljaminow[27]) widział dobre wyniki po wstrzykiwaniach sperminy w kilku przypadkach chirurgicznych, w których obawiał się tak samego uśpienia chloroformowego, jakoteż możliwego następowego jego wpływu. Najciekawsze jest sprawozdanie Roszczynina[28]). W odczycie swoim przytacza on spostrzeżenia ośmiu przypadków. Zajmujące są z tego dwa przypadki moczówki cukrowej, jeden neurastenii, połączonej z ogólnem osłabieniem fizycznem i umysłowem, jeden porażenia połowiczego, dalej przypadek duru, powikłanego z zapaleniem płuc, u chorego wyniszczonego i okazującego objawy zapadu, wreszcie przypadek, w którym, wnosząc z opisu, rozpoznawać należy ciężką postać nerwicy czulnej i ruchowej żołądka. We wszystkich tych spostrzeżeniach nastawała po wstrzykiwaniach sperminy bardzo znaczna poprawa, tem widoczniejsza, że stan chorych miał być istotnie nader ciężki. Oceniając sperminę jako lek, twierdzi o niej Roszczynin, podobnie jak Schicharew, że jest dzielnym środkiem podniecającym dla układu nerwowego, a nadto podnosi jej korzystny wpływ na serce i na sprawę utleniania w ustroju.

Na podstawie powyższych sprawozdań, przedstawionych w Towarzystwie lekarskiem, oraz na podstawie doniesień ustnych i listownych innych lekarzy, zestawił ówczesny przewodniczący Towarzystwa, dr. Wołowski[29]), wszystkie szczegóły, odnoszące się do działania sperminy, i zestawienie to zamieścił w protokółach posiedzeń. W ten sposób nowy przetwór otrzymał jakby rodzaj lekarskiego patentu.

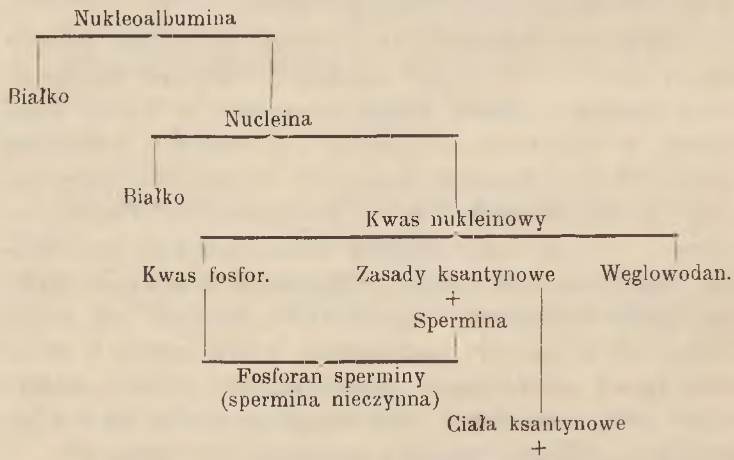
Poehl nie poprzestał na tem, lecz badania swe prowadził dalej; starał się on bliżej określić rolę sperminy w ustroju i dokładnie rozjaśnić jej działanie lecznicze[30]). Nie sposób wchodzić w szczegóły tych badań bardzo licznych i niewątpliwie bardzo pomysłowych, zadowolnić się musimy streszczeniem ostatecznych tylko wyników i poznaniem zasadniczych poglądów Poehla.

Poglądy te przypominają w pewnej mierze bardzo żywo zapatrywania Brown Séquarda na znaczenie jąder i ich wydzieliny. Przypominają je jednak tylko w samem założeniu. Brown Séquard przyjmował, że wydzielina jąder jest tym niezbędnym zaczynem dla ustroju, bez którego niema równowagi w czynnościach fizyologicznych; w jądrach widział właściwy i wyłączny narząd wytwórczy tego zaczynu. Poehl[31]) zajął stanowisko ogólniejsze. Wyszedł z założenia, że spermina jest wytworem ogólnej przemiany pierwiastków, należy do grupy leukomainów, powstałych z rozpadu nukleoalbuminy, że krąży w całym ustroju i mocą wywieranego przez się wpływu dynamo-chemicznego stanowi nader ważny czynnik. W warunkach prawidłowych jest jej zadaniem pośredniczyć w dalszym rozkładzie leukomainów przez wywoływanie żywej sprawy utleniania ich na krańcowe przetwory przemiany materyi, przedewszystkiem na mocznik, w małej części na kwas moczowy. Proces, jaki się wtedy odbywa, uzmysławia Poehl w następującem zeszeregowanem zestawieniu.



Nieodzownym warunkiem naszkicowanego powyżej procesu chemicznego jest należyty stopień zasadowości krwi; wtedy ulega zobojętnieniu kwas fosforowy, występuje na jaw działanie sperminy, sperminy czynnej, jak ją Poehl nazywa.

Jeżeli oddziaływanie zasadowe krwi jest słabe, a w tkankach, jako następstwo patologicznego podrażnienia, obficie nagromadzają się kwasy, wtedy kwas fosforowy łączy się ze sperminą tworząc fosforan sperminy, połączenie nierozpuszczalne, chemicznie dla otoczenia obojętne — spermina nieczynna. A więc przy niedostatecznej alkalescencyi krwi powstaje według Poehla następujący szereg połączeń:



[26]) Schicharew: Einige Beobachtungen über die Wirkung des Sperminum-Poehl auf Kranke. Ibidem. S. 991.

[27]) Weljaminow: Einige Worte über die Anwendung des Sperminum Poehl in der Chirurgie. Ibidem. S. 993.

[28]) Roszczynin: Sperminum Poehl als Heilmittel. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 1054.

[29]) Wołowski: Resumé aus den Berichten über die Anwendung des Sperminum Poehl als Heilmittel. »Berl. klin. Wochschft.« 1891. S. 1056.

[30]) Poehl: Zur Erklärung der Wirkung des Sperminus als physiologisches Tonicum auf die Autointoxicationen. »Berl. klin. Wochenschrift«. 1893. S. 873.

[31]) Poehl: Einwirkung des Spermins auf den Stoffumsatz bei Antointoxicationen im Allgemeinen und bei harnsauren Diatbese im Speciellen. »Zeitschrift f kl. Med.« XXVI. S. 135.

Tworząc swą teoryę o sposobie działania sperminy, opierał się Poehl w pierwszym rzędzie na zjawisku chemicznem utleniania metalicznego magnu w rozczynie chlorków metalów wobec sperminy, przyczem wywiązywała się cechująca woń nasienia; do wywołania tego procesu wystarczały minimalne ilości Schreinerowskiej zasady. W podobny sposób działała spermina na krew, pozbawioną zdolności utleniania, n. p. przez zatrucie chloroformowe, strychninowe, przez wystawienie jej na dłuższe działanie powietrza i t. d. Dalszych dowodów dostarczały doświadczenia Tarchanowa, o których wspominaliśmy już wyżej i spostrzeżenia lekarskie, stwierdzające wpływ korzystny wstrzykiwań sperminy w tych chorobach, które, zdaniem Poehla, uważać należy za bezpośrednie następstwo niedostatecznego utleniania niektórych wytworów przemiany pierwiastków — leukomainów, — a więc w stanach samozatrucia ustroju. Przypadków takich, zebranych przeważnie z rosyjskiej literatury lekarskiej, znalazła się wcale pokaźna liczba. W chwili, gdy Poehl podawał całokształt swych zapatrywań, korzystać mógł z pracy Bubisa [32]), Paczenki [33]), z których zestawił statystykę przeszło 180 przypadków, rozmieszczonych w 7 grupach. W grupie 1-szej zestawione mamy choroby nerwowe, w 2-giej przypadki kiły i chorób skóry, w 3-ciej cukrzycy, w 4-tej choroby płuc z gruźlicą na czele i choroby serca, w grupie 5-tej dur brzuszny, zboczenia odżywcze, gnilec, w 6-tej zanik starczy, w 7-mej i ostatniej zatrucia, zwłaszcza zatrucie chloroformowe.

Że pod wpływem leczenia sperminą ożywia się utlenianie śródtkaninowe i zmniejsza ilość leukomainów, świadczyć ma wzajemny stosunek całkowitej ilości azotu w moczu i azotu mocznika. O ile współczynnik zbliża się bardziej do jednostki, czyli im wyższa jest ilość odsetkowa azotu mocznika, tem dokładniejsze utlenianie. W warunkach prawidłowych wynosi ilość N mocznika 92—97·6%, w warunkach nieprawidłowych średnio między 80—90%, niekiedy spadać może nawet do 65%. W takich razach sprowadzać ma spermina widoczne wyrównywanie się stosunków i mniej lub więcej znaczny wzrost ilości azotu mocznika.

Podobne znaczenie przypisuje Poehl także stosunkowi ilości mocznika do ilości chlorków, który w warunkach prawidłowych ma się jak 2 : 1, a który zmienia się na niekorzyść chloru w stanach chorobowych; pod wpływem sperminy wracać mają warunki prawidłowe.

Wreszcie dopatruje Poehl miary dla stopnia utlenienia w ustroju i dla stopnia zasadowości krwi w współczynniku Zernera (stosunek kwasu moczowego do kwasu fosforowego w fosforanach obojętnych) i w stosunku fosforanów kwaśnych do fosforanów obojętnych. Im mniejszą liczbą wyraża się współczynnik Zernera, im więcej fosforanów obojętnych, tem utlenianie dokładniejsze, zasadowość krwi wyższa, tem mniej leukomainów w tkankach i moczu; im większa liczba stosunkowa współczynnika Zernera, im więcej fosforanów kwaśnych, tem rychlej wnosić można o niedodokładności utleniania, o niedostatecznym stopniu zasadowości krwi, przyjmować, że w ustroju gromadzą się w większej ilości pośrednie wytwory przemian istot azotowych.

Nietylko jednak te choroby stanowią podatny materyał dla leczenia sperminą, które Poehl pojmuje wprost jako wyraz samozatrucia; jest ono wskazane i wtedy, gdy zatrucie ustroju jest dalszem następstwem choroby, następstwem zakażenia. W ocenianiu sperminy w takich przypadkach wkracza Poehl w zajmującą sprawę samoochrony ustroju i w sprawę sztucznego uodporniania [34]). Pierwiastków uodporniających szuka, jak wielu zresztą badaczy, w ciałkach białych krwi. Przez rozpad tych tworów uwalniają się bliżej nieznane związki — aleksyny, — krążą w ustroju, a surowicy krwi i tkankom nadają własności bakteryobójcze, względnie zdolność zobojętniania wytworzonych toksyn. W sprawie tej pośredniczy spermina. Jest do pewnego stopnia czynnikiem samoochronnym w warunkach prawidłowych; w stanach patologicznych wspierać i podniecać może samozachowawcze dążności ustroju, wywołuje leukolizę i hiperleukocytozę, wpływa na uwolnienie większej ilości antitoksyn, względnie aglutyninów, podnosi zasadowość krwi, a nawet, jak Poehl wnosi ze swych doświadczeń z hodowlami przecinków cholerycznych Kocha [35]), działa także bezpośrednio na drobnoustroje.

Ostatecznie więc streszcza się cała teorya Poehla w przypuszczeniu, że zasadniczemi podstawami prawidłowego życia ustroju i zdrowej równowagi jest należyty stopień zasadowości krwi i należyta miara zdolności utlenienia tkanin; sprowadzenie zniszczonej równowagi w jednym i drugim kierunku w wielu chorobach jest zadaniem leczenia.

Wywody Poehla, którym nie sposób odmówić pomysłowości i oryginalności, a w pewnym stopniu nawet rzeczywistych podstaw, obudziły w swoim czasie dość żywe zajęcie [36]) poruszonym przez niego przedmiotem, a to tem bardziej, że z zapatrywaniami swojemi starał się zaznajamiać możliwie najszersze koła, bądź to przez publikacye w pismach lekarskich, bądź przez wykłady w czasie zjazdów lekarskich i posiedzeń towarzystw naukowych. W Berlinie dał sposobność do bezpośredniej wymiany zdań w Towarzystwie internistów, gdzie wystąpił z odczytem [37]) w r. 1895. W rozprawach [38]) nad nim panował ton zupełnie inny, aniżeli w omawianiu publikacyi Brown Séquarda i brownséquardyny; a najlepszym dowodem, że sprawy sperminy nie lekceważono, były przemówienia najwybitniejszych lekarzy berlińskich, jak Senatora, Goldscheidera, Ewalda, Bagińskyego i in., którzy prawie jednogłośnie oceniali ją, jako rzecz godną uwagi i zastanowienia, wskazując równocześnie na potrzebę dalszych badań i spostrzeżeń.

Z prac niemieckich lekarzy, których żadną miarą o szczególne względy dla Poehla i jego zapatrywań pomawiać nie można, dwie zwłaszcza, jako ważne dla teoryi

[32]) Bubis. Cyt. według Poehla. »Zeitschrift für klinische Med.« T. 26. L. c.

[33]) Paczenko. Ibidem.

[34]) Poehl: Die Immunitäts- und Immunisationstheorien vom biologisch-chemischen Standpunkte betrachtet. »Deutsche med. Wochenschrift« 1895, S. 88.

[35]) Poehl: Die Einwirkung des Spermins auf die biologischen Eigenschaften der Cholerabacillen. »Deutsche med. Wochschft. 1892, S. 1128.

[36]) Literaturę sperminy zob.: G. Bubis. Was weiss man über Spermin. »Therap. Monatshefte« 1896, S. 22.

[37]) Poehl: Zur physiologischen Chemie der Gewebsstherapie im Allgemeinen und der Spermintherapie im Speciellen. »Deutsche med. Wochschft.« 1895, S 475.

[38]) Por.: »Deutsche med. Wochschft.« 1895 Vereinsbeilage, S. 131.

działania sperminy, zaznaczyć należy. Obie dokonane zostały przez Loevyego i Richtera. W jednej [39]) z nich stwierdzić mogli wspomniani autorowie wpływ korzystny sperminy na przebieg zakażenia ziarniakami zapalenia płuc u królików, w drugiej [40]), na którą powoływał się Senator [41]) zabierając głos nad odczytem Poehla [42]), wykazać mogli namacalnie, że spermina istotnie działa na skład krwi, wywołuje bezpośrednią leukopenię i leukolizę z następową hiperleukocytozą i powoduje wzrost zasadowości krwi. Że obie te prace nietylko nie stoją w sprzeczności z zapatrywaniami Poehla, ale że je nawet popierają, aż nadto jest widoczne.

To też mimo niewątpliwych trudności, jakie Poehl miał do zwalczenia już w samych początkach swego wystąpienia, gdzie bronić musiał zasadniczych podstaw swej teoryi o powstawaniu sperminy [43]), mimo pewnych nieporozumień co do samego przetworu, wywołanych istnieniem związku tej samej nazwy (spermina Scheringa), nie mającego ze sperminą nic wspólnego prócz nazwy [44]), mimo wreszcie sceptycyzmu, wywołanego niefortunnemi publikacyami Brown Séquarda i jego zwolenników nie zeszła sprawa sperminy z poziomu naukowego, a jak o tem między innemi świadczy praca Kriegera [45]), znalazła oddźwięk nietylko w kołach rosyjskich lekarzy i nietylko w medycynie praktycznej. A nawet w ostatnich czasach spotykamy publikacye, odnoszące się do działania sperminy, jak opis dwóch przypadków ciężkiej neurastenii podany przez Salamona [46]) z Berlina. Jakkolwiek więc nie można twierdzić o Poehlu, że prace jego doprowadziły do uchwytnych, praktycznych, ściślej biorąc — leczniczych wyników, powszechnie stwierdzonych i uznanych, to jednak nie byłoby rzeczą pożyteczną dla nauki lekceważyć wszystko, co Poehl pisał i mówił, nie wolno czynić tego właśnie w interesie nauki. Bardzo być może, że w tem wszystkiem tkwi jądro prawdy, że prawdę tę uda się odnaleźć, uda się poznać prawa i środki, które utrzymują w równowadze cały misterny mechanizm ustroju ludzkiego i zwierzęcego. Gdy rzecz całą weźmiemy z tego punktu widzenia, przedstawi się we właściwszem świetle nietylko Poehl i jego prace, ale i Brown Séquard w mniej ciemnym wyjdzie kolorycie. Francuski fizyolog przeczuwał jakąś prawdę, — lecz myślom swym nie umiał nadać odpowiedniego kierunku, nie umiał ich oblec we właściwą formę, Poehl jest jej bliższy, nie w samych zapewne szczegółach, ale w ogólnem odczuciu i pojęciu spraw życiowych. Obaj postawili hipotetyczne tylko zasady, ale z hipotez, popartych faktami, uzasadnionych rzeczowymi dowodami, rodzić się mogą istotne przyrodnicze prawdy.

Wystąpienie Poehla i badania, dokonywane ze sperminą, zamykają poniekąd pierwszy okres w rozwoju organoterapii, jako sposobu leczenia i kierunku badań fizyologicznych. Cechuje go dążność podania przyrodzonego środka, wytworu samego ustroju, któryby stanowił dla wszystkich narządów i tkanek w stanach chorobowych bodziec dla samoleczniczych dążności, a któryby w stanach fizyologicznych odgrywał rolę fizyologicznego zaczynu, normującego wszystkie czynności życiowe. Przypomina to mimowoli zasady dawnej patologii, przyjmującej za podstawę bliżej nieokreśloną siłę życiową — *vis vitalis* — przekształcającą się na siłę leczniczą — *vis medicatrix* — w chorobach i leczącą choroby. Nie utrzymał się witalizm w pierwotnej swej postaci, jako nazbyt ogólny; nie zdobyła prawa obywatelstwa z tych samych powodów nauka Brown Séquarda i Poehla. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że z obu coś zostało. W odmiennej tylko formie i w innem rozumieniu pojmujemy dziś dawną siłę życiową, inaczej pojmujemy organoterapię w teoryi i w praktyce; nie silimy się o to, aby wykrywać zwierzchni narząd, czy też zwierzchni wytwór ustroju, któryby był ośrodkowym motorem, wprawiającym w ruch i utrzymującym w ruchu podrzędniejsze warsztaty pracy, ale raczej staramy się poznać dokładnie pojedyncze mechanizmy, czynności poszczególnych narządów. To jest obecne zadanie biologii, do którego spełnienia dopomódz może w znacznym stopniu organoterapia. Logicznym wydaje się wniosek, że najpierw odnośne należy posiąść wiadomości, później dopiero można je krytycznie stosować i zużytkować w praktyce. Zasada ta jest obecnie widocznie bardziej przestrzeganą, aniżeli w początkach, niekiedy co prawda dopiero *ex post;* dzięki jej coraz dokładniejsze stają się wiadomości nasze biologiczne, krytyka wskazań leczniczych ściślejsza, organoterapia przestaje być rzeczą przemysłu farmaceutycznego, obliczonego niekiedy na łatwowierność lekarzy i chorych. Biorąc ją z tego punktu widzenia, należy ściśle przeprowadzić rozgraniczenie między rozmaitymi przetworami leczniczymi. Z jednej strony postawić te, które pochodzą z narządów, poznanych nieco dokładniej co do znaczenia biologicznego, z drugiej wszystkie inne, o których krytycznego sądu wypowiadać jeszcze nie możemy. Liczba pierwszych nie jest jeszcze zbyt wielką. Należą do nich przedewszystkiem gruczoł tarczykowy, a dalej nadnercza, jajniki, w części przysadka mózgowa, grasica i zarodkowy szpik kostny.

[39]) Loevy-Richter: Ueber den Einfluss von Fieber und Leukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten. „Deutsche med. Wochschft." 1895, S. 240.

[40]) Loevy-Richter: Ueber Aenderungen der Blutalkalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leukocytose. »Deutsche med. Wochenschrift" 1896, S. 526.

[41]) Senator: »Deutsche med. Wochschft.« 1895. Vereinsbeilage 131.

[42]) Poehl: »Deutsche med. Wochschft." 1895 l. c.

[43]) Por. Poehl: »Deutsche med. Wochschft.« 1892 l. c.

[44]) Por.: Spermin und Piperazidin. „Therap. Monatshefte" 1891, S. 38, oraz E. Schulze ibidem, S. 244.

[45]) Krieger G. E: Antitoxin and Spermin, and Thier, relation to natural chemism. Medicine 1895, Nr. 7 Ref. »Centrblt. f. inn. Med.« 1896, S. 519.

[46]) M. Salomon: Ueber die Behandlung schwerer Neurasthenien mit Sperminum Poehl. »Berl. klin. Wochschft." 1899. Nr. 34.

III. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

Kiedy się podjąłem wypracowania referatu o sztucznem karmieniu noworodków, nie przypuszczałem bynajmniej, że temat ten tyle nastręczy trudności przy dążeniu do jednolitego opracowania, na które w rzeczywistości napotkałem. Z góry zaznaczyć muszę, że nie przypuszczałem, ażebym po

dokładnem przestudyowaniu tego przedmiotu [1]) był w stanie dać wyczerpującą odpowiedź w kierunku dodatnim, ale głównie staraniem mojem było, ażeby po przedstawieniu badań ostatniego dziesiątka lat wyciągnąć pewne ogólne i ze stanowiska lekarza praktycznego ważne wnioski. Nie należę bowiem do pedyatrów, którzy omawiając sztuczne karmienie noworodków uważają sprawę za załatwioną, podczas gdy ogłaszane przez nich wyniki zadają kłam temu mniemaniu. Studyując bowiem piśmiennictwo ostatnich dziesięciu lat dochodzimy do przekonania, że sprawa ta jest nader zawikłaną, że panuje w niej zamięszanie chaotyczne i że w okresie czasu, przezemnie opracowanym, sprawy tej zbytnio naprzód nie posunięto. Słuszną też czyni uwagę Czerny, że w wydawaniu sądu o ogłaszanych sposobach karmienia i o nowych przetworach nie jesteśmy dosyć ogl,ędni, a przy jednym lub drugim korzystnym wyniku badania z zapałem zalecamy za najlepszą tę lub ową metodę sztucznego karmienia, a sprawozdania, ogłaszane w czasopismach fachowych, dostają się przez dzienniki do rąk szerszej publiczności, która naturalnie bez krytycznego rozbioru sama środki te dalej stosuje. Przez nieoględne tedy publikacye przynosimy społeczeństwu więcej szkody, niż korzyści. Przytem nie zwracano w publikacyach uwagi na odróżnienie dzieci zdrowych od chorych i o ile pokarm więcej lub mniej korzystnie wpływa na dzieci zdrowe lub chore.

Łatwo zrozumieć dlaczego sprawa sztucznego karmienia noworodków tak żywo zajmuje ogół lekarski i nie schodzi z rozpraw zarówno w pismach zawodowych, jak i niezawodowych, jeżeli się przypatrzymy bliżej publikacyom bodaj ostatnich lat, dotyczącym statystyki śmiertelności noworodków; nierzadko spotykamy się też obecnie z wyrazem „Ernährungskrankheiten“, wskazującym na nieodpowiednie karmienie, jako jedyne źródło śmiertelności w tych przypadkach. I tak Wolff przypisuje chorobom tym śmiertelność 61%. Przodują w tym względzie wielkie miasta, jak Berlin, gdzie w roku 1885 zmarło trzy razy tyle dzieci, karmionych sztucznie, niż karmionych piersią matek (Böckh). Cała groza tego sposobu karmienia objawia się, jeżeli weźmiemy pod uwagę statystykę Caspera, który oblicza śmiertelność dzieci w wieku od 0—5 lat w domach książęcych i hrabiowskich na *57‰*, podczas gdy w proletaryacie umiera *357‰*. W Preston z końcem pierwszego roku życia ze stu dzieci Gentry zostaje przy życiu 90, w warstwach handlowych 79, a w robotniczych 68. Ze stosunki pod tym względem się nie poprawiły, wskazuje wzrost śmiertelności w państwach europejskich z 188.3‰ na 194.5‰; jakkolwiek Bergeron, Bertillon i Marjolin domagają się obniżenia śmiertelności do 92‰, uważając tę liczbę za idealną, to jednak śmiertelność nawet w wyższych warstwach społeczeństwa francuzkiego i angielskiego jest wyższa, a jedynie osiągnięto ją w szwedzkiej prowincyi Jemtlandyi. W innych okolicach, jak n. p. Loire inferieure, znajdujemy atoli śmiertelność *900‰* w pierwszym roku życia. Wynikiem bardzo mozolnej pracy jest tablica śmiertelności, zestawiona przez Erössa, dotycząca pojedynczych państw, okresów czasu i wieku dzieci: *(Patrz tablica)*

Nie mogę przytem pominąć milczeniem pracy Biederta, w której on zaznacza, że śmiertelność w pierwszym okresie po urodzeniu nie wszędzie jest jednaka, że zależy ona od pewnych warunków ogólnych, a mianowicie od stosunków ekonomicznych, jak drożyzna, zajęcie matki (w fabryce, w polu) i t. p. Niemniej stan ślubny lub nieślubny, oświata (porównanie Francyi ze Szwecyą), klimat, rasa i t. p. wywierają wpływ na stopień śmiertelności. Baldini wyraża żal, że w Rzymskim domu podrzutków z 2—3000 podrzutków zaledwie kilkaset przebyło pierwszy rok życia.

Zanim przystąpię do omówienia pojedynczych sposobów sztucznego karmienia, muszę poczynić pewne uwagi wstępne. Na Zjeździe w Moskwie przedstawił Pfaundler wyniki swych skrzętnych badań nad objętością żołądka dzie-

[1]) O ile mi piśmiennictwo było dostępne.

Państwa i okresy czasu	Z żywo urodzonych zmarły w wieku od			Ze wszystkich przypadków śmierci zmarły w odsetkach		
	0—1 mies.	0—6 mies.	0—1 roku ż	0—1 mies.	0—6 mies	0—1 roku ż
Szwecya 1881—1890	3,2	6.9	9,7	5.9	12,5	17.6
Szkocya 1885—1890	—	8,1	12.0	—	13,5	21,5
Prusy 1886—1892	6,5	15,1	20,7	10,3	25,3	34,3
Anglia 1888—1891	—	9,9	14,5	—	16,3	23,8
Belgia 1888—1891	4,5	11.5	15.9	6.2	18,3	23.8
Francya 1885—1890	6.1	12.6	16.5	6.4	13,3	17,4
Holandya { 1880—1882 / 1885—1887 }	3,8	12,9	17,9	6,2	21,2	29,3
Węgry 1883—1897	8.4	16,4	21.2	11,3	22,7	29,2
Austrya 1886—1887	9,8	18.2	24,6	12,8	24,6	32.2
Saksonia 1890—1892	7,0	—	27.6	16.4	—	43,5
Ogólna suma	6,40	13,93	18,46	9,05	18,63	27,20

cięcego, przedstawiając 70 przypadków w wieku do ośmiu lat, badanych pod względem objętości, rozciągliwości i rozmiarów odźwiernika, a z wyników otrzymanych obliczał przeciętną. Przy badaniu pojemności zważał P. na ciśnienie wewnętrzne i na stan kurczliwości ściany; dotychczas na to nie zwracano uwagi i dlatego są tak znaczne różnice w rozmiarach objętości. Wynikiem badań w tym kierunku było przekonanie się, że żołądek osesków, karmionych piersią matek, jest przeciętnie mniejszy, aniżeli u dzieci, karmionych sztucznie. Prawdziwa pojemność żołądków zdrowych jest przeciętnie znacznie mniejsza od pojemności żołądków, dotkniętych chorobami czynnościowemi lub anatomicznemi i jest zależna od rozciągliwości i elastyczności ścian. Przy wązkim odźwierniku objętość jest znaczna, przy szerokim mniejsza. (c. d. n.)

IV. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

*Przez **Dra Zygmunta Wąsowicza**, b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

(Ciąg dalszy).

4. Kąpiele borowinowe. Borowina krynicka jest torfem, wytrawionym przez szczawę żelazistą, która rozlewa się obficie na całej przestrzeni pokładów, dostarczających ziemi borowinowej. Przetworem leczniczym staje się ona dopiero po wystawieniu jej przez czas dłuższy na działanie powietrza, a więc po zwietrzeniu, to jest po utlenieniu się jej części składowych. W następstwie tego składniki borowiny, użytej do kąpieli, mineralne i organiczne nierozpuszczalne, w wodzie się rozpuszczają, podczas czego wywiązują się liczne lotne kwasy organiczne, drażniące skórę, jak kwas mrówczany, octowy i t. d.

Borowina krynicka zawiera według rozbioru dokonanego w roku 1881 przez Krzyżanowskiego:

Składników w wodzie rozpuszczalnych	10·762%
Z tego składników rozpuszcz. organicznych	4·297%
„ „ nieorganicznych	6·466%

Skład borowiny suszonej przy + 100 °C.

Wody od + 100° do + 150 °C	22·955%
kwasu humusowego	20·139%
żywicy, wosku	0·714%
azotu wogóle	1·824%
węgla i innych ciał (C + H)	33·045%
ciał organicznych wogóle	59·013%
ciał nieorganicznych (popiołu)	40·986%

Składniki rozpuszczalne wykazują:

Tlenku potasowego	0·227
» sodowego	0·210
» wapniowego	1·192
» magnowego	0·552
» żelazowego	2·724
» glinowego	3·374
kwasu krzemowego	5·270
» siarkowego	2·791
» fosforowego	0·177

Ciężar gatunkowy: 1·98672 — 2·01912

Pod wpływem działania wody przez czas dłuższy wytwarzają się kwasy organiczne lotne, jak kwas mrówczany i octowy.

W rozbiorze powyższym uderza przedewszystkiem znaczna ilość składników rozpuszczalnych. Jeśli porównamy ją z ilością tychże składników w borowinach zagranicznych najwięcej znanych i cenionych, to zobaczymy, że na 1000 części zawiera:

Borowina krynicka	107·6
» francensbadzka	34·2
» maryenbadzka	28·2
» elsterska	51·2

składników w wodzie rozpuszczalnych, a więc że borowina krynicka pod tym względem przytoczane inne rodzaje znakomicie przewyższa.

Podobnie przewyższa ona je i co do zawartości związków żelaza.

I tak na 1000 części zawiera:

Borowina krynicka niedokwasu żelaza	9·468
» francensbadzka siarkanu żelazowego	3·8
» maryenbadzka » »	7·7
» elsterska » »	5·7

Czynnikami, działającymi w kąpieli borowinowej, są: ciepłota kąpieli, masa kąpieli jako taka, wywiązujące się kwasy lotne i olejki eteryczne i niektóre sole, a zwłaszcza związki żelaza. Kąpiel borowinowa posiada mniejszą pojemność i słabą zdolność przewodnictwa ciepła; kąpiący się jest więc przez czas dłuższy otoczony jednostajną ciepłotą, a ponieważ punkt termicznie obojętny kąpieli borowinowej leży wyżej, niż kąpieli przyrządzonych z wody słodkiej, kąpiący się może w niej znieść łatwiej wyższy stopień ciepłoty.

Ważną charakterystyczną własnością kąpieli borowinowej jest jej masa, która zależnie od ilości użytej borowiny może być półpłynną, średnio-gęstą i gęstą. Własność to czysto fizyczna i dałaby się porównać z pewnego rodzaju mięsieniem przez nacieranie i ucisk i wywiera dość znaczny wpływ na krążenie skórne, a pośrednio i na krążenie w całym ustroju.

Olejki eteryczne, organiczne kwasy lotne, wywiązujące się podczas kąpieli i związki żelaza nie przenikają skóry, ale działają drażniąco przez bezpośrednie się z nią zetknięcie. Najsilniejszy wpływ posiadają jednak sole żelazawe, które działają ściągająco na skórę i na dostępne błony śluzowe, skutkiem czego naczynia zwężają się, a zmniejsza się ilość ich wydzielin tak fizyologicznych, jak i chorobowych. Działanie takie trwa jeszcze dość długi czas po kąpieli. W końcu nadmienić jeszcze należy, że borowina oddziaływa silnie kwaśno i posiada wybitne własności przeciwgnilne.

Kąpiele borowinowe należą więc do kąpieli silnie drażniących skórę. Podrażnienie to można wywołać z jednej strony znacznie podniesioną ciepłotę kąpieli, — z drugiej strony wybitnie zaznacza się wpływ czysto fizyczny składników kąpieli i jej masy na zakończenia nerwów i naczynia włosowate, a pośrednio i na krążenie ogólne.

Wskazania lecznicze dla kąpieli borowinowych krynickich są liczne. I tak polecamy je w różnych nerwobólach, szczególniej gośćcowych, w skazie moczanowej, w porażeniach nerwów obwodowych. Stósować je można jeszcze z korzyścią w stanach chorobowych, w których zależy na ożywieniu krążenia i przyspieszeniu wessalności wytworów chorobowych, jak w sprawach wysiękowych stawów, błon surowiczych, w obrzękach okostnej i kości, gruczołów chłonnych, w zołzach, w obrzękach wątroby i śledziony, zwłaszcza przyrody zimniczej i w całym szeregu chorób kobiecych, jak w białych upławach, w zaburzeniach miesiączkowania, w obrzękach macicy, jajników, w wysiękach i obrzękach tkanki okołomacicznej i okołojajnikowej i w osłabieniu płciowem.

Działanie ściągające czyni je również dobrym środkiem leczniczym w niektórych chorobach skóry, odznaczających się nadmiernem poceniem, lub zwiększonem wydzielaniem wytworów chorobliwych.

Oprócz kąpieli całych są w użyciu kąpiele z borowiny częściowe i okłady miejscowe z gorącej masy borowinowej.

5. Wodoleczenie. Jakkolwiek zabiegi wodolecznicze znane są już oddawna i stósowane w leczeniu różnych stanów chorobowych, to jest to zdobyczą ostatnich lat dziesiątków, że ten sposób leczenia zaliczyć można do rzędu opartych na ścisłej podstawie naukowej. Wodoleczenie nie jest wprawdzie jeszcze umiejętnością i nauką zupełnie skończoną, w przeważnej jednak liczbie przypadków możemy wpływ pewnych zabiegów wodoleczniczych przewidzieć z taką pewnością, jak np. w chorobach serca wpływ naparstnicy. Z drugiej strony stósowanie zabiegów wodoleczniczych, bez uwzględnienia innych sposobów leczenia, przeciwko wszystkim chorobom przynosi tylko szkodę i wzbudza niewiarę w ich skuteczne działanie.

W wodolecznictwie używa się wody zwyczajnej o ciepłocie, leżącej przeważnie poniżej punktu termicznie obojętnego. Działanie zabiegów wodoleczniczych na ustrój jest trojakiem: *a)* odciągają one ustrojowi ciepło; *b)* wywołują zmiany w krążeniu krwi; *c)* sprawiają podrażnienie nerwów czuciowych, układu nerwowego ośrodkowego i nerwów ruchowych.

W pierwszej chwili zadziałania zabiegu wodoleczniczego ciepłota ustroju podnosi się nieco, po pewnym jednak czasie opada i staje się niższą, niż przed zastósowaniem zabiegu. To samo zjawisko występuje przy miejscowem zadziałaniu zimnej wody, ale tylko w miejscu, w którem ją zastosowano. Każdy więc zabieg zależnie od stopnia ciepłoty i od czasu jego trwania w mniejszym lub większym stopniu odciąga ustrojowi ciepło.

Co do zmian w krążeniu krwi, to zimny zabieg wywołuje najpierw zwężenie naczyń włosowatych na obwodzie, po którem następuje rozszerzenie się ich, dość długo się utrzymujące. Powoduje to żywsze krążenie w naczyniach skóry, lepsze jej odżywienie, pośrednio zaś wpływa dodatnio na cały układ naczyniowy i pracę mięśnia sercowego.

Podrażnienie nerwów przez zabieg wodoleczniczy nie ogranicza się tylko do nerwów czuciowych, ale przenosi się na układ nerwowy ośrodkowy, a stąd na drogi ruchowe. Siła podrażnienia zależy głównie od stopnia ciepłoty i od czasu trwania stósowanego zabiegu; samo zaś podrażnienie objawiać się może pobudzeniem lub obniżeniem wrażliwości.

Zabiegi wodolecznicze nie pozostają bez wpływu i na przemianę materyi w ustroju. Mogą one zwiększać wydzielanie kwasu węglowego, spalanie się tłuszczu i żywsza przemianę istot bezazotowych.

Zabiegi wodolecznicze stosuje się głównie w postaci kąpieli ogólnej, pół-kąpieli, zimnych nacierań, wilgotno-zimnych zawijań, polewań, zmywań, tudzież zimnych kąpieli miejscowych i okładów.

Pomijając wskazania wodolecznicze w ostrych chorobach gorączkowych, pojawiających się tylko przypadkowo w Krynicy, pozostanie jeszcze obszerny szereg stanów chorobowych, w których leczeniu zabiegi wodolecznicze można stósować z wielkim pożytkiem. Należą tu przedewszystkiem choroby nerwowe, w których chodzi o pobudzenie nerwów czuciowych, albo pośrednio o wywarcie wpływu na

układ nerwowy ośrodkowy, a więc nerwice czynnościowe miejscowe i ogólne, niektóre postacie porażeń, upośledzenie czynności mięśni jelitowych, pęcherza i macicy. W zaburzeniach krążenia krwi, szczególniej w biernych nawałach krwi do mózgu, płuc, wątroby, w zastoju żyły bramnej, odpowiednie zabiegi stwarzają odmienny podział krwi przez rozszerzenie obwodowego toru krążenia. Wpływ niektórych zabiegów na naczynia włosowate spożytkować można dalej w leczeniu wysięków surowiczych stawów, skóry i mięśni. Niemałe znaczenie może mieć leczenie wodą w otyłości, zołzach, kile, bledni̇cy i niedokrwistości przez zmiany, jakie wywołuje w krążeniu krwi i przez podniesienie przemiany materyi.

Zakład wodoleczniczy w Krynicy wybudował na „Janówce“ Zarząd zdrojowy w roku 1884 według pomysłu Dra Zieleniewskiego [1]). W dwa lata później rozszerzono Zakład tak, że obecnie składa się z dwóch osobnych oddziałów, dla kobiet i mężczyzn i połączonego z nim krytym chodnikiem domu, mieszczącego pokoje do przyjmowania chorych, gabinet kierownika zakładu, salę z przyrządami do wziewań, zawieszań sposobem Moczutkowskiego, miesienia i pokoju z przyrządami do elektryzowania. Obydwa oddziały posiadają po jednej sali wspólnej, obszernej i wysokiej i kilka zupełnie osobnych gabinetów kąpielowych pierwszej klasy. W salach wspólnych znajduje się przeszło 50 przedziałów zasłoniętych, przeznaczonych do rozbierania się chorych.

Urządzenie oddziałów odpowiada zupełnie swemu zadaniu; wysokość sal zapobiega wysycaniu powietrza parą wodną, stósowne rozmieszczenie okien i drzwi chroni od przeciągów. W całym zakładzie bywa utrzymywaną jednostajna ciepłota. Wodę źródlaną otrzymuje zakład pod wysokiem ciśnieniem z wodociągów, wielki zaś kocioł ze zbiornikiem dostarcza wody ciepłej do wanien i tuszów, a kociołek parowy o ciśnieniu 3 atmosfer zasila szafki i tusze parowe.

Zakład przeznaczony tylko dla chorych dochodzących; za porozumieniem się jednak poprzedniem z kierownikiem zakładu wykonywa służba zakładowa na zlecenie każdego z lekarzy zabiegi wodolecznicze i w mieszkaniu chorego.

Służba lekarska składa się z lekarza kierownika, lekarza pomocniczego, masażysty, masażystki, 12 kąpielowych dobrze wyćwiczonych mężczyzn i tyleż kobiet. (D. n.).

[1]) W najbliższym czasie ma Zarząd zdrojowy przystąpić do budowy nowego Zakładu wodoleczniczego kosztem około 60.000 kor., gdyż obecny z powodu zwiększającej z roku na rok liczby chorych okazał się za szczupłym.

V. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał

Dr. Jan Opolski

elew kliniki lekarskiej.

(Ciąg dalszy).

Heroina.

Heroina, wyrobu Bayera w Elberfeld, przedstawia się jako proszek biały, gorzkawy, w wodzie trudno rozpuszczalny, łatwiej po dodaniu kilku kropel kwasu octowego lub solnego. Jestto derywat morfiny. Doświadczenia wykonane na królikach przez prof. Dresera wykazały, że środek ten, podany w dawkach mniejszych, posiada własności narkotyczne, po użyciu dawki większej sprowadza tężec ogólny. Pod wpływem środka tego liczba oddechów ma się zmniejszać, wdechy stają się głębsze, wydechy silniejsze. Na narząd krążenia wpływu wyraźnego niema wywierać. Zupełnie podobne wyniki otrzymali Strube i Floret, podając heroinę chorym ze zmianami gruźliczemi w narządzie oddechowym w celu uśmierzenia kaszlu. Podawali ją w dychawicy, by obniżyć liczbę oddechów, a uczynić je głębszymi. Wyniki otrzymali znakomite. Działanie dodatnie miało występować już w pół godziny po zażyciu heroiny. We wszystkich przypadkach kaszel albo się znacznie zmniejszył, lub nawet ustępował zupełnie; liczba oddechów spadała zwolna, ale wyraźnie. Na narząd krążenia nie wpływała wcale. Działanie powyższe trwać miało 2—4 godzin. Ubocznych objawów nigdy nie zauważyli. Dawkę jednakże musieli z czasem podnosić. Heroinę podawali w proszku lub pigułkach po 0·005—0·01 na dawkę, a 0·025 na dzień.

Myśmy podawali heroinę w celu uśmierzenia kaszlu w bardzo licznych przypadkach gruźlicy płuc, o zmianach mniej lub więcej rozległych, w przewlekłych i ostrych nieżytach oskrzeli, wreszcie podawaliśmy ją chorym z wrzodem okrągłym żołądka lub rakiem dla uśmierzenia bólów.

By się przekonać o wpływie heroiny na narząd oddechowy i krążenia podawałem heroinę chorym, u których narządy te zmian żadnych nie przedstawiały. Wyniki otrzymałem następujące:

	Godzina	Tętno	Oddechy	
I.	8	64	20	Przed heroiną
	9	60	20	
	10	60	22	
	4	60	22	
	5	60	20	
	8	64	18	heroiny 0·005
	$8^{1}/_{2}$	56	22	
	9	52	22	
	$9^{1}/_{2}$	56	22	
	10	68	22	
	8	60	22	0·01
	$8^{1}/_{2}$	56	20	
	9	56	20	
	$9^{1}/_{2}$	60	20	
	10	60	20	
II.	8	72	22	Przed heroiną
	9	74	20	
	10	76	24	
	11	74	24	
	8	72	20	heroiny 0·005
	$8^{1}/_{2}$	64	20	
	9	56	18	
	$9^{1}/_{2}$	76	22	
	8	64	20	0·01
	$8^{1}/_{2}$	56	20	
	9	54	22	
	$9^{1}/_{2}$	70	20	

	Godzina	Tętno	Oddechy	
III.	8	80	20	Przed heroiną
	9	80	22	
	10	76	24	
	11	78	22	
	8	80	20	heroiny 0·005
	$8^{1}/_{2}$	80	22	
	9	84	22	
	$9^{1}/_{2}$	80	22	
	8	100	20	0·01
	$8^{1}/_{2}$	96	20	
	9	80	20	
	$9^{1}/_{2}$	84	20	
	10	90	22	
IV.	8	68	24	Przed heroiną
	9	68	22	
	10	66	22	
	11	80	20	
	8	64	20	0·005
	$8^{1}/_{2}$	64	20	
	9	64	24	
	$9^{1}/_{2}$	76	24	
	8	92	24	0·01
	$8^{1}/_{2}$	68	22	
	9	72	22	
	$9^{1}/_{2}$	84	22	

Wyniki podobne otrzymałem i u innych chorych. Okazało się zatem, że tak dawka 0·005, jakoteż 0·01, nie zmniejsza liczby prawidłowej oddechów, na ilość tętna jednak zdaje się heroina pewien wpływ wywierać. W znacznej bowiem liczbie przypadków zauważyć można było wyraźny spadek częstości tętna. Spadek nie był nigdy gwałtowny, ilość tętna spadała powoli i zwolna wracała do normy. Wpływ ten zauważyć można było już w $^{1}/_{2}$ godziny po zażyciu heroiny.

Zwolnienie to tętna trwało zwykle godzinę, niekiedy zaś i godzin dwie. W żadnym przypadku nie zauważyłem działania nasennego, lub wpływu na ruchy robaczkowe jelit. Chorzy znosili heroinę bardzo dobrze.

O ile heroinie przypisać można działanie kojące bóle lub uśmierzające kaszel, przykłady to wykażą.

I. Z R. *Tbc. pulm. in. st. destructionis* Chora kaszle ustawicznie tak, że noc spędza bezsennie, przy tem występuje znacznego stopnia duszność. Chlorek kodeiny w dawce jednorazowej po 0·03 nie przynosi chorej żadnej ulgi. Po zażyciu 0·005 heroiny kaszel i duszność zmniejsza się znacznie już w półgodziny. Dawka powyższa brana 3 razy wystarczała, by chorą uwolnić od męczącego ją kaszlu. Po kilku dniach zamiast heroiny podałem znowu chlorek kodeiny (0·03). Kaszel i duszność powróciły. Po tygodniu jednak dawka heroiny 0·005 odmawia już pomocy, chora zaczyna kaszleć coraz więcej. Dawkę podniosłem na 0·01, poczem chora przestała prawie zupełnie kaszleć, — ale tylko

przez kilka dni. Wobec tego dawkę zwiększyłem na 0·012 i przy tej dawce chora wolna była od kaszlu i to już na czas dłuższy. W tym przypadku również zauważyć można było obniżenie liczby tętna, a brak wpływu na liczbę oddechów.

I	Godzina	Tętno	Oddechy
	8	116	30
0·005	8½	96	30
heroiny	9	98	30
	9½	110	30

II. Cz. *Infil. bac. apicum.* Kaszle bardzo często. Podawałem naprzemian raz heroinę, to znowu chlorek kodeiny. Tak jeden, jako też i drugi przetwór działał równie skutecznie. Zauważyć i tu było można różnicę w działaniu, bo gdy po kodeinie w dawce 0·03 kaszel ustawał w ½ do ¾ godziny, działanie heroiny (0·005) widoczne już było po 15 minutach. U chorego tego przez cały czas pobytu w klinice nie potrzebowałem podnosić dawki ponad 0·005 trzy razy dziennie. Na liczbę tętna wywierała heroina wpływ nieznaczny, a brak go zupełny na liczbę oddechów.

III. R. *Tbc. pulm.* Heroina, podana w dawce 0·005 trzy razy dziennie, zmniejsza kaszel znacznie. Dawkę wkrótce musiałem podnieść na 0·01 i skutek pożądany otrzymałem. Na liczbę oddechów nie wpływa wcale, na tętno wpływ wyraźny, bo w ½ godziny z 108 uderzeń spada tętno na 88 uderzeń na minutę.

IV. St. *Tbc. pulmonum.* Przez długi czas zażywała heroinę po 0·01 3 razy dziennie, z wynikiem bardzo dobrym.

V. Sz. *Bronchitis diffusa.* Kaszle nadzwyczaj silnie. Tak heroina początkowo po 0·005, potem 0·01, jako też kodeina po 0·03 cztery razy dziennie nie zmniejszyły kaszlu. Podałem heroinę w dawce jednorazowej po 0·012 i teraz dopiero kaszel się zmniejszył, ale nieznacznie. Ponieważ chora dawki te znosiła bardzo dobrze, podałem jej 0·015 na dawkę. Kaszel prawie ustąpił, ale dnia następnego chora dostała bólu głowy, nudności i wymiotów. Heroinę odstawiłem. Przypadłości powyższe ustąpiły dnia drugiego. Senności lub wpływu hamującego ruchy robaczkowe jelit zauważyć nie można było[1]. U chorej tej zauważyłem wpływ wyraźny na liczbę oddechów, ale dopiero po dawce 0·012.

V.	Godzina	Tętno	Oddechy	
	8	88	28	heroiny 0·005
	8½	88	26	
	9	90	28	
	8	88	26	0·01
	8½	84	24	
	9	88	26	
	9½	90	26	
	8	84	34	0·012
	8½	64	33	
	9	68	24	
	9½	68	20	
	10	84	30	

Bóle wywołane czy to wrzodem okrągłym żołądka, czy to rakiem, heroina również znacznie łagodzi tak, że nie zachodziła potrzeba uciekać się do morfiny. Wstrzykiwania podskórne po 0·005 oddawały nam te same usługi, co i morfina w dawce 0·01.

Na podstawie naszych licznych spostrzeżeń wnosimy, że heroina:

1) działa uśmierzająco kaszel, jako też bóle. Zauważyć jednakże można względnie dość szybkie przyzwyczajenie się ustroju do niej tak, że skutki, jakie początkowo otrzymać można przy dawce 0·005, później osiąga się dopiero dawką wyższą. 2) Heroina nie działa w dawkach do 0·015 nasennie. 3) Nie wpływa na ruchy robaczkowe jelit. 4) Na liczbę oddechów jest bez wpływu, chyba w dawkach wyższych, od 0·012 począwszy. 5) Liczba tętna po zażyciu heroiny w dawkach zwykłych spada, jakość jednak tętna nie ulega zmianie.

Heroinę zatem stawiamy wyżej niż kodeinę, a na równi z morfiną.

Spostrzeżenia nasze różnią się od innych (Wierzbicki[2]), Weiss[3]), Harnack)[4]) tylko tem, że nigdy nie zauważyliśmy wpływu na liczbę i jakość oddechów, tylko na liczbę tętna. (Dok. nast.).

[1]) Bóle głowy i wymioty wystąpiły również po dawce 0·01 u chorej, leczonej ambulatoryjnie.

[2]) »Przegląd lekarski« Nr. 21. 1899.

[3]) »Münch. med. Woch.« Nr. 27. 1899.

[4]) »Heilkunde« Nr. 10. 1899.

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie dotąd omówione psychozy były pojedynczemi, albo względnie somato-psychozami psychosensorycznemi, które polegały na zaburzeniu identyfikacyi od *Cs.* do *A*.

Przystępując z kolei do omówienia ostrych autopsychóz, można je scharakteryzować ogólnie tem, że polegają na zaburzeniu świadomości własnej osoby o cechach objawów wypadowych. Psychozy te mogą się odznaczać autopsychiczną desoryentacyą i bezradnością. Znane są stany, zwłaszcza wywołane sztucznie, drogą pohipnotycznego poddawania, w których człowiek utraciwszy świadomość swej osoby dotychczasowej, działa i myśli, jak gdyby był inną niż poprzednio osobą, która o poprzedniej osobie nie ma żadnych wiadomości i pamięci. Zachodzi tu rozpad osobowości na dwie wzajemnie się nieznające i często nawet pod względem moralnym wręcz sobie przeciwne. Te formy, zwane przez W., za przykładem francuskich autorów „drugim stanem,“ (*second état*) odznacza defekt nieodczuwany jako przeciwieństwo stanu prawidłowego i ztąd nie wywołujący autopsychicznej bezradności. Stany drugie, różne co do formy, mają wspólne tło zwyrodnienia, z którego powstają. Powstają one na tle zwyrodnienia histerycznego, padaczkowego albo alkoholowego i odznaczają się tem, że chory nagle zapomina o swoich zwykłych obowiązkach, zadaniach, zajęciach i podejmuje czynności, wręcz odmienne od zwykłych, jak gdyby właściwe dla innej osoby, np. opuszcza miejsce swego stałego pobytu, swe zajęcia, udaje się w obce strony i o przeszłości swej na pewien czas mniej lub więcej długi zapomina. Stany te zbliżają się do zamroczeń, jednak nie są wywołane jak te ostatnie przez senne omamy i nie odznaczają się jak one dezoryentacyą alopsychiczną. Chorzy tacy powierzchownie oceniają sytuacye, w których się znajdują; okazują skłonność do brutalności, a gdy nastrój ich bywa zwykle nieco podniosłym i gdy nieraz tworzą się przelotne urojenia wielkości, przeto stany te okazują koloryt obłędu (manii) i ztąd nieraz figurują u różnych autorów pod nazwą obłędu rozprawczego (*manie raisonnante*) lub, gdy występują tylko okresowo, pod nazwą manii okresowej. Ta ostatnia postać odznacza się napadami okresowymi o jednej i tej samej treści świadomości i o zależnym od niej tym samym sposobie działania. Jako przykład może posłużyć przypadek okresowo popełnianych oszustw. Postać ta jest dotychczas niedokładnie zbadana, a ma ona pierwszorzędne znaczenie sądowo-lekarskie. Z powodu niedokładnego jej zbadania może być łatwo udawaną przez zbrodniarzy. Innym razem postać ta, wadliwie zwana „manią okresową“, może objawiać się jako opilstwo okresowe (*dipsomania*), które nie jest tak częste, jak je opisują. Według zdania W. można o niem mówić tylko wtedy, gdy istnieje lęk, który napada chorego okresowo i zmusza go do opilstwa. W. zaleca w celu leczenia okresowego opilstwa stosować korzystnie tu działające przetwory bromu. Prócz wymienionych dotąd postaci drugiego stanu, W. do nich zalicza także nabyte obłąkanie moralne, którego tak prawnicy jak i niektórzy psychiatrzy dla tego uznać nie chcieli, że według ich zdania nie może istnieć upośledzenie moralności bez równoczesnego upośledzenia inteligencyi. Tymczasem zdanie to jest słuszne, gdy mówimy o przewlekłem lub wrodzonem obłąkaniu moralnem, nabyte zaś zwykle nie upośledza wcale inteligencyi. Moralne obłąkanie nabyte może się odznaczać wyłącznie tylko pewnym wewnętrznym niepokojem, drażliwością usposobienia, a głównie objawem, cechującym czystą manię, tj. niwelacyą czyli zrównoważeniem wszystkich wy-

obrażeń. W odróżnieniu od manii brak tu gonitwy myśli, popędu do mówienia (logorhoea), chorobowej euforyi i t. d. Zrównoważenie wyobrażeń sprawia zanik wyobrażeń nadwartościowych, a ten wywołuje zmianę osobowości taką, iż chory zatraciwszy wyobrażenia nadwartościowe wstydu, obyczajności i godziwości, zadowalnia teraz swe egoistyczne popędy. Natrafiając w tem dążeniu na przeszkody ze strony swego otoczenia, wyjaśnia je sobie w sposób urojony prześladowaniem swej osoby. Przyczyna tej psychozy tkwi w zmianach rozwojowych i atawistycznych. W. nazywa tę postać autopsychozą moralną i odróżnia następujące jej rodzaje, t. j. hebefreniczny, klimakteryczny i starczy, poza tem kilka dni tylko trwający menstruacyjny. Prócz dziedziczności i zwyrodnienia może być powodem także uraz głowy. Rodzaj klimakteryczny przebiega przeważnie niepomyślnie; starczy kończy się zawsze nieuleczalnem niedołęztwem starczem.

Ostra podniosła autopsychoza z myślami swoistemi *(autopsychosis expansiva acuta)* odznacza się, jak nazwa wskazuje, myślami swoistemi, od których zależy treść pojawiających się fonemów i urojeń wyjaśniających. Chorzy ci okazują nastrój podniosły stosownie do myśli swoistych, wyrabiających w nich przekonanie urojone wyższego posłannictwa itd. Przebieg jej szybki i w ciągu kilku miesięcy kończący się pomyślnie. O ile myśli swoiste składają się na tę odrębną postać chorobową, o tyle objaw stanowiący przeciwieństwo tych myśli, a polegający na chwilowem zanikaniu myśli, tłómaczonem przez chorych wykradaniem im myśli z ich głowy przez lekarzy i innych ludzi, nie tworzy odrębnej psychozy, lecz zdarza się w przewlekłych stanach paranoicznych.

Psychoza z myślami przymusowemi daje się trudno odróżnić od takiej samej nerwicy. Jeźli obok myśli przymusowych nie zachodzą inne objawy psychotyczne, jeźli myśli przymusowe nie zniewalają chorego do pewnych przymusowych czynności, wreszcie jeźli ich treść i obfitość nie będzie jaskrawą, to raczej należy rozpoznawać nerwicę, niż psychozę. Jedna z przejściowych postaci między psychozą a nerwicą stanowi przymus zastanawiania *(Grübelsucht)* i przymus wątpliwości *(maladie du doute avec délire de toucher)*. Wskutek chorobowej podniety, działającej na centrum *A* w łuku psychiczno-odruchowym, powstaje przymus znajdowania dla tych podniet odpowiednich wyobrażeń celowych. Jeżeli ten przymus jest bardzo niepokojący, to może chorego skłonić do samobójstwa, a wówczas mamy już z psychozą, a nie z nerwicą do czynienia. Psychozę rozpoznamy także tam, gdzie przymus będzie skłaniał do podjęcia czynów, które chory sam potępia. Zwykle towarzyszy temu przymusowi lęk, który ustępuje z chwilą wykonania czynu. Do najwięcej znanych postaci takich przymusowych czynności należy podpalanie u młodych epileptyków, lub kradzieże (kleptomania) w okresie miesiączkowania, a obok nich przymus bluźnienia Bogu itd. wśród modlitwy, którzy chorzy tłómaczą sobie w sposób urojony, że muszą być wielkimi grzesznikami, skoro ich takie myśli trapią.

Inna postać autopsychozy polega na objawie, nazwanym przez Cramera głośnością myśli. Własne myśli chorego zmieniają się w fonemy, a do objawu tego dołącza się urojenie wyjaśniające, mocą którego chory twierdzi, że myśli jego są znane obcym. Cokolwiek pomyślą, napiszą, przeczytają, powiedzą, to głosy jakieś powtarzają. Powstałe ztąd zaburzenie w myśleniu stwarza u chorego uczucie lęku lub przeróżne objawy hipochondryczne, które sprowadzają przygnębiony, zadumczy nastrój. Nastrój ten pierzcha z czasem, gdy się chory do objawów tych przyzwyczai. Nieraz chorzy oceniają działalność osób ze swego otoczenia z tem założeniem, że ich myśli były im znane; ztąd też może chory utracić alopsychiczną zdolność oryentacyi. Rokowanie w tej postaci zdaje się być niekorzystne. Do autopsychóz zalicza się zaduma uczuciowa *(melancholia affectiva)*. Dla zrozumienia zasadniczego objawu tej psychozy ważną jest rzeczą zastanowienie się nad naszą wolą. Wolę poprzedza zawsze czynność myślenia, którego treścią jest rozważenie dwóch możliwości, tj. podjęcie pewnego działania lub jego zaniechanie. Z tych dwóch możliwości myślowych zwycięża w prawidłowych warunkowych ta, która przez wprawę, przyzwyczajenie się, lub wychowanie zyskała sobie największa wartość w naszym umyśle. Zarazem zależy to zwycięztwo jednej z tych myśli od szeregu różnych myśli ubocznych, które jeźli są prawidłowe, to i objawienie woli również będzie prawidłowem; gdy zaś one będą chorobowe, to i wola objawi się w sposób nieprawidłowy. Wola przedstawia zatem mniej lub więcej złożone wyobrażenie, które jest wynikiem pewnego postanowienia; to zaś przedstawia się jako rozważenie między dwoma lub wieloma wyobrażeniami lub ich szeregami, z których przynajmniej jedno jest punktem wyjścia objawu ruchowego. Wolność woli zależy od wolności postanowienia, czyli od istnienia prawidłowej wartości wyobrażeń, które przy postanowieniu działały. Ponieważ zaś w codziennem życiu pod pojęciem woli obejmujemy także akt postanowienia, przeto przez wolę rozumiemy wynik ścierania się różnych grup wyobrażeń, z których jedno przynajmniej musi być motorycznem wyobrażeniem i musi mieć do rozporządzenia punkt wyjścia odśrodkowego układu rzutowego. Tak więc wola stanowi nam wskazówkę „intrapsychicznej funkcyi“ w drodze *A*—*Z*. Ponieważ objawieniu się woli naszej stawia pewien opór droga *Z*—*Cm*., przeto, aby ten opór przezwyciężyć, musi nasza świadomość w przybliżeniu bodaj znać jego stopień. Doświadczenie uczy, że im jakie zadanie jest cięższe, tem trudniej przychodzi nam się go podjąć. Największego wysiłku woli wymagają od nas zadania nowe, przedtem nieznane.

Obraz zadumy uczuciowej *(melancholia affectiva)* cechuje się obniżeniem czynności woli wskutek „intrapsychicznej afunkcyi,“ które zwolna lecz stale wzrasta tak, że gdy w początku cierpienia chory był w stanie jeszcze podjąć zwykle swe czynności, z wyjątkiem nowych, wymagających pewnego wysiłku woli, to później i tych nie jest w stanie już przedsięwziąć, a nawet ch ćby tylko się skłonić do ich podjęcia. Stan ten podmiotowego uczucia niedomogi wytwarza w chorym przekonanie o nieudolności własnej, występności, różnego rodzaju przewinieniach, słowem o małości, skutkiem czego zjawia się obawa przed przyszłością, tem samem obrzydzenie sobie dalszego życia i popęd do samobójstwa, nader częsty w tej chorobie. Chory czuje się tem bardziej nieszczęśliwym, że wskutek „intrapsychicznej afunkcyi“ tępieją i zanikają jego uczucia psychiczne względem osób drugich, np. miłość, przywiązanie, przyjaźń, nienawiść itd. oraz względem przedmiotów i stosunków, jak zamiłowanie do sztuki, nauki, swego zawodu i t. d. Utrata tych uczuć, zwłaszcza zobojętnienie względem własnej rodziny, swego zawodu, stwarza w chorym pewną psychiczną próżnię (zblazowanie, *spleen* anglików). Osoby czulsze tracą wskutek tego przywiązanie do życia, pozbawionego odtąd wszelkiego podmiotowego uroku. Urojenie małości lub samooskarżanie się jest wynikiem przekonania o własnej przewrotności, nieudolności i zaniedbywaniu swych obowiązków. W tem mieści się najlepszy dowód, że nie człowiek opanowuje swe myśli, lecz myśli opanowują człowieka. Prócz tych podmiotowych objawów zauważa się objawy przedmiotowe, polegające na bezwładzie (akinezie), mianowicie zupełną bierność w działaniu, niechęć, a nawet zaprzestanie mówienia. Zupełny bezwład (akinezę) spotyka się tylko w zadumie z przygnębieniem *(melancholia depressiva)*, która stanowi odrębną postać chorobową. W przebiegu zadumy uczuciowej pojawia się niekiedy lęk somatyczny, umiejscowiony przez chorych w piersi lub głowie, będący również następstwem „intrapsychicznej afunkcyi“ w czasie którego trapią chorego głównie „smutne myśli,“ t. j. myśli samobójcze. Następstwem „afunkcyi“ jest także nasuwanie się chorym pewnych wyobrażeń, których się nie mogą pozbyć. Dotyczą one albo jego przeszłości i są w związku z przedmiotem samooskarżania się,

albo też są przyrody hipochondrycznej. Z objawów somatycznych do częstych należą zupełna niechęć do przyjmowania pokarmów i chłód, oraz sinica kończyn. Choroba zwolna narasta, a potem zwykle wolniej jeszcze ustępuje, przyczem obraz jej okazuje pewne odmienne zabarwienie, zależne od tego, czy samooskarżanie się, czy uczucie niedoli bierze górę. Samooskarżanie się może się objawiać w tem, że chory przypisuje sobie winę powstania swej choroby lub obwinia swe dawne, np. młodzieńcze wybryki, jako powód obecnego stanu. Urojenie małości może się stać fantastycznem, a wtedy chory uważa siebie za sprawcę przykrego losu osób drugich, lub twierdzi, że nic już nie istnieje, że nie jest godnym, aby jadł (ztąd zacięty jadłowstręt) i t. d. Urojenie to może się przedstawić choremu w postaci fonemów, okresowo tylko i pojedynczo się zjawiających. Omamy wzrokowe mogą się zjawiać tylko w godzinach wieczorowych w postaci trumien, pogrzebów itd. W czasie narastania choroby traci chory na wadze, w okresie zaś ustawania napowrót przybiera. Gdy zyskiwanie na wadze ustanie, powraca i zdrowie, które zwykle bywa poprzedzone kilkodniowym lub kilkotygodniowym okresem podniecenia maniakalnego. Choroba ta, choć długa, każe dobrze rokować, a rozpoznanie jej jest względnie łatwe; bez trudności można ją odróżnić od podobnych psychóz lękowych, którym brak podmiotowego uczucia niedomogi; trudniej atoli odróżnić od histerycznej lub neurastenicznej psychozy lękowej, ale i tu ułatwiają nam rozpoznanie brak objawów właściwych histeryi lub neurastenii, oraz ta okoliczność, że lęk ten bywa nie tak dominującym, jak w psychozach lękowych, lecz tylko objawem pobocznym. Leczenie (zawsze w zakładzie) ma na celu zapewnić choremu bezwzględny spokój cielesny i umysłowy, ubezpieczyć go przed możliwem samobójstwem, starać się o poprawę odżywienia i snu. Choroba ta ma mierną skłonność do nawrotów. (C. d. n.).

VII. Wyciągi.

Nehrkorn: **Mnogość pierwotnych złośliwych nowotworów.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 15). Dopiero od lat dwudziestu przyjęło się zapatrywanie, że w jednym ustroju mogą powstawać niezależnie od siebie dwa, trzy i t. d., a nawet mnogie pierwotne nowotwory złośliwe, jak raki i mięsaki. Z początku uznawano te tylko mnogie nowootwory za odrębne, których budowa drobnowidowa wybitnie się różniła i z których każdy z osobna wytworzył przerzuty. Ten drugi warunek nie jest jednak wcale koniecznym dla stwierdzenia odrębności mnogich nowotworów; w pewnych razach znów można i bez wybitnych różnic w budowie uznać dwa równocześnie istniejące nowotwory za odrębne, (choć, co prawda, zazwyczaj tylko z niejakiem prawdopodobieństwem, gdyż stanowczym dowodem jest tylko różnica w budowie). Tak np. dwa nowotwory są prawdopodobnie od siebie niezależne, jeżeli rozwijają się w dwóch narządach, będących zazwyczaj siedzibą nowotworów pierwotnych, gdyż doświadczenie uczy, że w takich narządach (skłonnych do pierwotnych nowotworów) stosunkowo rzadko znajdują się ogniska wtórne, przerzutowe. Podzielić można mnogie nowotwory na rozmaite gromady, jednakże najprzejrzystszym jest następujący prosty podział: 1) mnogie raki, 2) mnogie mięsaki, 3) rak obok mięsaka, a w każdej z tych gromad znów *a)* mnogość nowotworów w jednym narządzie, *b)* w jednym układzie, *c)* w różnych narządach. Z mnogich raków w jednym narządzie na pierwszem miejscu stoją raki skórne; na 100 przypadków raków liczono dawniej 1 przypadek, obecnie nawet średnio 4 przypadki mnogich raków. Trzeba jednak uwzględnić możliwość przeszczepiania się raka (nie przerzutów w ściślejszem znaczeniu), jak to np. stwierdzono w przypadkach raków wargi dolnej, przenoszących się na górną, — raków części pochwowej macicy, przeszczepiających się na pochwę i t. p., oraz rozsiewanie się raków np. na powierzchniach błon surowiczych (otrzewna), lub wzdłuż pewnych przewodów (jelit). W takich razach czasami bardzo trudno osądzić właściwy stan rzeczy. Istotna mnogość nowotworów (zwłaszcza np. raków skórnych) daje się nieraz wytłómaczyć mnogością czynników przyczynowych, to jest działaniem podobnych czynników szkodliwych w kilku naraz miejscach. Niekiedy jednak wpływów takich nie można wykazać, i wówczas nie pozostaje nic innego, jak przypuścić t. zw. „Multiplicität der Geschwulstanlage“. Trzy takie przypadki, w których równocześnie (na skórze głowy) istniały 2 (względnie 3) raki o odmiennej budowie i nie dające się wyjaśnić mnogością wpływów szkodliwych, przytacza także autor z własnego doświadczenia. W sprawie mnogich raków skórnych ważne dane przyniosła niedawno ogłoszona praca Petersena, który zapomocą rekonstrukcyi preparatów drobnowidowych („Plattenmodelirmethode“) wykazał, iż raki te mogą rozwijać się niekiedy z kilku pierwotnych ognisk rozrostu (a nie, jak przeważnie sądzono, z jednego tylko).

Znacznie rzadsze, niż skórne, są mnogie raki przewodu pokarmowego. Stwierdzenie odrębności mnogich raków jest tu zresztą znacznie trudniejsze, bo często posiadają one budowę bardzo podobną.

Mnogość nowotworów w jednym układzie ustroju spotyka się w narządach parzystych, najczęściej w sutkach i jajnikach. Rak obu sutków zdarza się mniejwięcej w 5%, rak obu jajników w 30% przypadków raka tych narządów. Na pozór zdawałoby się, że w sutkach należy zawsze spodziewać się odrębności raków, gdyż narząd ten łatwo ulega rakom pierwotnym, a rzadko mieści przerzuty. W rzeczywistości jednak są mnogie pierwotne nowotwory sutków prawdopodobnie rzadkie; w przypadkach raków obustronnych najczęściej idzie o przerzuty, których możliwość wykazał Gerota, udowadniając istnienie naczyń limfatycznych, łączących oba sutki. Odmienna budowa nie jest tu stanowczym dowodem odrębności nowotworu, bo w tymsamym raku jednego sutka różne części znacznie nieraz różnią się budową; temwięcej różnić się może przerzut od ogniska pierwotnego. Znaczna część obustronnych raków jajnika również powstaje przez przerzucanie się nowotworu; niemniej nie można przeczyć, że mogą tu powstawać raki i odrębnie, zwłaszcza na tle odrębnie się rozwijających torbielaków.

Stosunkowo często spotyka się mnogie, odrębne nowotwory w narządzie rodnym kobiecym, jako całości. Autor przytacza, jako przykład, spostrzeżenie własne, w którem istniał rak niezależnie obok gruczolaka.

Wreszcie, jako przykład nowotworów odrębnych w dwóch narządach, przytacza autor przypadek złośliwego brodawczaka (carcinoma villosum) pęcherza u chorego, u którego później niezależnie powstał rak skórny odbytu.

Daleko mniej przykładów mnogości odrębnych guzów spotyka się w gromadzie mięsaków. Również niezbyt często jest występowanie raka obok mięsaka. Autor spostrzegał mięsaka pochwy obok raka sutka u 65-letniej kobiety, a zna przypadek (nieogłoszony) Czernego raka w jednym, mięsaka w drugim sutku. Stosunkowo najczęstsze jeszcze jest pojawienie się raka i mięsaka w dwóch zupełnie odrębnych narządach, jak np. w jednem spostrzeżeniu autora (mięsak barwikowy odbytnicy z licznymi przerzutami i rak macicy u 59-letniej chorej). *C.*

Tomka: **Przypadek krwawienia z ucha u krwawca.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde.* Tom 51, Zeszyt 2 i 3). Autor opisuje przypadek, w którym u dziecka 2½-letniego wystąpiło krwawienie z ucha bez wszelkiej przyczyny po przebyciu ostrego zapalenia ucha. W chwili wystąpienia krwotoku sprawa zapalna była już na wygojeniu, przedziurawienie jednak bębenka jeszcze się nie zabliźniło. Krwotok był tak znaczny, że obawiano się o życie dziecka; krew pomimo silnego zatamponowania ucha przesiąkała przez gazę. Z wywiadów można było wywnioskować, że dziecko pochodzi z rodziny krwawców. Autor przytacza nieogłoszony jeszcze przypadek Hauga gdzie po wyjęciu małego polipa wystąpił dość znaczny krwotok Haug miał sposobność później spostrzegać u tego chorego wystąpienie znacznego krwotoku po przecięciu czyraka w przewodzie usznym. I ten chory pochodził z rodziny krwawców. Prócz tych autorów podobne przypadki spostrzegali Rohrer i Ziem.

Dr. Teofil Zalewski.

Zeroni: **Przypadek krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej z powodu próchnienia kości skroniowej.** (*Archiv für Ohrenheilkunde.* Tom 51. Zeszyt 2 i 3). Autor opisuje przypadek przewlekłego ropienia ucha środkowego po stronie prawej, gdzie wykonano atico-antrotomię i przy operacyi wyjęto odsłoinę (*sequester*), która stanowiła część przedniej ściany jamy bębenkowej. Przy drugiej zmianie opatrunku nastąpił gwałtowny krwotok tętniczy, który ustał po zatamponowaniu rany. Domyślano się, że krwotok musiał pochodzić z tętnicy dogłowowej wewnętrznej, z miejsca, zkąd wyjęto odsłoinę podczas operacyi. Z powodu, że krwotok ustał po zatamponowaniu, zaniechano podwiązania tętnicy dogłowowej. W parę dni później wystąpił drugi krwotok, który podobnież ustał po zatamponowaniu: chory jednak w parę godzin życie zakończył. Sekcya wykazała, że tętnica dogłowowa wewnętrzna w miejscu przejścia jej z kierunku pionowego w poziomy była przedziurawiona; otwór

był bardzo mały. W rozmaitych miejscach kości skroniowej znaleziono mnóstwo miejsc próchniejących. Prócz tego stwierdzono przy sekcyi rozległą gruźlicę płuc. Autor twierdzi, że pod względem zmian w płucach, jak i pod względem umiejscowienia przedziurawienia tętnicy, przypadek jego zgadza się w zupełności z innymi przypadkami, dotąd spostrzeganymi. Dlatego nasuwa mu się podejrzenie, czy próchnica kości, która była przyczyną krwotoku w tych przypadkach, nie jest na tle gruźlicy? Rozstrzygnąć mogłoby tylko badanie mikroskopowe, którego autor nie robił. Zastanawiając się nad przyczyną, dlaczego przedziurawienie było usadowione we wszystkich dotąd spostrzeganych przypadkach w jednem i temsamem miejscu, autor powiada, że składają się na to rozmaite warunki. Przedewszystkiem w tem miejscu leży tętnica tuż przy samej kości, i dlatego sprawa patologiczna najłatwiej przejść może z kości na tętnicę; następnie w miejscu przejścia z kierunku pionowego w poziomy tętnica musi wytrzymywać o wiele silniejszy napór krwi, niż gdzieindziej, a zatem najłatwiej w tem miejscu przedrzeć się może. Co do podwiązania tętnicy dogłowowej, co może być brane pod uwagę w przypadkach krwotoku, to dotąd znany jest jeden przypadek, opisany przez Broca, w którym to podwiązanie miało skutek, i w którym krwotok się nie powtórzył. Chory ten umarł w parę miesięcy później na inną chorobę, i wtedy przy sekcyi przekonano się, że rzeczywiście tętnica dogłowowa wewnętrzna była przedziurawiona. W innych przypadkach nawet po podwiązaniu tętnicy dogłowowej po obydwóch stronach, jak to miało miejsce w przypadku Billrotha, krwotok się powtórzył. Na zasadzie tego, że obydwa krwotoki dało się w tym przypadku z łatwością opanować, przychodzi autor do słusznego wniosku, że stało się to dlatego, że przez operacyę dostęp do miejsca krwawienia był znakomicie ułatwiony. Autor zwraca dlatego uwagę, że możnaby może tego sposobu użyć w razie krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej w przypadkach, gdzie atico-antrotomii nie robiono.

Dr. Teofil Zalewski.

Dłuski i Majewicz: **Stan żołądka u chorych na gruźlicę.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 24). Czy gruźlica sprowadza takie zaburzenia w żołądku, które należałoby odnieść wprost do zakażenia prątkami gruźliczymi, czy też zaburzenia te są następstwem innych czynników, niezależnych od gruźlicy, a czasem wyprzedzających wtargnięcie prątków gruźliczych? Na sprawę tę klinicyści zapatrują się rozmaicie, a niema też między nimi zgody co do większej lub mniejszej częstości zaburzeń żołądkowych w przebiegu gruźlicy.

Przedstawiwszy rozrzucone w piśmiennictwie zdania wybitnych klinicystów o tej sprawie, autorowie przechodzą do wyłożenia własnych badań i wypowiedzenia ostatecznych wniosków. Poszukiwania swoje czynili oni w oddziale dra Letulle, paryskiego szpitala Boucicaut. Przedewszystkiem uderzeni zostali faktem, że co najmniej połowa chorych gruźliczych utrzymywała, jakoby przed wstąpieniem już do szpitala ulegała rozmaitym zaburzeniom żołądkowym (odbijanie, wzdęcie, nudności i brak łaknienia), które po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu ustępowały. Chcąc zdać sobie sprawę, w jakim stopniu chemizm żołądka odpowiadał klinicznie stwierdzonemu trawieniu prawidłowemu, badali autorowie 20 chorych bez wyboru, w wieku od 16 do 35 lat, z których 9 było kobiet i 11 mężczyzn; chorzy ci cierpieli na gruźlicę wszystkich 3-ch stopni, wszyscy posiadali dobry apetyt i nie doznawali jakichkolwiek dolegliwości podmiotowych. Dziesięciu badanym chorym dano śniadanie próbne Ewalda, a innym dziesięciu śniadanie i obiad, składające się z 250·0 mięsa, 300·0 bulionu z tapioką, 100·0 chleba i szklankę wody. Następnie wyciągnęli autorowie treść z żołądka w godzinę po śniadaniu i w cztery godziny po obiedzie. We wszystkich przypadkach oddziaływanie treści żołądkowej było kwaśne, a odczynnik Günzburga wykazywał wolny HCl. Całkowita kwasota wahała się między 14 a 60: wolny zaś HCl między 0·14 a 0·61 na 100; chlor związany między 0·36 a 1·45 na 100. Drobnowid nie wykazał nic osobliwego, poszukiwania za kwasem mlekowym pozostały bez skutku.

Zatem w większości badanych przypadków chemizm trawienny przedstawił się prawidłowo; dla dokładności dodają autorowie, że 12 razy kwasota wynosiła 25 do 50, ilości, uznane w Niemczech za prawidłowe. Liczby 14 do 25 wskazywały na lekki stopień niedokwasoty; natomiast liczby 50 do 60 przemawiały za kwasotą wzmożoną, lecz w obu razach bez znaczenia patologicznego. Wogóle autorowie dochodzą do przekonania, że kwasota treści żołądka gruźliczych w swych wahaniach się nie wykracza poza granicę fizyologiczną, lecz posiada niejaką skłonność do kwasoty wzmożonej, wbrew zdania Cronera, który doszedł do wniosku przeciwnego. Uwzględniając tylko tych 20 chorych, na których przeprowadzone były badania, autorowie doszli do przekonania, że zaburzenia żołądkowe, którym ulegali ci chorzy jeszcze przed wstąpieniem do szpitala, zależały od złej higieny i niestosownej dyetetyki; usunięcie tych usterek w tak wzorowo prowadzonym zakładzie, jakim jest szpital Boucicaut, wystarczało, aby po upływie paru tygodni wszystkie te dolegliwości doszczętnie ustąpiły. *A. K.*

E. Freund i O. Freund: **Przyczynek do sprawy wymiany materyi w stanie głodzenia.** (*Wiener klin. Rundschau* 1901, Nr. 5 i 6). Korzystając z doświadczenia nad głodzeniem, któremu poddał się w roku 1896 Succi we Wiedniu (pod kontrolą lekarską), zajęli się autorowie zbadaniem sprawy wymiany materyi w tych warunkach. Doświadczenie trwało 21 dni, t. j. do tego czasu, w którym nagłe zwiększenie się chlorków i azotu w moczu było wskazaniem do przerwania doświadczenia. Z wyników, jakie autorowie podają w tablicy, wyjmujemy ważniejsze. Ilość moczu, wynosząca w pierwszym dniu 1435 ctm³, zmalała w drugim do 830 ctm³, w trzecim do 575 ctm³, w której to ilości utrzymywała się do dnia 9-go; w dniach następnych zmniejszała się ilość moczu stale, ale niejednostajnie i doszła do ilości 235 ctm³. Ilość N, wydzielonego moczem, zmniejszyła się z 17·0 grm. pierwszego dnia do 11·3 grm. w drugim dniu i malała odtąd stopniowo, aż doszła w 21-szym dniu do 2·8 grm. — Zupełnie analogicznie zachowywała się ilość chlorków: w 1-szym dniu 13·9, w 2-gim 5·5, w 3-cim 2·56, a w 21-szym 0·7 grm. Podobnie malała ilość mocznika. Niezwykłą natomiast była zmiana stosunku N-mocznika do sumy azotu, jaką wykazują liczby w późniejszych doświadczeniach; podczas gdy w pierwszych ze sumy N. przypadała na mocznik 85—89% N, ilość ta w 15-tym dniu wynosi 73%, a w 21-szym 54% N. — Tej rażącej zmiany stosunku N-mocznika do sumy azotu autorowie nie zdołali wytłómaczyć, jakkolwiek oznaczali i inne istoty azotowe, a więc również ilość azotu, przypadającą na te istoty, t. j. na połączenia amonowe, kwas moczowy, kreatyninę, kw. hipurowy i zasady ksantynowe; wprawdzie stosunek N-zasad ksantynowych do sumy azotu wzmógł się znacznie, wynosił bowiem z początku 44%, a w końcu doświadczenia 77%, wzrost ten nie jest jednak tak znaczny, aby mógł dostatecznie wytłómaczyć zmiany w stosunku N-mocznika do sumy azotu, — zawsze bowiem brakuje nam pewnej ilości azotu, która musiała być wydaloną moczem w innej formie. Autorowie skłonni są do przypuszczenia, iż ta ilość azotu musiała być wydzieloną w formie opisywanego już kwasu oksyproteinowego; okoliczności tej autorowie stwierdzić nie zdołali wskutek braku materyału w dostatecznej ilości. — Stosunek ilości kwasu fosforowego do sumy N nie wykazuje znacznych zmian. Kwasota moczu zwiększa się początkowo, — w późniejszych jednak dniach stało opada. Podobnie ma się z alkalicznością: początkowy wzrost jest tu jednak większy. Siarkany, podobnie jak azot, maleją z trwaniem doświadczenia; kwas eterosiarkowy nie wykazuje wybitnych różnic, natomiast zwiększa się w początkowych dniach ilość siarki obojętnej.

Wydzielanie się metali zasad ziemnych potwierdziło dawniejsze wyniki badań w tych samych warunkach, w szczególności tyczy się to zwiększonej ilości wydzielanych moczem soli wapniowych. Z nieprawidłowych składników moczu znachodzili autorowie znaczniejsze ilości acetonu i urobiliny, jak również małe ilości kwasu aceto-octowego i cukru. W osadzie znaleziono grudki krystaliczne drugorzędnego fosforanu wapniowego. Kał, który został w ciągu doświadczenia dwa razy oddany, wynosił w stanie suchym 53 grm. i zawierał 3·2 grm. N; — 5·05 popiołu. Popiół zawierał 1·03 grm. K_2O, 0·49 grm. Na_2O; 0·50 CaO; 0·51 MgO; 0·21 grm. Fe_2O_3; 0·65 P_2O_5 i 1·5 grm. SO_3. Autorowie dochodzą w końcu do następujących wniosków: 1) Ilość dziennie wydzielonego moczem azotu może podczas głodzenia zmniejszyć się do 3·0 grm. 2) Na szczycie głodzenia występuje atypowe zmniejszenie się ciał azotowych; ilość ta jest o 20% mniejszą od tej, jaka się prawidłowo wydziela w postaci mocznika. 3) Żaden ze znanych azotowych składników moczowych nie wydziela się w ilości tak zwiększonej, któraby odpowiadała stopniowi zmniejszenia się ilości mocznika. 4) Wydzielanie się kreatyniny jest w czasie wykonywania pracy mięśniowej zwiększonem w porównaniu do ilości, wydzielanej w czasie bezczynności. 5) Ilość wydzielonych ciał aloksurowych jest względnie zwiększoną; ilość ciał ksantynowych większą od ilości wydzielonego kwasu moczowego. 6) Względne zwiększenie się wydzielonych ilości związków amonowych jest nieznaczne. 7) Podczas głodzenia się zwiększa się nie tylko kwasota moczu, ale również i alkaliczność; ostatnia w późniejszych dniach nawet w większym stopniu. 8) Glikozurya występuje począwszy od 8 go dnia. *Dr. Ig. L.*

Guinon: **O wartości zwiastunowych oznak odry.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Kwiecień 1901). W krytycznym rozbiorze zwiastunów, pojawiających się w okresie wylęgania się odry, uważa autor objaw Sevestra t. zw. „palatin piqueté“, jako posiadający pewną wartość; pojawia się on jednak najczęściej

późno, a niekiedy równocześnie z wystąpieniem osutki odrowej. Meunier podał obniżenie ciężaru ciała w okresie wylęgania się odry, jako objaw patognomoniczny dla tej choroby; tu jednak natrafia się na najrozmaitsze trudności w przeprowadzeniu tych badań. Objawu Combyego (nadmierna leukocytoza w okresie wylęgania choroby) nie uważa Guinon za objaw prawdziwie kliniczny. Największego rozgłosu doznały t. zw. „stomatite erythémato-pultacée Combyego" i t. zw. „plamy Koplika". Pierwszy z tych objawów częściej był przez autora spostrzegany, a polega on na obrzmieniu i sinawo-czerwonem zabarwieniu policzków i dziąseł z równoczesną nadmierną wytwórczością opalizującego przyblonka, który łatwo usunąć się daje. Objaw ten pojawia się przed wystąpieniem wysypki, a jeżeli równocześnie z nią występuje, to utwierdza w rozpoznaniu odry w przypadkach wątpliwych. Od pewnego czasu jednak autor mając sposobność obserwowania kilka przypadków, podaje w wątpliwość te cechy charakterystyczne i dochodzi do wniosku, że te objawy przedwstępne mają pewne znaczenie rozpoznawcze, nie należy jednak na nich bezwzględnie polegać. Obecność objawu tego każe baczną zwracać uwagę na środki zapobiegające, których wczesnego użycia nigdy żałować nie należy. *Jan Landau.*

Romniciano: **Przypadek ciężkiej płonicy.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Kwiecień 1901 r.). U jedenastoletniego dziecka, u którego w przebiegu płonicy wystąpiły ciężkie powikłania w nosie, gardle, uszach i nerkach, zasługują na uwzględnienie następujące okoliczności: 1) Pojawienie się wypływu śluzowo-ropnego z błonami rzekomemi z nosa w siódmym dniu płonicy; 2) rozszerzenie się sprawy chorobowej na lewe oko i na uszy; 3) wypływ z nosa nie ustąpił jeszcze, gdy rozpoczął się już ropotok z uszu; 4) długi czas zdawało się, że ciemno-szare błony rzekome w gardle znikły; 5) nieżyt nosa i zapalenie gardła podtrzymywały podniesioną ciepłotę już po ustąpieniu wysypki. Łuszczenie się skóry trwało do 42-go dnia choroby; 6) piętnastego dnia choroby pojawił się krwotok z nosa; 7) wystąpiły napady mocznicy, które jednak ustąpiły szybko po wstrzyknięciu sztucznej surowicy; 8) mimo ciężkiego zakażenia nie wystąpiły objawy zrazikowego zapalenia płuc; 9) dziewiętnastego dnia pojawiła się bolesność w stawach, która ustąpiła po podaniu aspiryny; 10) gruczoły obrzękłe nie uległy zropieniu; 11) przebieg choroby zdaje się dowodzić, że wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej przyczyniło się do zwalczenia zmian w gardle i nosie; 12) trzydziestego i trzydziestego trzeciego dnia wystąpiły drgawki, trwające za pierwszym razem cztery i pół. za drugim trzy i pół godzin, poczem chory oddał obfitą ilość moczu. Były to drgawki padaczkowe, które już przed tą chorobą nawiedzały chorego.

Jan Landau.

Doc. L. Korczyński: **O wpływie istot korzennych na czynność żołądka.** Doniesienie tymczasowe. *(Wiener med. Presse* Nr. 12, 1901). Doświadczenie, wykonane na chorym z zapaleniem rdzenia pacierzowego przewlekłem, a nie uskarżającym się wcale na dolegliwości żołądkowe, wykazało, że po żadnem z próbnych dań nie stwierdzono podwyższonej kwasoty w treści żołądkowej — przeciwnie znaleziono częstokroć niższą, a przesącz nie dawał odczynu wolnego kwasu solnego; po próbie białkowej oddziaływanie treści żołądkowej było nawet obojętne. W cztery godziny po obiedzie Leubego odczyn treści był słabo kwaśny, ilość wolnego kwasu solnego była nader skąpa. Stopień kwasoty był zawsze niższy, wolny kwas solny skąpszy po stosowaniu przypraw korzennych (pieprz, chrzan, papryka), aniżeli bez stosowania; analogicznie działały korzenie na zaczyn proteolityczny. Z tego spostrzeżenia wynika, że nie można postawić ogólnej reguły, jakoby korzenie działały w każdym przypadku pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, a tem bardziej nie jest wskazanem, by je stosowano bez wyjątku u każdego osobnika z osłabioną, względnie upośledzoną siłą wydzielniczą żołądka.

Dr. Henryk Pisek.

* * *

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya laryngologiczna.

zestawił

Dr. Franciszek Nowotny.

Rozpoznanie raka krtani. Ważności badania anatomopatologicznego w przypadkach raka krtani nie można zaprzeczyć; nie we wszystkich atoli przypadkach można z badania tego wyciągnąć wnioski, szczególnie wtedy, jeżeli wynik badania jest ujemny (B. Fränkel-Ruauld). Ponieważ rak krtani z początku nie wywołuje objawów charakterystycznych, można go pomięszać z zapaleniem ochrzęstnej, brodawczakiem, gruźlicą, kiłą, mięsakiem (Schmidt). Trudność tę zwiększa jeszcze czasem występująca kombinacya raka z gruźlicą. Objawami, przemawiającymi za rakiem, są: zaburzenia w ruchomości zajętego więzadła, ograniczone przekrwienie w okolicy guza; w formach zaś brodawkowatych nowotworu — śnieżno-białe zabarwienie ostro się kończących brodawek (Semon). W wielu przypadkach trzeba mieć odwagę operować bez badania mikroskopowego.

Ślinotok na tle psychicznem. Hellat z Petersburga opisuje 4 przypadki tej choroby, w przebiegu której ciągle wydzielająca się ślina już samym chorym tak obrzydła, że nie mogli jej połykać, lecz ustawicznie ją wypluwali. Skutkiem tego było: wysychanie błony śluzowej ust, gardła, jamy nosowo-gardłowej, przewlekły nieżyt krtani, ucha środkowego, dalej cały szereg przypadów ze strony przewodu pokarmowego i układu nerwowego, mogący doprowadzić aż do choroby umysłowej. Leczenie psychiczne.

Gruźlica krtani. Vacher radzi zastrzykiwania lub pędzlowania krtani mięszaniną jodoformowo-eterową. Bernheim wskazuje na ważność rozpoznania gruźlicy krtani w samych jej początkach, a mianowicie uważać należy na gruzełki prosówkowe w przestrzeni międzynalewkowej.

Zwężenia krtani. Boulaj radzi leczyć zwężenie krtani elektrolizą.

Leczenie błoniastych zwężeń tchawicy. Pieniążek: Najczęściej spotykamy te zwężenia w przebiegu twardzieli *(scleroma)*, rzadziej kiły. W tych przypadkach idzie o błonę, zwężającą światło tchawicy, pozostawiającą w środku mały otworek, który może jeszcze być podzielony na dwa mostem łącznotkankowym. Usuwa się zwężenia te w sposób następujący: robimy tracheotomię i to górną, potem układamy chorego w pozycyi ze zwieszoną głową, wkładamy przez ranę tracheotomijną wziernik tchawiczny Pieniążka i rozrywamy błonę łyżeczką. Po operacyi zakłada się elastyczną kaniulę, której usunięcie zwykle następuje po kilku dniach. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy szkolnych.

Instytucya lekarzy szkolnych, zastosowana ze znakomitym skutkiem od dwóch dziesiątków lat w Belgii i Francyi, a rozwijająca się szybko w ostatnich latach w Niemczech, nie doświadcza dostatecznego poparcia u miarodajnych czynników w szkolnictwie austryackiem. W całej Austryi niema dotychczas nigdzie lekarzy szkolnych. Wprawdzie zorganizowano w nielicznych miastach (Opawa, Biała, Cieszyn i Lwów) stałą opiekę lekarską dla młodzieży szkół miejskich, powierzając ją lekarzom miejskim: lecz liczba miast tych jest nieznaczną (w Galicyi tylko 2) tak, że tego postępu w porównaniu do stanu dawniejszego w tych miastach nie można uważać za załatwienie sprawy i lekarzy szkolnych. Na tę nazwę nie zasługuje lekarz miejski, obarczony licznymi obowiązkami swego urzędu, a bardzo często licho wynagradzany. Wobec szczególnych warunków, jakie znajdują się w szkole, nadzór nad higieną budynku szkolnego, zdrowiem młodzieży i higiena nauki wymaga nietylko wiadomości specyalnych, których nie daje ani praktyka lekarska, ani zawód lekarza urzędowego; wymaga nadto czasu i pewnego poświęcenia się szkolnictwu, czego żądać niepodobna od lekarza, obarczonego pracą w wielu innych kierunkach higieny publicznej, szczególnie przy małem wynagrodzeniu. Od tego typu lekarza szkolnego w szkołach miejskich, jaki zaprowadzono w powyżej przytoczonych miastach, nie można się spodziewać tego postępu w poprawie warunków zdrowotnych w szkole, jakiego ze względu na znaczenie higieny w wieku młodym życzyć sobie należy.

Jeżeli w niektórych miastach dostrzedz można pewne usiłowania w kierunku zabezpieczenia stałej opieki lekarskiej dla młodzieży szkół miejskich, to ze strony szkolnictwa, pozostającego pod zarządem władzy państwowej (szkoły średnie) prawie nic o tem nie słychać. Słu-

szność każe jednak zaznaczyć, że w Galicyi krajowa Rada szkolna okazuje więcej dobrej woli około sprawy wprowadzenia lekarzy do szkół, aniżeli to można zauważyć w innych krajach koronnych. Wniosek rektora Zakrzewskiego, zgłoszony w Sejmie r. 1891, przedstawienia nieistniejącego już „Towarzystwa opieki zdrowia“ do krajowej Rady szkolnej (referat prof. Cybulskiego) w sprawie lekarzy szkolnych, wniesione w r. 1891, oraz wniosek sejmowy rektora Kadyja z r. 1899 sprawiły, że kilka posad nauczycieli gimnastyki w szkołach średnich powierzyła kraj. Rada szkolna ukwalifikowanym lekarzom. Obecnie 5 lekarzy zajmuje w galicyjskich szkołach średnich posady lekarzy szkolnych. Stanowisko i obowiązki tych nauczycieli gimnastyki, a zarazem lekarzy, odbiega jednak bardzo od pojęcia, jakie się łączy z nazwą lekarza szkolnego. Z wyjątkiem tych rzadkich przypadków, gdy uczeń zachoruje w czasie ćwiczeń gimnastycznych lub innych godzin nauki szkolnej, albo zachowaniem się nieprawidłowem zdradza jakieś zboczenia w ustroju, lekarz-gimnastyk uczniów tych nie bada, gdyż do stałej opieki lekarskiej nad młodzieżą nie jest on przez władzę powołany i nie powierzono mu nadzoru nad higieną budynku i nauki szkolnej, a to przecież winno być najważniejszym obowiązkiem lekarza w szkole. Wiadomości lekarskie tych nauczycieli gimnastyki nie są dostatecznie wyzyskane; funkcye nauczycielskie, jakie im powierzono, spełniaćby mogli z tym samym prawie skutkiem dobrze ukwalifikowani gimnastycy nielekarze. Aby ćwiczenia fizyczne dodatnio wpływały na rozwój i zdrowie młodzieży, nie potrzeba koniecznie, by niemi kierował lekarz, on winien być tylko stałym i dozorującym doradcą nauczyciela gimnastyki. Twierdzić zatem można, że pożytek dla zdrowia młodzieży, wynikający z ustanowienia tych kilku posad lekarzy-gimnastyków w szkołach, do których należą, jest jeszcze mniejszy, aniżeli z lekarzy miejskich, a zarazem i szkolnych, bo tym powierzono cały prawie zakres higieny szkolnej, który nie należy do zakresu obowiązków lekarza-gimnastyka.

W marcu b. r. wygłosił Dr. Leonard Bier w krakowskiem Kole nauczycieli szkół wyższych odczyt p. t. „Lekarz w szkole,“ w którym po przedstawieniu historycznego rozwoju tej sprawy, omówił zakres działalności lekarza w szkole na podstawie instrukcyj, obowiązujących w rozmaitych państwach i miastach, a zarazem wskazał, w jakim kierunku sprawa lekarzy szkolnych rozwijać się winna w przyszłości. Po rozprawach uchwalono wybrać komisyę,*) któraby nakreśliła dokładnie obowiązki lekarza szkolnego w galicyjskich szkołach, ująwszy je w instrukcye, określiła stanowisko lekarza w szkole i przedstawiła wnioski co do wysokości wynagrodzenia. Referat ten służyć ma jako przedmiot do dyskusyi na tegorocznem walnem zebraniu Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych, a później przedstawiony kraj. Radzie szkolnej.

Referat ten ułożony przez wspomnianą komisyę ogłaszamy w „Przeglądzie Lekarskim“ w nadziei wywołania dyskusyi w szerszem kole kolegów. (C. d. n.).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 kwietnia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego odbyły się odczyty: kol. prof. Bujwida »O badaniach mleka krakowskiego na gruźlicę« i kol. Dr. Schwarza: »Przyczynek do nauki o chorobach wenerycznych na podstawie statystyki z dziesięciu lat.« Oba odczyty wywołały ożywione rozprawy.

* Z XXVIII-go Sprawozdania Towarzyst. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie dowiadujemy się, że w r. 1900 leczono w szpitalu św. Ludwika chorych stałych 1299, przychodnich 4712. Operacyj dokonano 226, założono opatrunków 35. Na błonicę leczono osób 206 (zamiejscowych 71.9%); u wszystkich tych dzieci stosowano surowicę przeciwbłoniczą z zakładu prof. Bujwida i spotrzebowano jej flakonów 443. Śmiertelność z błonicy wynosiła 14,5%, pomimo wliczenia do tej statystyki i tych chorych, którzy przybyli w okresie późnym i stanie zaniedbanym, nie nadającym się do leczenia surowicą.

Ogólna roczna śmiertelność ze wszystkich 4-ch oddziałów wynosiła w roku sprawozdawczym 15.4%.

Do kolonii leczniczej w Rabce w r. 1900 wysłano 94 dzieci zołzowatych; wynik leczenia zdrojowego tych dzieci był bardzo pomyślny.

* *Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące ogłoszenie:*

»Dla członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy udziela właściciel zakładu wodoleczniczego w Bystrej obok Bielska, Dr. Ludwik Jekeles, w miesiącach: maju, czerwcu i wrześniu 35%, zaś w lipcu i sierpniu, 25% zniżki od cen pensyonatowych, prosząc równocześnie Wydział Towarzystwa o podanie tego do wiadomości kolegów-członków.

Uprasza się wszystkie dzienniki krajowe o łaskawe powtórzenie niniejszej korespondencyi.«

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy
Dr. Langie, sekretarz.

* Stopień doktora wszech nauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Gustaw Pretzel.

* Dr. E. Krzyżanowski z Buczacza donosi, że na tablicę pamiątkową dla śp. prof. Borysikiewicza w dalszym ciągu na jego ręce złożyli: Dr. Kamocki 50 kor., Dr. Gepner 50 kor., prof. G. Ziembicki 10 kor., Dr. Z. Kramsztyk 10 kor. — Kwota ogólna do tej pory wynosi 420 kor.

* Dr. Jarnatowski, lekarz chorób ocznych, mianowany został przez magistrat okulistą całego obwodu miasta Poznania.

* Broszura Dr. Rösego: »Jak pielęgnować zęby i usta,« wyszła w Warszawie w polskim przekładzie dentysty Kleina.

* Komitet gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich zawiadamia, że ci lekarze polscy, którzy życzyliby wziąść udział w Zjeździe, a nie dostali jeszcze zaproszenia, powinni się zgłosić do prof. Wicherkiewicza, prezesa Komitetu polskiego dla obesłania Zjazdu czeskiego.

Jednocześnie Komitet gospodarczy wzywa członków Zjazdu, aby się nie ociągali ze zgłaszaniem odczytów. W sprawie tej należy adresować: Doc. Dr Antoni Veselý. Praha I. Nabreži, 14.

* Ministerstwo wyznań i oświaty wyznaczyło 2000 koron zapomogi na urządzenie III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich.

* Bawarskie ministeryum spraw wewnętrz. zarządziło ostateczne ujednostajnienie w mierzeniu ciepłoty, a to przez zupełne wyrugowanie skali Réaumura, a zaprowadzenie tylko jednej z podziałką Celsiusza.

* Prof. R. Koch został wysłany przez władzę pruską na Górny Szląsk dla objechania miejscowości, nawiedzanych przez choroby zakaźne.

* Władze pruskie wydały rozporządzenie do kierowników szkół, ażeby między godzinami lekcyjnemi zaprowadzili pauzy. Szczegóły tego zarządzenia niemal w zupełności są takie same, jak w szkołach naszych.

* Ostatni (13) numer »Wracza« cały został poświęcony pamięci prof. Manasseina, niedawno zmarłego redaktora tego czasopisma.

* Sądząc z uwag w lekar. dziennikach niemieckich, nowa taryfa należytości dla lekarzy znawców w postępowaniu karnem nie wywołała zapału na całym obszarze Austryi. Wprawdzie punkt wyjścia przy ocenianiu należytości stanowi istotny postęp teoretyczny, lecz zachodzi wątpliwość, czy sąd, który ma rozstrzygać do jakiej kategoryi skali taryfowej zaliczyć się ma ta lub owa czynność sądowo-lekarska lekarza, będzie mógł, jako obcy zawodowi lekarskiemu, uniknąć grubych pomyłek i ustrzedz się od orzeczeń podmiotowych. W każdym razie taryfa nowa nie stoi w prostym stosunku do dziś istniejących cen na pierwsze potrzeby życia i do stopy podniesionych w ostatnich latach dochodów w całej organizacyi urzędniczej.

* Stosunek bezpośredni Anglii z południową Afryką, gdzie jak wiadomo grasuje epidemia moru, wywołał ze strony zarządu miasta Londynu środki przygotowawcze na odparcie zarazy. Władza miejska

*) W skład komisyi weszli pp. prof. Kunz, prof. Kurpiel, prof. Magiera, jako pedagodzy; a z lekarzy koledzy: Dr. Borzęcki, Dr. Żydłowicz i Dr. Bier.

wyznaczyła 50,000 funtów szterl. na urządzenie czterech budowli dla czasowego odosobnienia osób, które stykały się z chorymi zapowietrzonymi, a prócz tego na miejscu oddalonem staną baraki na 600 łóżek, przeznaczone dla chorych na mór.

* Dnia 10 września odbędzie się w Amsterdamie II-gi międzynarodowy Kongres dla sprawy ubezpieczeń lekarzy.

* Prof. Brouardel zamierza ustąpić ze stanowiska dziekana paryskiego Wydziału lekar., które 20 lat z rzędu zajmował. Do postąpienia tego zniewoliły Brouardela najnowsze mianowania kierowników kliniki ginekologicznej i pedyatrycznej, ponoś nie odpowiadające interesom nauki i nauczania.

Mianowania i odznaczenia. Profesorami nadzwycz. mianowani zostali docenci: Krönig i Menge w Lipsku i Kromayer — w Halli; Buchholz — w Marburgu. Dr. Fedor Krause, chirurg, mianowany został nadzw. profesorem w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aureli Plech, Radca cesarski, b. lekarz wojskowy i powiatowy, radca miasta Jarosławia, zmarł 19 b. m. w 72 r. życia. Prof. Gosse zmarł w Genewie. Były prof. chirurgii Dr. Dunlop — w Glasgowie. Dr. Barwiński, właściciel zakładu wodoleczniczego w Elgersburg. Prof. Kohlstock zmarł na dur; należał do wyprawy azyatyckiej.

Bibliografia.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 4: Sterling: O kilku przypadkach influenzy sercowej. Arnstein: Przyczynek do etyologii wad zastawkowych serca. Grodecki: Przypadek krwiomoczu wskutek urazu.

— *Zdrowie* Nr. 4: Gałecki: Odpływ wód ściekowych i deszczowych w Łodzi. Biernacki: Wodociągi lubelskie. Szrajber: Woda na wsi. Janowski: Dżuma.

— *Medycyna* Nr. 16: Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu (c. d.). Bregmann: Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa (dok.).

— *Gazeta Lekarska* Nr. 16: Malewski: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych przez lekarzy w zakładzie Nałęczowskim. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy dziedziczenia sztucznej odporności przeciw błonicy (dok.). Bernhardt: W kwestyi patogenezy świerzbiączki (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 16: Weigner: Poměr nervi accessorii a prvých spinalních nervů (c. d.). Jaklin: 41 laparotomie (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 30: Garnier i Lardennois: Zropienie nerki po durze. Grégoire: Fizyologia gruczołu tarczykowego. Froin: Leczenie dławca. Nr. 31: Labbé: Mniemana gorączka gruczołowa. Invara: Technika przykrócania więzów macicznych drogą pachwinową.

— *La Semaine médicale* Nr. 14: Lepine: Lewoluzurya popokarmowa i jej stosunek do chorób wątroby.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 16: Sternberg: O kamieniach nerkowych ze stanowiska klinicznego, zwłaszcza o objawach żołądkowo-jelitowych przez nie wywoływanych. Piffl: Przypadek wyleczenia drogą operacyjną ropnia mózgowego, powstałego w przebiegu zapalenia ucha środkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16: Hegener. Przyczynek do nauki o ostrem surowiczem zapaleniu opon mózgowych. Klebs: Leczenie gruźlicy. Oppenheimer. Przyczynek do teoryi fermentacyi. Hönigsberger: Leczenie krzywicy nadnerczyną. Huismans: O chorobie Addisona. Steinhardt: O płókaniu żołądka u dzieci. Salfeld: Leczenie dny kwasem chininowym. Hornung. Leczenie dławcowego zapalenia płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16: Schmidt: Przyczynek do nauki o nerwicach serca. Mayer: O niezupełnem utlenianiu się cukru w ustroju. Roos: Białko roślinne, jako środek spożywczy. Arneth: Rzadki przypadek histeryi. Schwarz: W sprawie powstawania acetonu z białka jajowego. Waldvogel: O oznaczaniu punktu zamarzania krwi w durze brzusznym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12: Dührsen: Zachowawcze leczenie guzów ropnych przydatków macicy oraz leczenie ich stanów następowych przez nacięcie pochwowe. Koranyi: Uwagi o zużytkowaniu rozpoznawczej wartości punktu zamarzania krwi. Lewy: Przypadek raka żołądka z niezwykłym przebiegiem. Elsner: Pluskanie w brzuchu i zwiotczenie (atonia). Westphalen: O t. zw. błoniastem zapaleniu kiszek (dok.)

Nowe książki.

Goldscheider i Jacob. Handbuch der physikalischen Therapie (Thieme, Lipsk). Dzieło zbiorowe najlepszych sił autorskich w Niemczech i Austryi. Bardeleben i Haeckel: Atlas der Topographischen Anatomie des Menschen. Cena 20 marek. Lipowski: Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. Berlin. Cena 4 marki.

Redakcya otrzymała:

Freund: Zur Anatomie und Klinik der Narbengeschwülste. Dwudzieste ósme sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie. Protokoły Turkestanskaho medicinskaho obszczestwa. Wicherkiewicz: 1) Narośle złośliwe rogówki. 2) Une nouvelle operation d'epicanthus. 3) Przyczynek do dnawych zachorzeń oka. 4) Przypadek prawdziwej dyfteryi spojówki o lekkim przebiegu i kilka uwag o znaczeniu bakteryologicznego rozpoznawania dyfteryi. 5) Aspiryna w okulistyce. 6) Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków. 7) Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej. 8) Skrzydlik bliźniaczy. 9) Przetoki rogówkowo-twardówkowe po operacyi zaćmy powstałe. 10) Zur operativen Technik des Ectropion des Unterlides. 11) Weiterer Beitrag zur Protargolwirkung in der Augentherapie. 12) Wspomnienia z IX międzynarodowego Kongresu okulistycznego w Utrechcie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 1go maja, o godz. 6 tej wieczorem, w ***klinice chirurgicznej***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader mówić będzie: „O znieczulaniu metodą Corning-Biera,“ poczem przedstawi kilka rzadszych przypadków, przez siebie operowanych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 4 Maja 1901. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Z kliniki lekarskiej Wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego. (Petersburg).

Przyczynek do nauki o zasadowości krwi.

(*Doniesienie tymczasowe*).

Podał

Dr. med. Witold-Eugeniusz Orłowski.

Ordynator kliniki.

Badania zasadowości krwi rozpoczęły się już oddawna. Wiedza jednak nasza w tej dziedzinie pogłębiła się zaledwie w ostatniem dziesięcioleciu, zawdzięczając to głównie pracom Löwyego. Ten bowiem badacz pierwszy zwrócił uwagę, że zasady zawierają się nie tylko w osoczu, jak mniemano dotąd, lecz także w krwinkach czerwonych i nawet w tych ostatnich w większej ilości. Wychodząc z tego założenia uwydatnił on zatem nieścisłość metod oznaczania zasadowości krwi, któremi posiłkowali się jego poprzednicy a zalecił metodą własną, polegającą, jak wiadomo, na miareczkowaniu za pomocą $^1/_{25}$ normalnego rozczynu kwasu winowego 5 sz. cm. krwi, rozpuszczonej w 45 sz. ctm. 0.2% szczawianu amonowego obojętnego. Za pomocą tej właśnie metody dowiódł Löwy mylności ogólnie przyjętego mniemania, jakoby zasadowość krwi była zmniejszoną w przeważnej liczbie chorób. Wszystkie te poglądy Löwyego zostały wkrótce stwierdzone przez następnych badaczy. Okazało się, że alkaliczność krwi w jednej i tej samej chorobie może być podniesioną lub zmniejszoną, lub wreszcie prawidłową. Podobne zachowanie się zasadowości krwi pozostawało jednak bez żadnego wyjaśnienia, aczkolwiek wyjaśnienie tego faktu jest bardzo pożądane. Ono bowiem może nam z jednej strony wyświetlić zadanie zasadowości krwi w ustroju, a z drugiej znów przyczynić się do prawidłowego rozstrzygnięcia innych ważnych zagadnień w patologii, jak naprz; samozatrucie ustroju kwasami etc.

Ten właśnie cel miałem przedewszystkiem na uwadze, przystępując do niniejszej pracy. Na wstępie przerobiłem doświadczenia Löwyego i przekonałem się, że rzeczywiście metoda jego oznaczania zasadowości krwi daje liczby ścisłe, wtenczas gdy sposoby Landoisa, Jakscha i Danilewskiego dają wyniki niedokładne i zmienne. Tych jednak doświadczeń nie będę przytaczał na tem miejscu, ponieważ wykonałem je prawie tym samym co Löwy sposobem.

Ta nieścisłość i zmienność wyników, otrzymywanych metodami dawniejszemi, zależy według Löwyego od postępującego rozpadu krwinek czerwonych, wskutek czego zawierające się w nich zasady przechodzą do osocza. Oznaczając bowiem zasadowość osocza i osobno osadu, składającego się z krwinek czerwonych, otrzymywał on taką samą liczbę, jaką dawała krew sama. Podobna jednak metodyka wskazuje tylko w grubych zarysach udział krwinek czerwonych w pojęciu o zasadowości krwi, a więc tylko drogą uboczną wyjaśnia ujemne strony poprzednich sposobów jej oznaczania (Landoisa, Jakscha i innych autorów). Dla udowodnienia poglądu Löwyego należało oczekiwać doświadczeń, któreby w więcej jaskrawy sposób wykazały błędy tych metod, mianowicie wyświetliły nie tylko, że zasadowość krwi jest w rzeczywistości znacznie większa, niż ją wykazują sposoby Landoisa, Jakscha i in., nie tylko, że stopień zasadowości krwi przy oznaczaniu jej dawniejszymi sposobami wciąż wzrasta, lecz oprócz tego, że podobne jej podniesienie się jest wywołane istotnie rozkładem krwinek czerwonych i postępuje równolegle z ich rozpadem. Podobnych doświadczeń jednak w piśmiennictwie niema. Wobec ich doniosłości, którą wyjaśnię nieco niżej, przystąpiłem do moich doświadczeń w sposób następujący: najpierw przekonałem się, że krew odwłókniona ma takąż samą zasadowość, co i krew, nie pozbawiona włóknika; zatem, oznaczywszy zasadowość surowicy krwi sposobem Löwyego, brałem krew odwłóknioną psa i w pewnych odstępach czasu oznaczałem jej zasadowość metodami Löwyego i Landois-Jakscha. W ten sposób mogłem w każdej chwili ocenić, jaka część zasadowości krwi zależy od rozkładu krwinek czerwonych. Przedtem jeszcze oznaczałem ilość krwinek czerwonych we krwi i ich odporność sposobem Hamburgera. Na te oznaczenia zwróciłem osobliwszą uwagę, wychodząc z następującego prostego rozumowania: jeśli twierdzenie Löwyego, że zmienność zasadowości krwi przy posiłkowaniu się metodą Landois-Jakscha zależy od rozkładu krwinek czerwonych, jest słuszne, to naturalnie im odporniejsza jest krew, tem słabiej uwydatnią się wspomniane zmiany w jej alkaliczności; z innej zaś strony, przy jednakowej odporności dwóch porcyj krwi, ta, która zawiera więcej krwinek czerwonych, będzie dawała większe zmiany. Jeśli więc wyrachujemy tę część ogólnej zasadowości krwi, która zależy od rozkładających się krwinek czerwonych w dwóch porcyach krwi, wziętych z 2 zwierząt, jeśli zatem otrzymane liczby obliczymy na jednakową zawartość krwinek czerwonych w obydwóch porcyach, to musimy otrzymać tenże stosunek między temi liczbami, jaki istnieje pomiędzy odpornością obydwóch porcyj krwi. Tak w istocie i okazało się. Dla lepszego zrozumienia wyżej wypowiedzianych moich myśli przytoczę 2 doświadczenia.

Doświadczenie VII.

Liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mlm³ wynosi 5342000. Odporność ich = 0,49% Nacl. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego

336 mlgr. NaOH w 100 sz ctm krwi. Zasadowość surowicy, otrzymanej przy samoistnem ścinaniu się krwi — 160 mlg

Doświadczenie metodą Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po 10′—198 mlgr., więc od rozkładu krwinek czerwonych zależało 38
2) » 15′—240 » » » » » » 80
3) » 30′—297,5 » » » » » » 137,5
4) » 60′—302 » » » » » » 142

Doświadczenie IX.

Liczba czerwonych krwinek w 1 mlm³—5 210 000, więc, 1,025 razy mniej, niż w dośw. VIII. Odporność ich = 0,57% Na Cl. Zasadowość krwi według metody Löwyego — 369,2 mlgr. NaOH; zasadowość surowicy 203.

Oznaczenie alkaliczności krwi sposobem Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po upływie 10′—244 mlgr. więc od rozkładu krwinek czerw. zależało 42
2) » » 15′—294 » » » » » » 91
3) » » 30′—361 » » » » » » 158
4) » » 60′—363 » » » » » » 160

Porównywując obydwa doświadczenia widzimy, że odporność krwi w IX. dośw. jest 1,16 razy mniejszą, niż w dośw. VIII. Wyliczając teraz jaka część zasadowości krwi w dośw. IX byłaby wywołana przez rozkład krwinek czerwonych, jeśliby ogólna liczba ich w 1 mlm³ była tąż samą, co i w doświadczeniu VIII. łatwo przekonamy się, że ta część wciąż przewyższa odpowiednią liczbę w doświadczeniu VIII. o 1,16 razy.

W samej rzeczy, ten stosunek przedstawia się tak:

1) po 10 min — 1,13 $\left(\frac{42.1.025}{38}\right)$

2) po 15′ » — 1,166 $\left(\frac{91.1.025}{80}\right)$

3) po 30′ » — 1,18

4) po 60′ » — 1,15.

Z tych doświadczeń widzimy, że podniesienie się alkaliczności krwi przy oznaczaniu jej sposobem Landois-Jakscha zależy istotnie od odporności krwi. Ponieważ zaś odporność krwi jest różną nie tylko przy rozmaitych stanach chorobowych, lecz i u osobników zdrowych, to rzecz prosta, sposób Landois-Jakscha powinien być zupełnie zaniechany: wyniki bowiem, które on daje, nie mogą być porównywane z sobą, co przedewszystkiem wymaga się od każdego sposobu, jeśli on nie jest w stanie dać ścisłych liczb bezwzględnych. Jeśli jednak i posłużymy się tą metodą, to w każdym razie nie należy iść za radą Jakscha i przeprowadzać oznaczenia możliwie szybko; owszem, trzeba kończyć nie wcześniej, niż po 30 minutach; przy takiem bowiem postępowaniu określa się znaczna część zasadowości krwi, jak to wykazały moje doświadczenia, mianowicie: 87—97%.

Teraz zupełnie zrozumiałą jest przewaga mojej metodyki nad metodyką doświadczeń Löwyego i innych autorów, gdyż daje ona nam możność śledzenia wciąż za podniesieniem alkaliczności krwi, oznaczonej za pomocą sposobu Landois-Jakscha i zależnością tego podniesienia od odporności i ilości krwinek czerwonych. Na podobną drogę doświadczeń naprowadziły mnie szczegółowsze studya z dziedziny hematologii. Rozglądając się w obszernem piśmiennictwie o zasadowości krwi, nie trudno mi było zauważyć, że zmniejszenie alkaliczności krwi stwierdzone było przez różnych badaczy właśnie w tych chorobach, w których, jak wykazały nowsze badania, odporność krwi jest zwiększona. Wobec tego, że dane te są otrzymane za pomocą sposobu Landois-Jakscha i innych analogicznych, podobny fakt łatwo się tłómaczy na podstawie wyżej przytoczonych doświadczeń.

Po tych doświadczeniach przeszedłem do badań nad stanem alkaliczności krwi w sprawach fizyologicznych i patologicznych ustroju. Badania wykonałem na ludziach zdrowych i chorych, część zaś na psach. Zasadowość krwi u ludzi oznaczałem za pomocą alkalimetru Engela, urządzonego na wzór Mélangensa dla krwinek czerwonych: rozcieńcza się w nim 0,05 sz. ctm krwi, wziętej z palca, 100 razy w przekroplonej wodzie odczynu obojętnego; otrzymaną krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi miareczkuje się $^1/_{75}$ normalnym roczynem kwasu winowego do odczynu obojętnego; ztąd nietrudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi. W ten sposób alkalimetr Engela czyni zadość wymaganiom, stawianym przez Löwyego przy oznaczaniu zasadowości krwi, krwinki czerwone bowiem w nim się rozpuszczają zupełnie.

Wobec tego jednak, że oznaczenia zasadowości krwi, dokonane przez różnych badaczy, mało przyczyniły się do wyświetlenia przyczyny jej wahań w jednej i tej samej chorobie u różnych osobników, postanowiłem nie ograniczać się tylko na tem oznaczeniu, lecz oprócz tego oznaczać u każdego osobnika zawartość hemoglobiny, krwinek czerwonych i białych, w mniemaniu, że być może w ten sposób uda się otrzymać dane, któreby wyjaśniły rzecz. Nadzieje moje poniekąd ziściły się.

Dotychczas zbadałem wszystkiego 45 przypadków, z pomiędzy nich 2 przypadki gruźlicy płuc, 5 włóknikowego zapalenia płuc, 4 wad serca, 4 marskości wątroby, 3 duru brzusznego, 3 zapalenia nerek, 2 nieżytu kiszek, 2 cukrzycy 3 raka przewodu pokarmowego, 6 neurastenii i po jednym przypadku zimnicy, grypy (influenzy), ostrego i przewlekłego gośćca stawowego, błednicy i niedokrwistości, plamicy wybroczynowej *(purpura haemorrhagica)*, zapalenia gruczołu chłonnego na tle zołzowem, gnilnego zapalenia oskrzeli, zapalenia miedniczek nerkowych i rozszerzenia żołądka z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego.

Na tem miejscu nie będę rozszerzać się w całej rozciągłości nad mojemi badaniami; przytoczę tylko pokrótce otrzymane wyniki:

1) Alkalimetr Engela daje liczby zasadowości krwi, przewyższające rzeczywistą o 106 mlgr. NaOH na 100 sz ctm. krwi, jeśli używać lakmusu, jako wskaźnika — i o 119 mlgr., jeśli w tym celu używamy lakmoidu.

2) Alkaliczność krwi u osobników zdrowych wynosi 240—267 mlg. NaOH (%) przy użyciu lakmusu, i 269—299 mlgr. przy użyciu lakmoidu.

3) Alkaliczność krwi w różnych chorobach idzie równolegle z ilością krwinek czerwonych: obniża się przy zmniejszeniu się ich liczby, zostaje prawidłowa przy normalnej liczbie krwinek czerwonych.

4) Oznaczenie więc tylko samej zasadowości krwi nie daje nam możności zrozumienia przyczyny jej zmiany.

5) Nagromadzenie się we krwi produktów kwaśnych, więc samozatrucie ustroju kwasami, wolno przypuszczać tylko tam, gdzie przy prawidłowej liczbie krwinek czerwonych alkaliczność jej jest silnie obniżona, lub jeśli to obniżenie jest o wiele większe, niż zubożenie krwi w krwinki czerwone.

6) Podobny stosunek, wskazujący na samozatrucie

ustroju kwasami, zauważyłem dotychczas tylko w ciężkich przypadkach cukrzycy moczowej i w charłactwie rakowem.

7) Cieple (37,5° c.) lawatywy zasadowe podnoszą w większym stopniu alkaliczność krwi, niż podanie zasad przez usta.

8) Podniesienie alkaliczności krwi pod wpływem alkalicznych lawatyw lub podania alkaliów (sody) przez usta jest krótkotrwałe.

Nie miałem niestety dotychczas żadnego przypadku mocznicy i skazy moczanowej, w których to stanach chorobowych, jak wiadomo, badacze znajdowali obniżenie zasadowości krwi. Wobec tego postanowiłem przynajmniej co do mocznicy rozstrzygnąć sprawę drogą doświadczalną na psach. Oznaczywszy alkaliczność krwi, wywoływałem sztucznie u nich mocznicę przez podwiązanie moczowodów i w ten sposób przekonałem się, że rzeczywiście zasadowość krwi w mocznicy obniża się. Jaka jest przyczyna tego obniżenia, w tej chwili rozstrzygnąć nie mogę, ponieważ odpowiednie doświadczenia moje nie są jeszcze ukończone.

Szczegółowy opis wszystkich doświadczeń na zwierzętach, jako też badań klinicznych, będzie ogłoszony po ukończeniu całej pracy w jednem z czasopism lekarskich.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękowania Prof. Dr. Pasternackiemu za udzielenie pozwolenia w korzystaniu z klinicznego materyału, a także ordynatorom kliniki, kolegom: Kazimierzowi Syliwanowiczowi i M. Heimanowi za ich pomoc w przeprowadzeniu moich doświadczeń na zwierzętach.

II. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

W ostatnich czasach coraz częściej spotykamy się z badaniami przemiany materyi u osesków, mającemi na oku, ażeby tą drogą dojść do wyników konkretnych w sprawie karmienia noworodków. Badania te wykonywano przeważnie na oseskach, chorych na cierpienia żołądkowo-jelitowe; nie brak atoli badań w tym kierunku i na oseskach zdrowych; doświadczenia co do przemiany białka, przeprowadzone przez Grósza na oseskach zdrowych, karmionych piersią, mianowicie w kierunku obliczenia ilości azotu z wydzielonego w przeciągu 24 godzin moczu i kału, wykazały, że dziecko przy piersi, jak i sztucznie karmione, powinno dostawać pokarm co 3—4 godzin, gdyż nawet w tym czasie osesek nie zużywa podanego pokarmu, albowiem część jego odchodzi niezużyta. Przeładowanie ustroju istotami białkowatemi jest nawet wprost szkodliwe, gdyż występuje niedomoga czynnościowa jelit, istoty białkowate zalegają w jelitach i przeszkadzają ich funkcyi. Zgadzają się z tem badania kliniczne Czernyego, który podaje, że przy karmieniu mlekiem krowiem żołądek wypróżnia się dopiero po trzech godzinach. Badania Langego i Berenda na oseskach ze złem trawieniem wykazały, że n. p. wystarcza półtorarocznemu, sztucznie karmionemu dziecku 900 ctm.^{3} pokarmu na dobę, gdy tymczasem dostaje ono zazwyczaj o 25% więcej, a więc około 1200 ctm.^{3} Co do ilości moczu, to wynosiła ona w danych dwu przypadkach 54,25 ctm. na 100 ctm.^{3} przyjętego pokarmu. Ilość kału u dzieci, karmionych sztucznie, jest nadzwyczaj wielka. Przytoczeni badacze znaleźli wreszcie różnicę między ilością przyjmowanego a wydzielanego azotu. Badając jak osesek zużywa białko, względnie azot mleka krowiego, zauważył Lange, że zużycie azotu mleka krowiego przy odpowiedniem rozcieńczeniu, osłodzeniu cukrem mlekowym i wyjałowieniu jest prawie to samo, co przy używaniu pokarmu kobiecego; ilość wydalonych części stałych kału u oseska dyspeptycznego jest dwa razy tak wielka, jak u zdrowego, ilość zaś azotu w kale 24godzinnym w niestrawności jest większa, a odsetkowa zawartość azotu w stolcach dyspeptycznych jest mniejsza, niż w warunkach prawidłowych. Karmiony mlekiem osesek nie znajduje się w równowadze azotowej, lecz zachowuje azot w większej ilości. Bendix, badając 15 dzieci 47 razy, wykazał, że u cierpiących na biegunkę osesków w porównaniu ze zdrowymi wydziela się z kałem więcej azotu, a doświadczenie pouczyło go, że w niezupełnie prawidłowych warunkach sernik mleka krowiego jeszcze względnie dobrze zostaje zużytkowany.

Przy rozstrzyganiu pytania, jaki pokarm jest najodpowiedniejszy dla dziecka, pozbawionego pokarmu macierzystego lub dziecka, wyniszczonego nieodpowiednim pokarmem (a za naturalny uważam pokarm matki lub mamki), należy zwracać uwagę głównie na tę okoliczność, ażeby pokarm był wystarczający i pożywny, ażeby osesek mógł ilość pokarmu, potrzebną dla budowy ciała i dostatecznego odżywienia, przyswoić bez szkody dla narządu trawienia; ażeby zaś módz ocenić, o ile dany pokarm wywiera na ustrój wpływ korzystny lub szkodliwy, należy według Czernyego uwzględnić następujące okoliczności: 1) wywiady i stan zdrowia dziecka; 2) jakość i ilość pokarmu i sposób podawania pokarmu; 3) zachowanie się wagi ciała; 4) czynność przewodu pokarmowego i innych narządów — wreszcie 5) warunki, wśród których się spostrzeganie wykonuje. Bendix przemawia za karmieniem podług Heubnera ($^2/_3$ mleka $^1/_3$ wody), gdyż zwiększony dopływ białka nietylko nie szkodzi, ale osesek traci przytem rozwolnienie i przybiera na wadze. Doświadczenie jego poucza, że sernik mleka krowiego w niecałkiem prawidłowych warunkach jeszcze względnie dobrze zostaje zużytkowany.

Rozróżniamy trzy rodzaje sztucznego pokarmu: 1) rozmaite rodzaje mleka zwierzęcego; 2) t. zw. konserwy mleka i 3) mączki, grzanki i podobne przetwory. Jakkolwiek z postępem techniki postępuje wyrób środków, mających zastąpić mleko matki, to jednak nie ulega wątpliwości, że tylekroć zachwalane przetwory, jak t. zw. mączki dla dzieci, nietylko nie przynoszą korzyści, lecz wprost wywierają szkodliwy wpływ, sprowadzając jednę z najczęstszych chorób wieku dziecięcego: krzywicę i bezkrwistość. Nierzadko spotykamy się nawet z lekarzami, popisującymi się wynikami karmienia mączką, wskazując na dzieci tłuste, t. zw. „olbrzymie“, które przy bliższem badaniu przedstawiają się jako nalane, ze znacznie rozwiniętą podściółką tłuszczową, przy równoczesnym braku równorzędnego rozwoju mięśni i kości. Przytem fabryczne te przetwory wywierają wpływ szkodliwy na ustrój przez zmniejszenie odporności przewodu pokarmowego, stając się przyczyną tak częstej choroby przewodu, jak cholera dziecięca.

Przechodząc do omówienia wyników ostatnich lat należy na pierwszem miejscu wymienić Heubnera mąkę zwyczajną, którą oseski nawet przed końcem czwartego miesiąca życia obficie zamieniają w cukier i chłoną. Nawet w przebiegu chorób przewodu pokarmowego Heubner chętnie podaje przejściowo mąkę, uważając ją za korzystny środek leczniczy, opierając się na badaniach Hoppe-Seylera nad trawieniem mąki, które wykazały, że mąka przeszkadza gniciu białka i w ten sposób zapewne zmniejsza tworzenie się istot toksycznych. Wyraźnie jednak Heubner kładzie nacisk na to, że polecając ten pokarm nie myśli wcale wracać do dawniej podawanych papek, gdyż liczba kaloryj, wprowadzanych przez mąkę, jest daleko mniejsza,

niż liczba kaloryj, zawartych w tej samej objętości mleka kobiecego lub krowiego, a oprócz tego pokarm ten zawiera zamało białka i tłuszczu, a natomiast trudno strawne węglowodany. Ze stanowiska fizyologicznego należy przy sztucznem karmieniu kłaść główny nacisk na doprowadzenie odpowiedniej ilości kaloryj, przyczem ilość podanego białka nie powinna zejść poniżej pewnej granicy; dlatego też nie wchodzi w rachubę, w jakiej formie kalorye zostają wprowadzone do ustroju. Czerny uważa zastąpienie kaloryj mleka rozcieńczonego zapomocą cukru mlekowego za nieodpowiednie; ważnem jest wiedzieć, nie ile kaloryj jest zawartych w pokarmie oseska i ile ulega wchłonieniu, lecz ile ulega spaleniu. Heubner staje w sprzeczności z badaniami chemicznemi Schlossmanna, który zbija twierdzenie Carstensa, współpracownika Heubnera, jakoby przez odjęcie mąki, wydalonej z kałem, od mąki, wprowadzonej do ustroju, można obliczyć ilość mąki wchłoniętej przez ustrój. Ta część mąki nie uległa wessaniu, lecz znikła przez rozkład i kiśnienie. Usprawiedliwienie dla swojego twierdzenia znajduje Heubner w doświadczeniu klinicznem, przekładając je nad badanie w pracowni chemicznej. Do zdania Schlossmanna przychyla się praktyk berliński Fürst, uważając, że mączki na stałe pokarmu naturalnego zastąpić nie mogą, działając szkodliwie z powodu wielkiej ilości węglowodanów. Zaleca przeto mączki, przygotowane na mleku zagęszczonem i z mąki preparowanej, którą przez dyastazę zamieniono w cukier; mogą one atoli służyć tylko jako uzupełnienie pokarmu. W Anglii Robertson, badając skład i używanie mąki, jako pokarmu dla osesków, doszedł do przekonania, że mąka pszenna, zmięszana ze słodem lub wyciągiem słodowym, które zamieniają skrobię na glikozę i maltozę, nadaje się dla całkiem małych dzieci. Zaczyn trzustki, dodany do skrobi lub mleka, powoduje rodzaj trawienia poprzedniego, nadaje się dla dzieci, jako łatwo strawny pokarm, w którym cała skrobia przez dyastazę ulega zamianie na dekstrynę, maltozę i glikozę. Mięszanina skrobi i dekstryny jest łatwo strawna, a zmięszana z mlekiem sprawia, że sernik ścina się w delikatne strzępy. Nie nadają się dla osesków te przetwory, które zawierają niezmienioną skrobię, gdyż te nie ulegają strawieniu. Według Robertsona najlepiej zastąpić pokarm matki rozcieńczonem mlekiem krowiem, z dodatkiem słodu i małej ilości śmietany. (c. d. n.)

III. *Środki lecznicze i wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy.*

*Przez **Dra Zygmunta Wąsowicza**, b. asystenta kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell., lekarza zdrojowego w Krynicy.*

(Dokończenie).

6. Kąpiele słoneczne. Przez kąpiele słoneczne należy rozumieć wystawienie nagiego ciała, z wyjątkiem głowy, na działanie promieni słonecznych. Wpływ fizyologiczny tych kąpieli na ustrój ludzki nie jest jeszcze dotąd dostatecznie znany. Wiadomo tylko, że pod działaniem promieni słonecznych zwiększa się produkcya ciepła w ustroju i ilość wydalanej pary wodnej.

Polecane bywają w leczeniu blednicy, zołzów, krzywicy i dny, jak niemniej u ludzi starych i ozdrowieńców po ciężkich chorobach. Urządzenia do kąpieli słonecznych w Krynicy znajdują się przy Zakładzie wodoleczniczym.

7. Kąpiele elektryczne. Najlepszym sposobem elektryzowania ogólnego jest kąpiel elektryczna, wśród której całe ciało, z wyjątkiem głowy, wystawione bywa równomiernie na działanie prądu elektrycznego. Rozróżniamy kąpiele elektryczne z prądem stałym i przerywanym, jedno- i dwubiegunowe, a z tych najwięcej wydoskonalone i odpowiednie celowi są dwukomorowe kąpiele według sposobu Gärtnera.

Skutki fizyologiczne tych kąpieli objawiają się głównie w zakresie nerwów czuciowych i ruchowych, oraz mięśni, natomiast na przemianę materyi nie wywierają wpływu znacznego. Ogólnie rzecz biorąc, przypisuje się kąpielom elektrycznym (zwłaszcza z prądem przerywanym) działanie orzeźwiające i podnoszące odżywienie przez pobudzenie łaknienia. Sprowadzać również mają sen u osób wrażliwych, nerwowych i cierpiących na bezsenność. Podnieść wreszcie należy wybitny i dodatni wpływ ich na wyobraźnię chorych wrażliwych.

Główne zastósowanie znajdują kąpiele elektryczne w leczeniu nerwic ogólnych.

Urządzenia dla tych kąpieli w Krynicy znajdują się również przy Zakładzie wodoleczniczym.

8. Gimnastyka lecznicza. Niepoślednie usługi w leczeniu niektórych stanów chorobowych może oddać gimnastyka lecznicza. Zakład gimnastyczny istnieje w Krynicy od lat 12 tu i zostaje pod kierunkiem uzdolnionego nauczyciela gimnastyki.

9. Środki odżywcze. W każdem leczeniu ważną rolę spełniają dobre przetwory odżywcze. Z przetworów takich, wyrabianych w miejscu, zasługują na wymienienie mleko zwyczajne, mleko wyjałowione, żentyca i kefir.

Każdy z wymienionych środków leczniczych posiada pewną, niezaprzeczoną wartość leczniczą, stwierdzoną i na podstawie doświadczenia i naukowo przeprowadzonych badań. Razem stanowią obszerną gromadę środków leczniczych właściwych, z której odpowiednio do choroby i postępu w leczeniu można dowolnie wybierać najodpowiedniejszy, można kilka z nich równocześnie stósować, albo też kolejno w porządku, jaki z przebiegu leczenia okaże się najlepszym.

Z pomiędzy nich podnieść jeszcze raz na tem miejscu należy nadzwyczaj korzystne działanie wewnętrznego używania wody krynickiej w niektórych chorobach żołądka. Tymczasem z chorobami tego rodzaju spotkać się w Krynicy, należy prawie do wyjątków. Przyczyną tego jest zapewne, że wszystkim chorym na żołądek poleca się z reguły przeprowadzenie leczenia w Karlsbadzie. Nie zmniejszając w niczem znaczenia, jakie sobie Karlsbad zdobył w leczeniu chorób żołądka, trudno nie zauważyć, że przecież znaczna część chorych, wysyłanych z naszego kraju do Karlsbadu, mogłaby i w Krynicy leczyć się z równą właściwie korzyścią. Że tak jest istotnie, świadczą spostrzeżenia prof. Dra Dietla i spostrzeżenia w klinice lekarskiej prof. Dra E. Korczyńskiego, dokonane przez Piątkowskiego. Skuteczność więc wody krynickiej w chorobach żołądka jest rzeczą znaną i stwierdzoną naukowo. Jak z jednej strony, pisząc o Krynicy, było moim obowiązkiem o tem przypomnieć, tak z drugiej strony obowiązkiem jest tych Kolegów, którzy chorych wysyłają do zdrojowisk, wybierać z dwóch, lub więcej, jednakowe przedstawiających dla chorego korzyści, zdrojowisko krajowe.

Za nowe wskazania do leczenia zdrojowo-kąpielowego w Krynicy uważać należy niektóre choroby serca i skazę moczanową. W pierwszych głównym czynnikiem leczniczym są kąpiele mineralne, które wpływają dodatnio na ułatwienie krążenia krwi i skrzepiają wybitnie mięsień sercowy. Do leczenia tych chorób nadaje się również teren krynicki, a zaprowadzenie koniecznych urządzeń do leczenia terenowego jest już postanowione w najbliższej przyszłości. Co do skazy moczanowej, to w leczeniu jej, według Noordena, najlepszym środkiem okazały się sole wapniowe, które tak obficie występują w wodzie ze źródła głównego.

Spostrzeżenia i wyniki leczenia w Krynicy, tak w chorobach serca, jak i skazy moczanowej, pozwalają rokować uzasadnioną nadzieję, że i ten zakres wskazań znajdzie również obszerniejsze, niż dotąd zastósowanie.

Działanie środków leczniczych właściwych wspiera liczny szereg czynników pomocniczych. Do takich zaliczyć należy własności fizyczne zdrojowiska, wypływające z jego klimatu i wzniesienia ponad poziom morza. Wpływ tych czynników na ustrój zaznacza się na narządzie oddechania i krążenia, a zarazem stanowi silny bodziec dla narządów krwiotwórczych. Obok tego suchy grunt górski, znaczniejsze nasilenie promieni słonecznych, mniejsze wahanie ciepłoty powietrza, jego czystość i większa zawartość ozonu, niebo wreszcie pogodniejsze, stwarzają warunki korzystne dla leczenia.

Stosunki zdrowotne, jakie już sama przyroda daje, należy utrzymywać przez odpowiednie urządzenia na należytej stopie, ulepszać je i pomnażać. I w tym kierunku w ostatnich czasach wiele w Krynicy uczyniono. Rozciągnięto mianowicie ścisły dozór lekarski nad zakładami spożywczymi i nad rzeźnią, wybudowano w roku 1898 dom izolacyjny dla chorych zakaźnych, zaopatrzono zakład w dokładne przyrządy odkażające, i sprowadzono w roku 1899 doskonałą wodę do picia.

W końcu wypada choćby w paru słowach wspomnieć jeszcze o czynnikach znaczenia wprawdzie już niezasadniczego, właściwych każdemu zdrojowisku większemu, które nie zostają bez wpływu dodatniego na przebieg leczenia, szczególniej u chorych nerwowych. Mam tu na myśli zupełną zmianę trybu życia, tak pod względem fizycznym, jak umysłowym, usunięcie się od zajęć zawodowych, przebywanie w świeżem i czystem powietrzu, korzystniejsze zużytkowanie dnia na spoczynek, sen, lepsze odżywianie się, przechadzki i pożyteczne dla zdrowia rozrywki, jakich szczególniej Krynica podostatkiem dostarcza swym gościom kąpielowym.

IV. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Sprawozdanie z działania leczniczego kilku nowszych środków.

Podał

Dr. Jan Opolski

elew kliniki lekarskiej.

(Dokończenie).

Hedonal.

Hedonal (Methylpropylcarbinol-urethan) wzoru

$$\begin{matrix} CH_3 \\ C_3H_7 \end{matrix} > CHOCONH_2$$

przedstawia się jako białe krystaliczne igiełki. Rozpuszcza się łatwo w wyskoku, w wodzie trudno. Smakiem przypomina mentol. Polecanym jest jako środek nasenny. Doświadczenia (prof. Dresera) na psach wykazały, że hedonal nie wywiera żadnego wpływu na narząd krążenia i oddechowy. Ciepłotę ciała ma obniżać, ale dopiero w czasie głębokiego snu. Ilość moczu zwiększa się.

1. Chl. *Neurasthenia.* Najwięcej dokucza chorej bezsenność i uczucie mrowienia, które ma odczuwać po całej skórze. Po dawce 0·5 hedonalu, zażytego o godzinie 9 wieczór, chora zasypia w godzinę. Z małemi przerwami śpi do 7 rano. W 15 minut po zażyciu tego leku, czuje się spokojniejszą, weselszą i stan swój określa słowami: „doznaję jakiegoś uczucia przyjemnego.“ Sen chorej miał być lekki i pokrzepiający. Rano czuje się jakby otumanioną. Ubocznego działania, jak bólów głowy, nudności itd. chora nie odczuwała. Dawkę wkrótce trzeba było podwyższyć do 2 gramów. Sen zawsze występował, ale dopiero w godzinę po zażyciu hedonalu.

2. Ż. *Enteroptosis in ind. nervoso.* Chora ta zgłosiła się do kliniki z powodu bólów głowy i bezsenności. Hedonal w dawce 0·5 i 1·0 nie działa, dopiero 1·5 g. sprowadza sen. Wśród białego dnia, zażywając 2·0 hedonalu przeciw bólom głowy, zasypiała chora na 2 godziny, budząc się bez bólów. Trional w dawce 1·0 sen sprowadzał także, lecz rano budziła się chora z bólami głowy.

3. E. I. 10. *Hysteria maj. gradus.* Dopiero po 2·0 chora zasypiała, ale żaliła się zawsze na silne bóle głowy. Dawką od 0·5—1·5 snu sprowadzić nie można było.

IV. M. *Gonitis rheumatica in ind. nervoso.* Zasypiała zawsze w pół godziny po zażyciu 1·5 hedonalu; budząc się nie skarży się na żadne przypadłości.

V. Dz. *Chloro-anaemia.* Uskarża się na bezsenność. Hedonal w dawce 0·5 i 1·0 snu nie sprowadza; dopiero po zażyciu 2·0 śpi całą noc, budząc się bez bólu głowy. Trional w ilości 1·0 działał usypiająco, ale wywoływał zawsze bóle głowy.

VI. R. *Nephritis mixta.* Chory cierpi na bóle głowy i bezsenność. U tego chorego w 15 minut po zażyciu 2·0 hedonalu występuje głęboki sen, trwający 3 godziny, poczem zażywa chory drugie 2 gramy i w pół godziny zasypia znowu.

Również skutecznym okazał się hedonal przeciw bezsenności, jaka występowała u ozdrowieńców, czy to po zapaleniu płuc, czy też po durze brzusznym. Dawką 1·5 —2·0 sprowadzić można było zawsze sen spokojny bez żadnych następowych przypadłości. Z doświadczeń naszych okazało się, że hedonal w ilości 2·0 sprowadza rzeczywiście sen, z następowem uspokojeniem psychicznem w tych przypadkach tylko, w których bezsenność wywołaną była czy to osłabieniem ogólnem, czy też nerwicami, jak neurastenia lub histerya, ale niezbyt ciężka.

Jak i czy działa w chorobach umysłowych, własnych doświadczeń nie posiadamy. Objawów ubocznych nie zauważyliśmy nigdy.

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8⁰ str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Przeciwieństwem zadumy jest *mania affectiva*, polegająca na intrapsychicznej hiperkinezie, która sprowadza chorobowe ułatwienie i przyspieszenie kojarzenia myśli w postaci tak zwanej gonitwy myśli. Gonitwa myśli nie polega na szybszem przewodnictwie myśli między *A—Z*, toby bowiem świadczyło tylko o wyższem uzdolnieniu i większej bystrości umysłu; lecz polega na tem, że bieg myśli nie jest w *A—Z* tak jednolitym, jak w stanie zdrowia, że każde ogniwo kojarzeń między *A—Z* staje się punktem wyjścia nowych odrębnych myśli, które w stanie zdrowia stanowią uboczne stale stłumiane skojarzenia. Przy prawidłowem myśleniu zachodzi zawsze pewne skupienie, t. j. tłumienie wszelkich ubocznych skojarzeń, któreby były przeszkodą głównemu prądowi myśli. W przebiegu obłędu (manii) braknie tego skupienia, a ztąd bieg myśli jest nieuporządkowany, a sąd rozważny o zdolnościach własnych zniesiony. Na tem tle powstaje uczucie wzmożonych zdolności własnych, które jest przeciwieństwem do uczucia niedomogi własnej u melancholików. W zadumie górowało uczucie nieszczęścia, tu chorobowe uczucie szczęścia i euforyi. Zrazu może jeszcze chory przy wysiłku uwagi chwilowo podołać łatwym sprawom myślenia; jeżli jednak choroba się wzmaga, to myśli mknące stają się coraz bardziej nieuporządkowane i bez związku wzajemnego *(incohaerentia)*, wskutek czego mowa chorych przedstawia beztreściwe bredzenie, a chorzy objawiają zamięszanie. Ten stan cechuje obraz manii z zamięszaniem *(verworrene Manie)*, stanowiący przeciwieństwo do obrazu *melancholiae depressivae.* Zdarza się nieraz, że mania uczuciowa *(mania affectiva)* przechodzi w manię z zamięszaniem i odwrotnie. Z objawem chorobowej euforyi łączy się podniesione poczucie własnej osoby, przebijające się w podniosłem zachowaniu się chorego względem otoczenia. Przekonanie o swej psychicznej wyższości (autopsychiczna dezoryentacya) staje się podstawą zaznaczonego tylko urojenia wielkości,

które jednak niekiedy i to zwykle przygodnie może się stać bardzo wyraźnem wskutek fantastyczności. Chorobowa euforya stwarza także skłonność do wybuchów gniewu; wzmożenie czynności kojarzenia jest znowu powodem ustawicznego zajmowania się wszystkiem [1]), co się w otoczeniu chorych dzieje, jest ono powodem łatwych postanowień i podejmowań działania. Popęd do czynności i mówienia może się spotęgować do niszczenia przedmiotów, otaczających chorego, do tańców, skoków, śpiewów i hałasów. Ważnym objawem jest zrównoważenie (niwelacya) wyobrażeń, które polega na tem, że wskutek wzmożenia pobudliwości dróg intrapsychicznych (hiperfunkcya) zostaje zatartą różnica między wyobrażeniami wartości prawidłowej, a wyobrażeniami nadwartościowemi. Skoro zaś te ostatnie, jak wiemy, stanowią motywy naszego działania, podstawy charakteru, przeto maniacy muszą okazywać zboczenia charakteru z powodu wyrównania wyobrażeń, a zatem braku wyobrażeń nadwartościowych treści etycznej. Zmiana charakteru na gorsze objawi się w wyższym stopniu u tych maniaków, których charakter już w stanie zdrowia pozostawiał do życzenia. Charakter maniaków odznacza się brakiem współczucia dla innych chorych, pewną brutalnością i egoizmem. Chory kradnie, oszukuje i kłamie, usprawiedliwiając zupełnie uczynki te u siebie, a potępiając je bezwzględnie u drugich. Wygórowany zwykle popęd płciowy objawia i zaspakaja w sposób bezwzględny i bezwstydny. W przebiegu manii mogą przygodnie pojawiać się fonemy podniosłej treści; gromadne zaś omamy zjawiają się tylko w manii z zamięszaniem. Stan cielesny chorych przez długi czas jest niezamącony, a przyczyną tego jest podniosły nastrój chorego, który wpływa korzystnie na łaknienie, przemianę materyi i krażenie; natomiast po dłuższem trwaniu choroby znużenie fizyczne, skutkiem nadmiernej ruchliwości i bezsenność, upośledza odżywienie. Mania wybucha zwykle ostro i szybko się wzmaga; utrzymuje się w pewnem nasileniu przez tygodnie lub miesiące, a potem ustępuje nieco wolniej, niż narastała w objawach. Stanowi ona najbardziej uleczalną ze wszystkich ostrych psychóz. W przebiegu jej zdarzają się nieraz wielokrotnie przerwy wolne (*lucida intervalla*), trwające przez kilka godzin lub dni, w których chory przedstawia się znużonym, a nawet przygnębionym, gdy wystąpi świadomość choroby i jej poprzednich objawów (zachowania się chorego). Przerwy te mogą być mylnie uważane za ustępowanie choroby. Rozpoznanie manii łatwe.

Mania porażenna *(mania paralytica)* przedstawia tensam zbiór przypadów, co mania czysta, lecz z dodatkiem objawów ze strony układu rzutowego i wczesnych znamion niedołęztwa, zwłaszcza zaś utraty zdolności zapamiętania. Urojenie wielkości bywa tu zwykle wyraźne o charakterystycznem zabarwieniu fantastycznem i niedołężnem. Mania porażenna może przy wczesnem leczeniu ustąpić, lecz zwykle potem powraca, aby przejść w zupełne niedołęztwo. Postać paranoiczna niedowładu postępowego, czyli *autopsychosis expansiva acuta paralytica* odznacza się ostrem wystąpieniem fantastycznego urojenia wielkości, bez objawów manii, lub objawów defektu (niedołęstwa), względnie i objawów ze strony układu rzutowego. Postać, zwana przez Kahlbauma *progressiva divergens*, odznacza się szybko potęgującem się fantastycznem urojeniem wielkości i objawami czystej manii, przyczem jednak nie przychodzi nigdy do porażeń lub pognębienia duchowego. Postać ta jest bardzo rzadka. Wreszcie zdarzają się stany maniakalne, jużto jako fazy złożonych, okresowych psychóz, już też jako kombinacye dwóch lub kilku zasadniczych postaci chorobowych. Zachodzący między manią a zadumą stosunek przebija się w tem, że 1) lekki stopień jednej z nich zwykł się pojawiać w okresie ozdrowienia z drugiej. Czas trwania takiego stanu maniakalnego pod koniec zadumy lub stanu melancholicznego pod koniec manii, liczy się na dnie lub tygodnie; 2) w tem, że mania należy do chorób, posiadających największą skłonność do nawrotów, przyczem między jednym a drugim nawrotem upływają lata, później skraca się coraz bardziej trwanie tej przerwy wolnej. Rzadziej spotykamy nawroty w zadumie; natomiast może zamiast nawrotu manii pojawić się zaduma tak zwana zastępcza. Wreszcie zdarza się kombinacya obu tych chorób, polegająca na tem, że jedna następuje po drugiej, przyczem rozdziela je przerwa wolna, t. j. stan pozornego zdrowia, trwający albo tak krótko, że uchodzi uwadze naszej, albo też dłużej, przez dnie i tygodnie. Choroba ta zowie się obłąkaniem okresowem. Wybitne postacie tej choroby są nieuleczalne, a rozpoznanie ich możliwe, gdy się już kilka nawrotów manii i zadumy u chorego zauważyło. Zarazem obraz manii i zadumy bywa bardzo nieznaczny tak, iż chorzy na krótki tylko czas tracą zdolność do brania udziału w życiu społecznem. Obłąkanie okresowe nie sprowadza nigdy zniedołężnienia. Czas trwania okresów manii lub zadumy w psychozie okresowej jest o wiele krótszy, niż manii lub zadumy samoistnej, i wynosi średnio kilka miesięcy. Podczas gdy w obłąkaniu okresowem okresy manii są co do objawów zawsze jednakie, to nawroty zwykłej, t. j. manii czystej, przybierają cechy manii z zamięszaniem. Mania ostra nie staje się nigdy przewlekłą. Mania przewlekła zdaje się stanowić zejście innych ostrych psychóz, a odznacza się objawami manii ostrej z cechami choroby przewlekłej, t. j. że gonitwa myśli jest umiarkowana i pozostaje pod wpływem pewnej rozwagi, a wesoły nastrój nie jest tak wybitny. Natomiast chorzy tacy, nie zwracając uwagi na przepisy prawne i obyczajowe, popadają z nimi często w kolizye.

Hiperkinetyczna psychoza ruchowa odznacza się przebiegiem okresowym, przerywanym, przy szybkiem, zwalniającem pojawianiu się nawrotów. Wydarza się ona przeważnie u osób młodych, a u kobiet łączy się z pojawianiem się regularności, lub z okresem połogowym *(mania puerperalis* ginekologów). Pierwszy jej napad poprzedzają nieraz takie zwiastuny, jak bezsenność, bóle głowy, wewnętrzny niepokój, zaburzenia naczynioruchowe. Napad trwa zwykle króciej, niż miesiąc, z wyjątkiem napadów, odpowiadających szczytowi choroby, które są dłuższe. Tak zwana „mania okresowa“ autorów odpowiada po największej części tej w mowie będącej psychozie. Psychoza ta należy do najczęstszych postaci psychóz menstruacyjnych i połogowych, a odznacza się występowaniem rzekomo samoistnych ruchów. Ruchy te są jednakie, powtarzające się, z czasem nawet rytmiczne; ruchom tym chorych odpowiada w mowie wielomówstwo. Ruchy rzekomo samoistne są przesadne, nieraz teatralne (zbliżają się do histerycznych, lecz różnią się od tych tem, że chory je wykonuje, choć się nań nikt nie patrzy) i z wielkim wysiłkiem mięśni podejmowane. Zasadniczą cechę tych ruchów, odróżniającą je od obłędów ruchowych przy kombinowanych złudzeniach i od ruchów reaktywnych przy obłędzie opilczym stanowi ich bezcelowość i bezmyślność. Ruchy te nie mają żadnej psychologicznej podstawy, a są wyłącznym wynikiem zaburzenia identyfikacyi w drodze od *Ż—Cm*, zatem psychomotorycznej. Zwykle nie towarzyszy temu popędowi do ruchów popęd do mówienia; owszem, występuje tu nieraz niemota, jeźli zaś istnieje popęd do mówienia, to polegając również na zaburzeniu dróg psychomotorycznych mowy, przejawia się jako monotonne, bez związku i treści powtarzanie słów urywanych (werbigeracya), potęgujące się czasem do nieuzasadnionego krzyku i ryku. Różnica tej psychozy od manii, odnośnie do popędu mówienia, zasadza się więc na tem, że mowa tu jest monotonną, a zamiast gonitwy myśli zjawia się rozprzężenie myśli (inkoherencya). Stale zauważa się w tej postaci hipermetamorfoza. Powyższe cechy czynią rozpoznanie łatwem, a tylko gdy zachodzi lekki stopień rzekomo samoistnego, czyli psychomotorycznego popędu mówienia, może rozpoznanie sprawiać trudności. W tych razach uderza atoli sprzeczność zachodząca między wysiłkiem chorego, aby treść mowy była uporządkowaną, a psychomotorycznym popędem. Wskutek

[1]) Objaw, zwany „hipermetamorfozą“ zdarza się tylko w manii z zamięszaniem.

tego staje się mowa nienaturalnie śpiewną, deklamującą, o tonie kaznodziejskim, stylu najczęściej biblijnym, o treści jednostajnej i powtarzającej się. Ruchy rzekomo samoistne tych chorych noszą raz cechy dowolnych, innym razem mimowolnych, a są one albo ruchami oddziaływania (reaktywne), albo też początkowania (inicyatywne) lub ekspresyi.

Podobne objawy spotyka się w przypadkach ciężkiej pląsawicy *(chorea minor)* z tą jednak różnicą, że popęd do ruchów nie polega tu już na zaburzeniu psychomotorycznej identyfikacyi, lecz na wypadnięciu wrodzonych wzajemnych czynności mięśni, zatem wprost na objawach porażnych, widocznych w opadaniu głowy ku dołowi, niemożności stania, siedzenia, chodzenia itd. Chorzy ci okazują ogólną niezborność, a mowa ich i połykanie są również upośledzone. Tym ciężkim postaciom pląsawicy towarzyszą nieraz objawy maniakalne, t. j. popęd do mówienia, gonitwa myśli, bezwzględność odnośnie do zasad etyki, drażliwość i skłonność do gniewu. Czasem zdarzają się postacie przejściowe między hiperkinetyczną psychozą ruchową a psychozą pląsawiczą. Hiperkinezę tych postaci można nazwać popędem pląsawiczym do ruchów. Spotykamy go nieraz w stanach popadaczkowych głębokiego zamroczenia, a bywa on wtedy krótkotrwałym, t. j. najwyżej kilkodniowym. Spotykamy go także w niedowładzie postępującym, przyczem w początkowym okresie tej choroby bywa on jednostronnym i podobnym do ruchów typowej pląsawicy, w końcowym zaś jej okresie przedstawia się jako tygodniami trwające taczanie się zapomocą tułowia, zdaje się także w stanie zamroczenia. Przeciwieństwo do tych stanów podrażnienia, udzielających się ruchowemu polu rzutowemu, stanowią czynności popędowe, np. popędowe rzucanie przedmiotami, popędowe wymawianie obelżywych słów i t. d., które powstają wskutek hiperkinezy. Czasem znowu afekt bezradności w przebiegu psychóz zniewala chorego do różnych ruchów, np. niespokojnego błądzenia, zmiany miejsca, monotonnego jęczenia, kurczowego chwytania się osób drugich i t. d. Te ruchy bezradnego ruchowego niepokoju są psychologicznie usprawiedliwione afektem, chociażby nawet chorobowym. W hiperkinetycznej psychozie ruchowej zauważa się czasem hipermetamorfotyczny popęd do ruchów. Tasama bowiem przyczyna, która wywołuje hipermetamorfozę i zmusza chorego zwracać uwagę na obecne wrażenia zmysłowe, musi także skłaniać go często do podjęcia ruchów, wiążących się z temi wrażeniami zmysłowemi. Tak np. gdy chory musi zwrócić swą uwagę na umywalnię, poczyna się myć. Ten hipermetomorfotyczny popęd do ruchów zdarza się także w stanach majaczeń, np. w niedowładzie postępującym. Z powyższych uwag wynika, że w przebiegu różnych ostrych psychóz, a więc nietylko w hiperkinetycznej psychozie ruchowej, występuje mniej lub więcej silny niepokój ruchowy, będący wynikiem różnych przyczyn. Laik nazywa każdy niepokój obłąkanych szaleństwem gwałtownem *(Tobsucht)*, które zatem nie stanowi żadnego rozpoznania, a tylko nazwę popularną jednego objawu, wywołanego w różny sposób. Rozpoznanie hiperkinetycznej psychozy nie sprawia trudności, jeźli się uwzględni jako główną jej cechę, t. j. jako pierwotny objaw, popęd do psychologicznie nieusprawiedliwionych ruchów, Psychozę tę możnaby pomięszać tylko z manią, zwłaszcza z zamięszaniem, zwykle także nawracającą okresowo. Rokowanie zwykle jest dobre, nawet bez względu na zachodzące obciążenie dziedziczne. Leczenie winno polegać na leżeniu w łóżku na kilkogodzinnych, lub nawet stałych, ciepłych kąpielach. Podawanie narkotyków i środków sen wywołujących jest przeciwwskazane; natomiast stosowanie podskórne hyoscyny w dawkach od $^1/_4$ do $^1/_2$ mlg. ma bardzo korzystny i zdaje się swoisty wpływ.

Mania z zamięszaniem przedstawia psychozę, która się zaczyna i kończy objawami manii, zaś na szczycie swym traci znamiona manii, a zyskuje różne, nieodpowiające manii objawy. Z objawów manii istnieje w tym obrazie gonitwa myśli i popęd do ruchów i do mówienia; z objawów obcych manii występują zaburzenia identyfikacyi psychosensoryczne i psychomotoryczne, jako skutki podrażnienia. Jeżeli wstępny i końcowy okres czysto maniakalny jest krótkim, to możnaby taki obraz manii z zamięszaniem nazwać także zamięszaniem ruchliwem *(agitirte Verwirrtheit)*, zależnie od jakości zaburzeń psychoczuciowem lub psychoruchowem. W pierwszym razie polega ruchliwość chorego na odruchowym popędzie do mówienia i popędzie do ruchów wskutek podrażnienia sfery psychoczuciowej; w drugim razie obraz zgadza się z hiperkinetyczną psychozą ruchową. Zwykle zachodzą postacie mięszane, t. j. polegające na zadrażnieniu obu sfer: czuciowej i ruchowej; istnienie postaci czysto ruchowej jest jeszcze wątpliwe.

Gonitwa myśli, będąca wyrazem intrapsychicznej hiperfunkcyi, pozwala wyróżnić co do swego natężenia trzy stopnie. Pierwszy stopień uporządkowanej i drugi bezładnej gonitwy myśli zachodzą jeszcze w czystej manii; pierwszy stopień odznacza się nadto i tem, że kojarzenie myśli odbywa się wedle treści, drugi zaś stopień tem, że myśli kojarzą się wedle podobieństwa brzmienia, rymu itd. Trzeci stopień gonitwy myśli, zachodzący tylko w manii z zamięszaniem, odznacza się rozprzężeniem (inkoherencyą) myśli, i odpowiadające im, popędowo wymawiane słowa (nieraz tylko części słów) nie stoją ze sobą w żadnym związku. Mania z zamięszaniem stanowi nieraz okres szczytowy czystej manii; najczęściej zdarza się ona jako mania okresowa, której napady poprzedzają u kobiet pojawienie się miesiączki.

Okresowa maniakalna alopsychoza odznacza się objawami manii z zamięszaniem, a nadto zapoznawaniem przez chorych miejsca, czasu, przedmiotów, osób i położenia, słowem alopsychiczną dezoryentacyą, nie dającą się wytłómaczyć nawet bardzo znacznem rozprzężeniem myśli (inkoherencyą).

Postaci, którą Meynert nazwał „amentia“, a inni autorzy „ostrem obłąkaniem“, „zaduma z podnieceniem, z otępieniem“ itd., W. nie uznaje za jednostkę chorobową, albowiem obejmuje ona tak, jak ją zresztą genialnie opisał i określił Meynert, ostre auto-, alo-, somatopsychozy, psychozy ruchowe i wzajemne ich kombinacye. Ponieważ skojarzenia w zakresie świadomości cielesności są najsilniejsze i najtrwalsze, mniej ścisłemi zaś są skojarzenia w zakresie świadomości świata zewnętrznego, a najmniej ścisłe w zakresie świadomości własnej osoby, przeto każda szkodliwość najpierw niszczy skojarzenia, tyczące się świadomości własnej osoby, potem świata zewnętrznego, a najpóźniej cielesności.

Obraz pierwotnego zamięszania *(primaere Verwirrtheit)* polega na wyczerpaniu czynności myślenia, zatem na defekcie przy braku gonitwy myśli. Skutkiem wyczerpania umysłowego istnieje brak alopsychicznego oryentowania się, chorzy nie rozumieją nieco zawilszych pytań, na proste zaś zapytania, skoro usilnie zwróci się im na nie uwagę, odpowiadają trafnie. Z powodu wyczerpania zdolności kojarzenia uderza, jak u tych chorych każda podnieta z trudnością, lub wcale się nie udziela dalszym ogniwom kojarzenia. Chorzy ci nie ulegają silnym afektom. Stan ten, stanowiący przeciwieństwo do opisanego już ruchliwego zamięszania, możnaby nazwać zamięszaniem astenicznem, odznaczającem się nadto trudnością skupienia uwagi, upośledzeniem zdolności zapamiętania, ogólnem osłabieniem cielesnem i podupadłem odżywieniem. Stan ten stanowi zwykle następstwo ostrych psychóz wyniszczających, zwłaszcza manii z zamięszaniem, wobec czego nazwa jego „pierwotne zamięszanie“ może się odnosić tylko do rzadkich przypadków, w których tensam obraz z dodatkiem objawów ruchowego i czuciowego podrażnienia (jednostajnymi rzekomo samoistnymi ruchami, hipermetamorfozą i fonemami) występuje samoistnie i po kilkomiesięcznem trwaniu kończy się zupełnem wyzdrowieniem. (C. d. n.).

VI. Wyciągi.

Krummacher. **Przyczynek do techniki i wskazań rozszerzania macicy.** *(Berl. klin. Wochen. 1901 Nr. 11)*. W klinice Gusserowa używają do rozszerzania przewodu szyjki macicznej balonów gumowych Champetier de Ribesa, przechowywanych na sucho, które dopiero przed użyciem oczyszczają zwykłem mydłem i następnie odkażają sublimatem. Używają ich głównie przy wskazaniach szybkiego ukończenia porodu, przy przedwczesnym odpływie wód w przypadkach, gdzie się ma wykonać obrót zapobiegawczy i przy łożysku przodującem. Jeżeli ujście jest tak mało rozwarte, że najmniejszy nawet numer balonu wprowadzić się nie da, to wprowadza się do ujścia we wzierniku odpowiednie rozszerzadła, a uzyskawszy należyte rozszerzenie ujścia zakłada się dopiero balonik. Postępuje się w ten sposób tylko przy wskazaniu szybkiego ukończenia porodu, gdyż zazwyczaj rozszerza się przewód szyjki tylko gazą, wprowadzoną na kilka godzin do szyjki. O ile rozszerzenie ujścia dozwala, — zakłada się zawsze balon we wzierniku; przy bardziej rozszerzonem ujściu wprowadza się balon po palcach. Jeżeli główka stoi nizko, założenie balonu jest trudnem, a nieraz niepotrzebnem. Czas pozostawienia balonu według przytoczonych historyj chorób wynosił od $2^1/_2$ do 30 godzin. [Czy nie sprowadza jakich złych następstw pozostawienie balonu przez czas tak długi, jak 30 godzin, autor nie podaje. *Przyp. Spraw.*] *P.*

Steffeck. **Przyczynek do leczenia macicy, chorobowo ustalonej.** *(Deutsch. med. Wochen. 1901 Nr. 10—11)*. Ustalenie macicy tyłozgiętej sprowadzają przebyte sprawy zapalne na tle rzeżączkowem, połogowem albo po wykonanych zabiegach operacyjnych, nadto sprawy niezakaźne, jak krwotoki z trąbek i jajników, oraz nowotworowe narośle na macicy.

Objawami ustalenia są pojawiające się zmiennego nasilenia bóle, nieregularne krwawienia i niepłodność. Aby wybrać odpowiednio skuteczne leczenie, należy rozpoznać, gdzie i jakie są zrosty, czy są szerokie i zajmują całą ścianę macicy, czy są postronkowate i odchodzą od ściany macicy lub jej rogów, wreszcie — czy prócz macicy są w zrostach i części dodatkowe. Rozpoznanie ułatwia podnoszenie macicy na zgłębniku; pamiętać jednak należy, aby tak zgłębnik, jak i pochwa były przed zastosowaniem zgłębnika należycie odkażone, nadto aby zaniechać tego rękoczynu przy sprawach zapalnych, upławach, a przy podnoszeniu macicy nie używać siły.

Przy ostrych sprawach zapalnych poleca S. spokój, okłady lodowe i czopki z makowcem, dopóki nie ustąpią bóle. Przy sprawach przewlekłych, ale z bolesnością w częściach dodatkowych, stosować tamponowanie pochwy z równoczesnem obciążeniem powłok, gdyż jeżeli ustalenie macicy było spowodowane zmianami w przydatkach, to z ich wyleczeniem nastąpi i ruchomość macicy. Przy zrostach, ustalających samą macicę, żadne leczenie nie daje dobrych wyników: tak gorąco polecane miesienie daje nawet przy zrostach cienkich i rozciągliwych wątpliwy wynik co do doszczętnego usunięcia cierpienia; przy zrostach zaś rozleglejszych pozostaje bez skutku. Jedynie zabieg operacyjny usuwa ustalenie macicy. Z zabiegów operacyjnych zachwala autor szczególnie swój sposób, tak zwany *hysterolysis vaginalis*. Operacyę tę wykonuje S. w ten sposób, że po należytem oczyszczeniu pochwy podnosi kleszczykami część pochwową ku górze i przecina tylną ścianę pochwy, przez powstały otwór oddziela na tępo wszystkie zrosty od macicy i jajników, następnie ściąga część pochwową ku tyłowi, przecina przednią ścianę pochwy, oddziela pęcherz i na tępo rozrywa wszystkie zrosty od przodu macicy. Uruchomiwszy należycie macicę zeszywa przecięte ściany pochwy, przyszywając równocześnie przednią ścianę macicy do przedniej ściany pochwy (*vaginofixatio)*. Operacya ta daje dobre zawsze wyniki, jeżeli było samo ustalenie macicy bez zmian w częściach dodatkowych. Przy równoczesnych zmianach w częściach dodatkowych należy przedsiębrać operacyę tylko wtenczas, jeżeli leczenie zachowawcze zostało całkowicie wyczerpane i wtedy do operacyi tej należy dodać wyłuszczenie zmienionych części dodatkowych i potem dopiero wykonać przyszycie macicy do pochwy.

Według zdania autora nie wystarczy samo oddzielenie zrostów macicy od tyłu; koniecznem jest oddzielić także i zrosty od przodu: mając zaś dostęp do macicy od przodu lepiej od razu wykonać przymocowanie macicy do pochwy, aniżeli później robić dodatkową operacyę Alexandra—Adamsa. Uruchomienie macicy przez laparotomię z następowem przyszyciem macicy do powłok *(ventrofixatio)* należy robić tylko przy znacznych zmianach w częściach dodatkowych. *P.*

Klebs. **W sprawie leczenia gruźlicy.** B. Zakażenie przez przewód pokarmowy. *(Münch. med. Wochs. 1901 Nr. 16)*. Jak wiadomo, przypisuje K. wśród szkodliwych działań prątka gruźliczego najważniejsze znaczenie zatruciu jadami (toksynami) gruźliczymi; wynaleziony zaś przez K. środek, tuberkulocydyna (TC), ma rzekomo obok innych posiadać silne własności antytoksyczne i dzięki temu jest, zdaniem K., skutecznym lekiem w gruźlicy niepowikłanej. (Porównaj sprawozdanie w *Przeglądzie lek.* 1901. Nr. 1 str. 7). Obecnie stara się K. wykazać, że nie tylko w gruźlicy płuc, ale i w gruźlicy przewodu pokarmowego główną rzeczą jest działanie nie samego prątka, ale jego jadów. Tem tłomaczy K., dlaczego w niektórych doświadczeniach, zmierzających do wywołania pierwotnej gruźlicy jelit, nie zdołano wywołać pierwotnych zmian w ścianie jelita, lecz naprzód powstawały zmiany w gruczołach krezkowych o cechach zołzów: zdaniem Klebsa i u ludzi podobnie rozwija się zakażenie przez przewód pokarmowy. W takich przypadkach odgrywają rolę, zdaniem K., przedewszystkiem jady, wessane z zawierających je pokarmów zakażonych, a nie znikające z pokarmów nawet wtenczas, gdy się z nich przez wyjałowienie usunie same prątki gruźlicze. Pokarmem takim jest, zdaniem K., przedewszystkiem masło. Wniosek ten opiera K. na spostrzeżeniu, dokonanem na sobie samym. Mianowicie cierpiał on przez pewien czas na uporczywy wyprysk rąk, który uważa za osutkę, (Tuberkulid) wywołaną przez jady gruźlicze, wchłonięte z masłem, spożywanem przez siebie w owym czasie w obfitej ilości. Dowodem tego ma być szybkie wyleczenie wyprysku po wcieraniach tuberkulocydyny w miejsca zajęte, oraz wykazanie w dwóch próbkach masła jakichś istot trujących, działających na zwierzęta w sposób podobny, jak toksyny gruźlicze. [Już w dawniejszych rozprawkach przytoczone przez K. na poparcie swych zapatrywań „dowody“ mało wzbudzały zaufania; o obecnej rozprawce powiedzieć to można w wyższym jeszcze stopniu. *Spraw.*] *C.*

Gerlach. **Przypadek porażenia miejsca przyczepu łożyska.** *(Münch. med. Wochen. 1901 Nr. 11)*. Zestawiwszy dostępne sobie piśmiennictwo podaje autor przypadek przez siebie spostrzegany. Dotyczył on pierwiastki, u której po porodzie kleszczowym i odejściu łożyska wystąpiło stałe, ale nie bardzo obfite krwawienie. Poszukując za przyczyną krwawienia znalazł G. w macicy, zupełnie dobrze skurczonej, zagłębienie lejkowate. Wprowadziwszy rękę do jamy macicznej, znalazł w jej wnętrzu guz, odpowiadający lejkowatemu zagłębieniu. Odprowadzenie zagłębienia i następowe miesienie między obu rękami nie mogło sprowadzić skurczu tego odcinka macicy; tak samo ujemny dały wynik przestrzykiwania na przemian zimne i gorące, a nawet i tamponada macicy sposobem Dührsenowskim. Krwotok ustał dopiero po zatamponowaniu macicy gazą, zamaczaną w roztworze sześciochlorku żelaza. *P.*

W. Albert. **Zabieg w porodzie przy miednicy ścieśnionej, polegający na wykonaniu obrotu z natychmiastową ekstrakcyą.** *(Münch. med. Wochen. 1901 Nr. 14)*. U pierwiastek ze ścieśnioną miednicą, u której sprzężna *(conjugata vera)* wynosi $7—9^1/_2$ ctm., należy pozostawić poród siłom przyrody; u wieloródek, według autora, trzeba zawsze wykonać obrót z natychmiastową ekstrakcyą. Aby obrót był lekki i możliwa natychmiastowa ekstrakcya, trzeba starać się utrzymać pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia; w tym celu należy do pochwy zakładać balon w celu podparcia pęcherza. Balonu używa się także dla rozszerzenia ujścia po przedwczesnym odpływie wód i dla wywołania silniejszych bólów porodowych.

Przejście główki przez ścieśnioną miednicę ułatwia ułożenie rodzącej w pozycyi Walcherowskiej; pierwiastkę zaraz po odejściu wód należy ułożyć w tej pozycyi, wieloródkę zaś, jeżeli się dobrze i dużym odcinkiem wstawi główka do wchodu. Przy ekstrakcyi, uwalniając główkę sposobem Veit-Smeliego, z chwilą kiedy się dojdzie palcami do ust dziecka, należy opuścić nogi rodzącej w pozycyę Walcherowską, a wtenczas przeprowadzenie główki przez miednicę ścieśnioną będzie łatwiejsze. *P.*

Loiman. **Zastosowanie kwasu węglowego przy zaburzeniach w miesiączkowaniu.** *(Wiener. klin. Wochen. 1901 Nr. 15)*. W kąpielach gazowych doprowadza się kwas węglowy wprost ze źródła, obfitującego w gaz ten, zapomocą rurek do zbiornika, w którym siedzą chorzy, mając głowy umieszczone po nad zbiornikiem. Kwas węglowy, jako cięższy od powietrza, wypełnia cały zbiornik od dołu; nadmiar dopływający odpływa przez otwory, umieszczone u góry, ale zawsze poniżej głowy chorego. Przy tuszach gazowych, używanych w cierpieniach kobiecych, kwas węglowy puszcza się z doprowadzającej rurki do części rodnych przez zwykłą kankę, albo wziernik Holzera. Oba te jednak sposoby niedozwalają kontrolować ilości dopływającego kwasu węglowego, dlatego podaje L. nowy, przez siebie wynaleziony przyrząd, który składa się ze zwykłego wziernika rurkowego, mającego na końcu zewnętrznym szczelnie przylegającą nakrywkę. W środku nakrywki znajduje się otwór z rurką do doprowadzenia gazu: z boku druga rurka odprowadzająca gaz, połączona z odpowiednim przyrządem, który przy naj-

mniejszym przepływie gazu wydaje dźwięk. Użycie jest łatwe i pozwala regulować ilość dopływającego kwasu węglowego. Założywszy wziernik tak, że obejmuje część pochwową, zakłada się na jego koniec zewnętrzny nakrywę, łączy rurkę doprowadzającą ze zbiornikiem kwasu węglowego; przepływający gaz skierowuje się wprost na część pochwową i wypływając rurką odprowadzającą przez odpowiedni przyrząd, wydaje dźwięk tem silniejszy, im mocniejszy jest prąd gazu, co reguluje się zapomocą kurka w rurce doprowadzającej. Pod wpływem kwasu węglowego następuje zaczerwienienie części pochwowej i zwiększona wydzielina; dlatego autor poleca zastosować to leczenie w skąpem miesiączkowaniu, braku miesiączki, ale bez zmian anatomicznych w częściach rodnych, i przy znacznej otyłości.
P.

J. Rosenberger. **Przyczyny zgorzeli karbolowej** (badania doświadczalne) *Würzburg. A. Stubers Verlag* (*C. Kabitsch*) *1901*. Przeciwgnilne leczenie ran obok olbrzymich zalet posiada jednak wady i kryje w sobie niebezpieczeństwa, nie zawsze dające się uniknąć, bez względu na to, czy użyto do opatrunku roztworu karbolu, sublimatu lub jodoformu. Oprócz przykrych dla lekarza i chorego drobniejszych działań ubocznych, jak trętwienie i rozmaite inne parestezye, wyprysk i t. p. nie należy zapominać, że zbyt długie działanie środków przeciwgnilnych może wywołać miejscową zgorzel, a rozleglejsze zastosowanie — ogólne zatrucie i nawet śmierć. Z powodu przypadku obumarcia i utraty całego członka palca wskutek zbyt silnego działania kwasu karbolowego, użytego przez zbyt gorliwego kapitana u pewnego majtka do opatrunku nieznacznego skaleczenia, podjął autor cały szereg doświadczeń, aby wyjaśnić właściwą przyczynę zgorzeli karbolowej i wykryć środki, któreby w podobnych przypadkach działały zapobiegawczo. Z doświadczeń tych wynikło, że kwas karbolowy, przyciągając chciwie wodę, osusza naprzód powierzchowne warstwy naskórka, przez co, a może także i przez działanie samegoż kw. karbolowego, naskórek częściowo przynajmniej obumiera i dozwala kwasowi karbolowemu zadziałać na głębsze tkanki. Jeżeli to szkodliwe działanie nie dochodzi wysokiego stopnia, jeżeli silny prąd krwi i limfy rozcieńcza i spłókuje kw. karbolowy, wówczas może jeszcze wszystko się wyrównać; jeżeli jednak to nie nastąpi, wówczas zaczyna kw. karbolowy działać na ściany naczyń, pobudza je do skurczu, przyczem krążenie się zwalnia. Zwolna powstaje przez to zastój w krążeniu; znacznie później dopiero wytwarzają się zakrzepy, gdyż kwas karbolowy posiada własność opóźniania sprawy krzepnięcia krwi. Równocześnie ulega zwolnieniu i w końcu zastojowi krążenie limfy, a to zarówno wskutek bezpośredniego działania kw. karbolowego na naczynia limfatyczne, jak i pośrednio w następstwie zaburzeń w krążeniu krwi. Zastój zaś krwi i limfy sprowadzają w końcu obumarcie tkanek. Okoliczność, że kw. karbolowy zwalniając krążenie, opóźnia także powstawanie zakrzepów, ma o tyle znaczenie, że podniecając krążenie (zapomocą np. ruchów) można zapobiedz zastojowi krwi, a w następstwie i zgorzeli. Szczegół ten zauważano już dawniej (Kunkel). Czynne ruchy części ciała, poddanej działaniu karbolu, przyspieszają jego wymycie z tkanek: wprawdzie przytem może nastąpić ogólne zatrucie, jednakże zazwyczaj zostaje wówczas kw. karbolowy bez dalszej dla ustroju szkody przez nerki wydalony. Oczywiście brak ruchu ułatwia szkodliwe działanie miejscowe kw. karbolowego, którego zgęszczenie potęguje się przytem przez parowanie: w tych razach nie można karbolu wykryć w moczu. *Z.*

Homa (Berno): **Cierpienia stawów w przebiegu płonicy.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12, 1901). W przeciwieństwie do postaci ropnych pojawiają się najczęściej surowicze zapalenia stawów w przebiegu płonicy w pierwszym lub drugim tygodniu choroby, rzadziej już w trzecim i czwartym. Podniesiona ciepłota ciała, bolesność i obrzęk stawów są wybitnemi cechami; zwykle bywa kilka stawów chorobą dotkniętych, najczęściej staw nadgarstkowy, rzadziej kolanowy, łokciowy, barkowy lub biodrowy, bardzo rzadko zaś — szczękowy. Cierpienie trwa krótko, rokowanie jest dobre, — wyleczenie może nastąpić samoistnie; przetwory salicylowe nie zawsze skutkują, natomiast dobrze działają okłady Priessnitzowskie. Często także można napotkać zmiany w śródsierdziu. *Dr. Henryk Pisek.*

Fr. Procházka. **O związku między urazem a gruźlicą.** (*Sbornik klinicky*, T. II, Z. 2). Autor przytacza przypadki gruźlicy płuc, opłucnej, krtani, otrzewnej, opon mózgowych, kości, stawów, pochewek ścięgien i jąder, w których choroba rozwijać się poczęła po poprzednim urazie. Najczęściej bywa tak, że cierpienie istniało już przed urazem; ten jednak ujawnił gruźlicę, przeprowadzając ją ze stanu utajonego w okres ostry. Zwłaszcza w gruźlicy kości i stawów uraz ma wielkie znaczenie. Gruźlica tych narządów, zdaniem autora, nigdy nie bywa pierwotną, lecz zawsze poprzednio już zajęty bywa ten lub ów narząd, a dopiero uraz sprawia, że gruźlica z swego ogniska pierwotnego przenosi się i zajmuje staw lub kość. Całą rozprawę oświetla autor ze stanowiska przyznania lub odmówienia choremu renty, odszkodowania etc. *Herman.*

Dr. C. Lauenstein. **Przyczynek do ocenienia uszkodzeń części miękich stawu kolanowego i wykrycia źródła krwotoku.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901 Nr. 6). W przypadku wybroczyny śródstawowej kolana (haemarthros genu) L. nakłówa staw w okolicy na zewnątrz i ku górze od rzepki, wypuszcza krew i zakłada opatrunek ustalający. Cienkim zgłębnikiem, wprowadzonym przez kaniulę trójgrańca po wypuszczeniu krwi, wymacać się udało L. nieraz pęknięcie, względnie naddarcie torebki. Odkrycie to spowodowało, że autor obecnie zawsze nawsze nakłówa staw i opróżnia go, gdyż wtedy łatwiej brzegi rany zbliżyć się mogą, a na zlepienie i zrośnięcie ich wpływa korzystnie następowe ustalenie stawu.
Herman.

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Marcuse (Mannheim). **O najnowszych przetworach żelaza i krwi i ich stosowaniu w praktyce lekarskiej.** (*Die Heilkunde. Zeszyt 4, 1901*).

1. Feratyna wyrabia się z wieprzowej wątroby; jest związkiem żelaza, który, spożywany w prawidłowych warunkach z codziennemi potrawami, szybko się wchłania i usadawia się w tkankach, a szczególniej w wątrobie; tutaj służy z jednej strony jako zapasowy czynnik dla wytwarzania krwi, a z drugiej odgrywa ważną rolę w sprawach odżywczych tkanek. Feratynę podaje się w jednorazowych dawkach po 0·5—1·5 dziennie, lub też dzieli się tę samą ilość na 2—3 części; dawka 0·5 odpowiada 0·03 metalicznego żelaza.

Liczni autorowie badali działanie tego przetworu i wpływ jego na ustrój: Filippi doszedł do wyniku, że feratyna bynajmniej nie wpływa szkodliwie na przewód pokarmowy i zachowuje się zupełnie tak samo, jak inny każdy środek odżywczy, bogaty w żelazo. Jaquet i Kündig stwierdzili po stosowaniu feratyny większe łaknienie i podniesienie wagi ciała. Badania wreszcie Friesera potwierdziły wyniki poprzednich autorów, lecz autor ten zaleca wyższe dawki (1·00—2·00 2—3 razy dziennie) z domieszką cokolwiek rzewienia. Te same własności okazywały także kołaczyki feratynowe i *liquor ferratini*, czyli feratosa. Wobec tych zachwalających ogłoszeń, podających feratynę jako łatwo chłonący się przetwór w wszystkich postaciach błednicy i niedokrewności, nowsze prace zajmują zupełnie odmienne stanowisko. Badania Lipskiego wykazały, że sztuczna feratyna inaczej się zachowuje, aniżeli ustrojowa, w szczególności zaś, że po spożyciu nie zamienia się na silny związek żelaza; a powtóre, że nie jest identyczną z żelazem wątroby — okoliczności, które za jednym zamachem usunęły podstawę teoretyczną, na której się opiera zastosowanie sztucznej feratyny. Do tego przyczyniły się także spostrzeżenia Quinckego i innych, stwierdzające szkodliwy wpływ tego przetworu na żołądek: uczucie gniocenia, odbijanie, wymioty i t. p. Nie ziściła więc feratyna nadziei w niej pokładanej, jako „organicznym przetworze białkowatym.“

2. Karniferyna przedstawia się jako proszek brunatny bez zapachu, o smaku podobnym do smaku wyciągu mięsnego: zawiera niespełna 30% żelaza. Hall stwierdził wessalność tego przetworu u zwierząt, a nieszkodliwość na sobie samym; inni klinicyści (Riemer, Frisch, Drasche) znaleźli większą ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, niemniej wzrost wagi ciała u niedokrewnych po stosowaniu karniferyny. Podawana zwykle bywa w proszku, w ilości 0·30 4 razy dziennie.

3. Fersan, proszek barwy czekoladowej, rozpuszczalny w płynach, nie ścinający się przy gotowaniu, wessalny tylko w jelitach, skutkiem czego wykluczone są następowe zaburzenia ze strony żołądka. Nowy ten przetwór (zawierający składniki krwi, białko, żelazo i fosfor) może być podawany w zimnych napojach, mleku, kakao, herbacie i t. d. Dotychczasowe wyniki są wielce zachęcające.

4. Białkany i peptony żelaza. Z starszych, jeszcze obecnie używanych, zasługują na uwagę *Liquor ferri albuminati Drees*, czysty lub w połączeniu z roztworem Fowlera, z nowszych najwięcej znanych, t. zw. esencya żelazowo-peptonowa Pizzala, *Hamaticum Glausch*, *Liquor mangano-peptonati Gude*, *Liquor ferro-mangani saccharati i peptonati Helfenberg*. Ostatni jest przetworem o smaku nader przyjemnym, poprawia łaknienie, ogólne odżywienie i podnosi wagę ciała w krótkim czasie; szczegóły te zostały stwierdzone na 120 przypadkach niedokrewności. Wszystkie powyżej przytoczone leki stosuje się w ilości 2—3 łyżek stołowych dzien-

nie. Do rzędu tych przetworów należy jeszcze *Tinctura ferri Athenstädt*, podobna co do swego chemicznego składu do używanego *ferrum oxydatum saccharatum*, które zawiera 0·2% metalicznego żelaza. Liczne doświadczenia (Rossbach, Schauta, Kahlbaum) dały znakomite wyniki; przetwór bywa łatwo strawiony i działa skutecznie.

5. Somatoza z żelazem jest proszkiem jasno brunatnym, prawie bez smaku i zapachu, łatwo się rozpuszczającym w ogrzanych płynach i zawierającym około 2% żelaza. Doświadczenia Roosa poczynione z tym przetworem wypadły korzystnie; u chorych niedokrwownych podnosiła się waga ciała, łaknienie się wzmagało, zarówno jak i ilość hemoglobiny. Badania innych autorów wykazały nadto, że somatoza pomyślnie wpływa na zaburzenia, wynikające z zwiotczenia jelit, mimo że była podawaną bez szkody przez kilka tygodni. Również znakomicie działa somatoza w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych (błonicy, płonicy, odrze i t. d.), w ogóle w wszystkich stanach wycieńczenia. *Dr. Henryk Pisek.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 29 marca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck. Obecnych członków 48.

I. Kol. Rydygier demonstruje ośmioletniego chłopca, u którego wykonał *resectio recti* z powodu raka galaretowego. Zarazem okazuje uzyskany przez zabieg nowotwór i preparaty mikroskopowe, a omawiając swój przypadek, wylicza znane przypadki raka w wieku wczesnym; z tych najwcześniejszy dotyczył dziecka 12-to letniego.

W ciągu rozpraw kol Baracz wspomina o nowym złożonym sposobie wyłuszczania odbytnicy, poleconym przez Gaudiera, Chalota, Giordano i Quenu, wobec nowotworów przechodzących na jelito esowate. a polegającym na wyłuszczeniu odbytnicy przez laparotomię i przez międzykrocze lub od strony kości krzyżowej. Sposób ten polega na wykonaniu laparotomii, podwójnem podwiązaniu i przecięciu poprzecznem jelita esowatego, wgłobieniu i zaszyciu ramienia doprowadzającego, założeniu sztucznej odbytnicy na ramieniu doprowadzającem i na wyłuszczeniu ramienia odprowadzającego przez międzykrocze, lub cięciem około kości krzyżowej. Przez zamknięcie otworu stolcowego daje się potem odbytnica wyłuszczać jako ślepy aseptyczny worek. Giordano, Chalot i Quenu podwiązują przedtem tętnicę biodrową wewnętrzną i odbytnicową dolną, przez co zabieg ten daje się wykonać bezkrwawo. Operacya ta dała dotychczas w rękach autorów francuskich bardzo dobre wyniki. Kol. B. widzi w tym sposobie operowania znaczny postęp techniki i korzyści, gdyż zabezpiecza przed krwotokiem i zakażeniem gnilnem (największe niebezpieczeństwa dotychczasowych sposobów) i przed nawrotami choroby.

Kol. Ziembicki w odpowiedzi kol. B. zaznacza, że sposób ten zaniechany, gdyż dla zaoszczędzenia utraty krwi przedłuża przeszło o godzinę i tak ciężki zabieg operacyjny.

II. Kol. Rydygier demonstruje chorą, u której z powodu opadnięcia trzew (choroba Glenarda) wykonał drogą laparotomii umocowanie ich do ścian jamy brzusznej. Objawy ustąpiły, chora ma się dobrze, kol. R. obiecuje ją po roku pokazać.

W rozprawach kol. Wechsler wyraża zapatrywanie, że t. zw. choroba Glenarda nie jest chorobą samoistną. lecz objawem spowodowanym niedokrewnością lub cherą.

Kol. Rencki podnosi, jak często spotykać można obniżenie nawet bardzo znaczne trzew w jamie brzusznej, a mimo tego niezawsze ono daje tak ciężkie objawy, jak u przedstawionej chorej Co należy winić w danym przypadku, rozstrzygnąć trudno Stiller obwinia układ nerwowy, a nawet uważa on osłabienie układu nerwowego za wrodzone; ma ono usposabiać do późniejsze stwierdzić się dającej choroby Glenarda. Być może, że to niezwykłe obniżenie i ruchomość trzew mogło być w tym przypadku przyczyną upośledzenia sprawności mechanicznej przewodu pokarmowego, jednak zbyt wielkiem ono nie było. skoro żołądek naczczo znajdowano próżnym. Zaburzenia w chemizmie żołądka nie można obwiniać o przyczynę takich dolegliwości, tembardziej, że częste badania żołądka w klinice lwowskiej, jak na to zwrócił uwagę prof. Gluziński, wykazywały albo stosunki prawidłowe, albo częściej jeszcze niedomogę wydzielniczą kwasu solnego. W leczeniu choroby Glenarda odpowiednio stosowana dyeta, arsen podskórnie, podpaska brzuszna, ogólne mięsienie. często znacznie poprawia stan chorych. W przypadkach rozpaczliwych, pociągających nieraz znaczne wyniszczenie ustroju, usprawiedliwionym będzie i zabieg operacyjny, a przekonuje o tem nas obecnie demonstrowany przypadek, gdzie wynik jeśli tylko będzie trwałym, nazwać można znakomitym.

III. Kol. Ruff przedstawia chorego z *spondylosis ankylotica* i omawia wyczerpująco ten przypadek. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Mars zwraca uwagę, że zdjęcia röntgenograficzne w danym przypadku mogłyby być bardzo ciekawe ze względu na ustawie kości miedniczych.

Kol. Rencki uważa przypadek kol. Ruffa również za postać zesztywnienia stosu pacierzowego, opisanego przez Marie, gdzie także zajęte są i duże stawy, które zazwyczaj wpierw okazują zmiany. W danym przypadku co do etyologii, nie można pominąć przebytego ciężkiego duru brzusznego przed kilku laty, bo odtąd właściwie chory oznacza początek choroby. Tę postać zesztywnienia należy odróżnić ściśle od podobnej postaci chorobowej, opisanej najpierw przez Bechterewa, a cechującej się przedewszystkiem bólami w stosie pacierzowym, kończynach górnych i dolnych, zboczeniami czucia (objawy korzeniowe), oraz następowymi zanikami mięśni grzbietu i barku i wzmożonymi odruchami.

W przypadku sekcyjnym Bechterewa sprawa przewlekle zapalna zajmowała opony rdzeniowe, znaleziono tam zmianę i w korzeniach, a nawet rdzeniu. Stąd uważa Bechterew, że pierwotnie zajęty bywa chorobowo układ nerwowy, a następowo przychodzi do zaników mięśniowych, skrzywienia i zesztywnienia kręgosłupa. Stawy duże zazwyczaj pozostają wolne.

IV. Kol. Beck demonstruje własnego pomysłu przyrząd, znaczący uderzeniem dzwonka elektrycznego ruchy (rozkurcz) serca i fale krwi w tętnicach.

Kol Slęk demonstruje szereg zdjęć röntgenograficznych.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 marca 1901.

Przewodniczący wiceprezes kol. Murdzieński.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II Kol. Doc. Korczyński miał odczyt: »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Część II.« (Rzecz przeznaczona do druku).

W rozprawach zabierali głos koledzy: prof. Jaworski, prelegent i prof. Ciechanowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Leonard Bier w zastępstwie sekretarza dorocznego.

IX. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya laryngologiczna.

zestawił

Dr. Franciszek Nowotny.

(Dokończenie).

Ropotok jamek sitowych (Ethmoiditis). Według Hajeka występuje on w trzech postaciach: 1) jako powierzchowne zapalenie błony śluzowej; 2) w postaci drugiej spotykamy oprócz obrzęku błony śluzowej i okostnej także polipy; 3) w postaci trzeciej znajdujemy liczne polipy, nadżerki, zgrubienia i ziarninę; w tej postaci już i kość ulega zmianom. Leczenie bywa zwykle bez wyniku, a to dlatego, że 1) niemożliwy jest dostęp do wszystkich zajętych komórek sitowych, każda zaś z nich przedstawia jakby osobny ropień; 2) zwykle kombinuje się ta sprawa z zapaleniem jamy szczękowej i czołowej.

Wskazania do tyrcotomii. Tyreotomia jest wskazaną (Semon) w przypadkach: ciał obcych krtani, których drogą śródkrta-

niową wydobyć nie można; złamań chrząstek krtani; twardzieli (*scleroma*), brodawczaka, wyjątkowo w przypadkach „laryngocele“ i zwężeń krtani, w odpowiednich przypadkach gruźlicy, wreszcie bardzo dobre daje wyniki w przypadkach nowotworów złośliwych, ale tylko wtedy, gdy mamy pewność zupełnie usunąć nowotwór na tej drodze. Majer jest za ograniczem tyreotomii u dzieci. Fränkel za ograniczeniem na korzyść operacyj śródkrtaniowych. Schmiegelow wykonuje tyreotomię przy tamponadzie tchawicy kaniulą Hahna i wytamponowaniu gardła. Wyniki tyreotomii w ogóle są dobre; śmiertelność po operacyj wynosi zaledwie 4%.

Rhinitis spasmodica. Jacobsohn rozróżnia trzy postacie: 1) R. przyrody naczynioruchowej; 2) toksycznej; 3) osobną grupę stanowi t. z. *catarrhus aestivus*. Monnier rozróżnia tylko jednę kategoryę, a mianowicie *Rhinitis* toksyczna i tę dzieli na ostrą i przewlekłą. Spotykamy się z tą chorobą przeważnie u neurasteników.

Nowy sposób leczenia zboczeń (deviatio) przegrody nosowej. Robimy dwa cięcia, przecinające całą grubość przegrody; cięcia te mają być w kształcie trójkąta o podstawie zwróconej ku przodowi, wierzchołek zaś ma się znajdować jak najbardziej z tyłu obok lemiesza (*vomer*). Następnie wkładamy do nosa rozwieracz, złożony z dwu płyt: płyta zewnętrzna jest nieruchomą, płyta zaś wewnętrzna szersza i ruchoma; płytą tą przy pomocy osobnych kleszczy wyprostowujemy przegrodę. Rozwieracz ten zostawiamy 7 — 8 dni w nosie; wyniki mają być bardzo dobre.

Guzki śpiewacze (Sängerknötchen). Chiari. Guzki te są okrągłe lub owalne, usadowione na wolnym brzegu więzadła, na granicy przedniej i średniej jednej trzeciej części więzadła. Guzki te są zwykle symetryczne, żółtawo-białe, gładkie, wielkości najwyżej główki od szpilki. Spotykamy je najczęściej u śpiewaków. Nie ulegają one owrzodzeniu i mogą dobrowolnie zniknąć. Przyczyną powstawania tych guzków jest: przewlekły nieżyt, nadużywanie głosu przez złą metodę śpiewu. Powstają one wskutek przerostu nabłonka i powierzchownych warstw włóknistych. Leczenie: wyjęcie ostremi kleszczykami lub przypalenie galwanokauterem.

Zapalenie stawów krtaniowych. Escat. Zapalenie stawu obrączko-nalewkowego ostre można pomięszać z porażeniem nerwu wstecznego; a zapalenie stawu obrączko-tarczykowego ostre z porażeniem nerwu krtaniowego zewnętrznego. W przebiegu zapaleń stawów krtaniowych pomocniczymi w rozpoznaniu są następujące objawy: przebyte albo istniejące jeszcze ostre zapalenie gardła, przekrwienie krtani, stan gorączkowy, zajęcie innych stawów. Następowe zesztywnienia stawów są bardzo uporczywe.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 10 listopada 1900 r.

Obecni: wszyscy członkowie Wydziału.

Pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie wysłania delegata Izby lekarskiej na posiedzenie krajowej Rady zdrowia oddano do referatu Drowi Ponikło celem wypracowania odpowiedzi, uzasadniającej słuszność żądania Izby, by jej delegat był wzywany stale na posiedzenia tej Rady.

II. Szereg pism, przesłanych przez Izbę czeską, morawską, tryestyńską, jak niemniej przez Stowarzyszenie wiedeńskie lekarzy dentystów, złożono do aktów, jako dla tutejszej Izby na razie bezprzedmiotowych, lub przeprowadzić się niedających.

III. Komitetowi obywatelskiemu, urządzającemu pochód podczas Jubileuszu Uniwersytetu Jag. uchwalono na wniosek Dra Trzebickiego przesłać 50 koron na pokrycie kosztów.

IV. Wdowie po lekarzu, pani S., w Krakowie udzielono zapomogi w kwocie 50 koron.

Sześciu kolegów uwolniono od wkładek.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 24 listopada 1900 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Kohn, Trzebicky, Walczyński.

I. Czterech kolegów uwolniono od wkładek, względnie od zaległości.

II. Wdowom po lekarzach: pani R. i pani K. w Krakowie udzielono zapomogi w kwocie 50, względnie 100 koron, mag. chir. B. w J. w kwocie 200 koron.

III. Na prośbę jednego z kolegów, zamieszkałego w Krakowie, wydano mu poświadczenie, że praktykuje tu dopiero przez drugi rok, i że lekarz w początkach swej praktyki, wyjąwszy nadzwyczajnie korzystnych okoliczności, w Krakowie sum znaczniejszych nie zarabia.

IV. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby w dniu 29-go grudnia i ułożono porządek dzienny na to posiedzenie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 15 grudnia 1900 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło i Trzebicky.

I. Podskarbi Dr. Trzebicky przedstawia tymczasowe zamknięcie rachunków kasowych, a mianowicie: dochód w kwocie 9575 k. 80 h., rozchód 4506 k. 35 h.

II. Kol. D. odłożono termin zapłaty wkładek zaległych do 1-go października 1901 r.

Mag. chir. A. uchwalono zwrócić uwagę na niewłaściwość wysyłanych przez niego anonsów, w razie gdyby dochodzenie wykazało, że ogłoszenia te nie były przeznaczone tylko dla lekarzy, ale i dla szerszej publiczności.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 12 stycznia 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Ponikło, Trzebicky, Walczyński.

I. Wdowom po lekarzach, paniom K., S., i Z. w Krakowie, pani B. w Myślenicach, udzielono zapomogi w kwocie po 50 koron; mag. chir. B. w J. 100 koron.

II. Trzech kolegów uwolniono od wkładek.

III. Jednemu z kolegów uchwalono odpowiedzieć na jego pismo, że Izba w sprawie odmowy c. k. sądów wynagrodzenia lekarzom straty czasu przez stawiennictwo, jako świadków, nic zrobić nie może.

IV. Uchwalono wobec jubileuszu prof. Virchowa, którą to sprawę poruszono w myśl listu prof. Toldta, zachować się biernie.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 5 marca 1901 r.

Obecni: wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uwolniono trzech kolegów od wkładek.

II. Mag. chir. Z. w S. i wdowie po lekarzu K. w L. udzielono zapomogi w kwocie 100, a względnie 50 koron.

W sprawie wystawiania przez lekarzy świadectw celem uwolnienia dzieci od niektórych przedmiotów, objętych planem nauk szkolnych, poruszonej reskryptem c. k. Rady szkolnej, uchwalono przypomnieć osobnem pismem, wystosowanem do każdego z lekarzy z osobna, że zaleca się przestrzegać jak największej dokładności i skrupulatności przy wystawianiu podobnych świadectw. Szereg pism przysłanych przez inne Izby, poruszających rozmaite sprawy mniej lub więcej dotyczące stanu lekarskiego, rozdano poszczególnym kolegom celem przedłożenia referatu na posiedzenie pełnej Izby.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Wydziału Izby* lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 26 marca 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Dr. Ponikło, Dr. Trzebicky i Dr. Walczyński.

I. Udzielono zapomogi wdowie po lekarzu pani M. z Sieniawy w kwocie 50 koron.

II. W sprawie honoraryów sądowo-lekarskich i instrukcyi dla lekarzy więziennych uchwalono przedłożyć sądowi krajowemu karnemu projekt nowy, w myśl żądania tegoż sądu.

III. Na pismo Izby zarządzającej w sprawie uwolnienia lekarzy od pełnienia obowiązków sędziów przysięgłych uchwalono odpowiedzieć, że Izba nie widzi powodu do tego, żeby się lekarze usuwali od spełnienia tego obowiązku obywatelskiego.

IV. Na pismo jednego z kolegów, proszące o udzielenie mu pomocy przy osiągnięciu posady lekarza okręgowego, uchwalono odpowiedzieć, że Izba w tej mierze nic zrobić nie może.

V. Uchwalono przesłać lekarzom nowosądeckim podziękowanie za złożone do kasy Izby w darze 40 k. 80 h., jako pozostałość ze składki na wieniec dla ś. p. Dra Kozubskiego.

PROTOKOŁ

z posiedzenia *Rady honorowej* Izby lekarskiej zachodnio-gal., odbytego w dniu 10 listopada 1900 r.

Obecni: wszyscy członkowie Rady.

I. Wskutek doniesienia jednego ze starostw przeciw Drowi K. o uchybienie przeciw godności stanu lekarskiego, uchwalono wdrożyć śledztwo przeciwko obwinionemu.

PROTOKOŁ

z posiedzenia *Rady honorowej* Izby lek. zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 29 stycznia 1901 r.

Obecni: przewodniczący Dr. Łazarski, Drowie Ponikło, Trzebicky, Walczyński, Kohn.

I. Odbyła się rozprawa przeciw Drom K. i S., którzy obydwaj stawili się do niej osobiście.

II. Na wniosek referenta (Trzebickyego) udzielono obydwom ostrzeżenia.

III. Przeciwko Drowi S. uchwalono wdrożyć śledztwo i powierzono referat przewodniczącemu i Drowi Trzebickyemu.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia *Izby lekarskiej* zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 29 grudna 1900 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski i Drowie Cwiklicer, Dietzius, Gawlik, Jabłoński, Kijas, Łodziński, Trzebicky, Walczyński.

Nieobecność usprawiedliwili: Drowie Kohn i Ponikło.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek Dra Łodzińskiego uchwalono odbitki z dyrektyw dla lekarzy przy umowach między lekarzami a kasami chorych przesłać także zarządom kas chorych.

III. Prezes zdaje sprawę z całorocznej działalności Wydziału.

IV. Na wniosek kol. Cwiklicera uchwalono, żeby członkowie Izby z urzędu proponowali Wydziałowi kolegów, zasługujących na wsparcie.

V. Podskarbi przedstawił tymczasowe zamknięcie rachunków na rok 1900 i budżet na rok 1901, w myśl ktorego uchwalono nadal pobierać od członków wkładkę w wysokości 12 koron rocznie.

VI. Do komisyi skontrującej wybrano Drów: Dietziusa i Gawlika.

VII. Dr. Dietzius ponownie wniósł, by domagać się wzywania delegata Izby na posiedzenia Rady zdrowia, gdyż dotychczasowe postępowanie władzy jest dla Izby w wysokim stopniu obrażające.

VIII. Na wniosek kol. Trzebickyego przyjęto taryfę, proponowaną przez Izbę styryjską, za wystawianie świadectw dla prywatnych Towarzystw asekuracyjnych od wypadków. Taryfa za świadectwa te, które wystawiać należy wyłącznie tylko na żądanie Towarzystwa jest następująca.

Za każde świadectwo — 5 koron.

Za sprawozdanie w razie śmierci — 6 koron.

Za sekcyę wraz z orzeczeniem dla jednego lekarza — 50, dla 2 — 100 koron. Do wykonania sekcyi musi być powołanych dwóch lekarzy. Za częściowe otwarcie zwłok należy opłacać takie samo honoraryum, jak i za sekcyę całkowitą.

Jeżeli celem wykonania czynności lekarskiej potrzebną jest podróż dalsza, niż 3 kilometry, należy żądać oprócz honoraryum jeszcze wynagrodzenia za podwody.

O uchwale tej postanowiono zawiadomić także Towarzystwa asekuracyjne.

IX. Na wniosek kol. Cwiklicera uchwalono przedstawić prezydyum c. k. sądu krajowego wyższego, że lekarze są częstokroć zmuszeni odbywać swe czynności po sądach wśród stosunków wprost decorum obrażających.

W sprawie lekarzy szkolnych.

(Dokończenie).

PROJEKT

instrukcyi dla lekarzy szkolnych w szkołach średnich.

§ 1.

Do obowiązków lekarza szkolnego należy: a) nadzór higieniczny nad stanem budynku szkolnego i jego urządzenia; b) nadzór nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej; c) nadzór nad higieną nauki w zakresie rozporządzeń istniejących i mających być wydanemi; d) udzielanie nauki somatologii i higieny; e) wygłaszanie od czasu do czasu dla grona nauczycielskiego odczytów z zakresu higieny szkolnej.

Leczenie uczniów nie wchodzi w zakres obowiązków lekarza szkolnego. Tylko w nagłych przypadkach zachorowania w szkole jest on obowiązany do udzielenia pierwszej pomocy i rady.

§ 2.

Lekarz szkolny jest tylko organem doradczym dyrektora i grona nauczycielskiego i nie posiada prawa wydawania od siebie zarządzeń w sprawach zdrowotnych; spostrzeżenia swoje i wnioski, zmierzające do poprawy zdrowia młodzieży, przedstawia dyrektorowi i gronu nauczycielskiemu doraźnie wzgl. na konferencyach. Gdyby lekarz uważał, że w ważnych dla zdrowia sprawach wnioskom i przedstawieniom jego nie czyni się w odpowiedni sposób zadość, przysługuje mu prawo odwołania się do krajowej Rady szkolnej, która w porozumieniu z krajową Radą zdrowia rozstrzygnie w tej sprawie.

§ 3.

Nadzór nad zdrowotnością budynku szkolnego i jego urządzenia wykonuje lekarz szkolny przez a) peryodyczne zwiedzanie budynku i b) jednokrotną do roku gruntowną rewizyę.

Peryodyczną kontrolę warunków zdrowotnych w budynku szkolnym spełniać będzie lekarz szkolny 2 razy na miesiąc w dniach i godzinach z góry oznaczonych. W tym celu zwiedzi on prócz innych ubikacyj budynku 3—5 klas, przyczem zwracać będzie uwagę nietylko na zdrowie młodzieży, o czem później będzie mowa, lecz i na czystość podłogi, powietrza, sprzętów, — dalej oświetlenie, ogrzewanie i skuteczność przewietrzania, oraz inne urządzenia higieniczne klasy. Napotkane przy tej sposobności usterki zanotuje on w osobnej na ten cel przeznaczonej książce. Każdą klasę winien lekarz szkolny zwiedzić conajmniej 2 razy w ciągu jednego półrocza. Raz do roku z końcem letniego półrocza winien lekarz szkolny zbadać wszystkie ubikacye budynku szkolnego przy współudziale dyrektora i urzędnika budownictwa. Z wyniku tych oględzin, a z uwzględnieniem wyników badania przy peryodycznych oględzinach, spisze lekarz protokół z wymienieniem braków higienicznych i podaniem wniosków, jak im zaradzić należy. Dyrektorowi i urzędnikowi budownictwa przysługuje prawo zanotowania uwag swoich w tym protokole. Protokół ten służyć będzie za podstawę dla zarządzić się mających przez władzę adaptacyj i zmian.

§ 4.

Nadzór nad stanem zdrowia młodzieży szkolnej wykonywać będzie lekarz szkolny przez: a) jednorazowe badanie wszystkich uczniów nowowstępujących do szkoły; b) peryodyczne badanie uczniów, których stan zdrowia będzie podejrzany bądź chwilowo, bądź też wogóle większej będzie wymagał uwagi.

§ 5

Wszystkich uczniów nowowstępujących lekarz szkolny obowiązany będzie zbadać w ciągu pierwszych 3 tygodni, a wyniki badania spisać na osobno dla każdego ucznia prowadzonym zapisku zdrowia. Zapiski te służyć będą do oceny rozwoju fizycznego ucznia, do przekonania się, czy stan jego zdrowia nie wymaga stałej opieki lekarskiej i czy ze względu na naukę nie potrzebuje on pewnych ograniczeń, np. w ćwiczeniach gimnastycznych i zabawach szkolnych, rysunkach itd., lub bliższego miejsca w klasie przy wadach wzroku lub słuchu itd. Zapiski zdrowia uczniów, wymagających stałej opieki lekarskiej, mają być wyróżnione napisem. Zapiski uczniów zdrowych będą uzupełnione co $^1/_2$ roku wymiarami co do wysokości i ciężaru ciała, których dokona nauczyciel gimnastyki, i obwodu klatki piersiowej mierzonego przez lekarza; reszta rubryk zapisku pozostanie niewypełniona, wyjąwszy te przypadki, w których uczniowie, przy przyjęciu zdrowi, okazywać będą w ciągu lat nauki szkolnej zboczenia w zdrowiu. Na początku nowego roku szkolnego zbada lekarz szkolny prócz nowowstępujących wszystkich tych uczniów, ktorych stan zdrowia poprzednio wymagał stałej opieki lekarskiej, celem stwierdzenia o ile stan zdrowia się zmienił. Zapiski towarzyszą uczniom z klasy do klasy. Jeżeli uczeń przeniósł się z zakładu, posiadającego lekarza szkolnego, wtedy należy z tego zakładu zażądać zapisków zdrowia tego ucznia i prowadzić je w dalszym ciągu.

§ 6.

Na życzenie rodziców zwalnia dyrektor uczniów od badania przez lekarza szkolnego, jeżeli rodzice złożą przed początkiem roku szkolnego świadectwo lekarskie na formularzu przepisanym.

§ 7.

Dla zapobiegania chorobom zakaźnym wśród uczniów przez wczesne rozpoznanie, jak również dla stałej kontroli zdrowia młodzieży, lekarz będzie poddawał uczniów badaniu peryodycznie (§ 4). W tym celu będzie on odwiedzał szkołę 2 razy na miesiąc w dniach i godzinach z góry oznaczonych i w czasie przeznaczonym dla zwiedzania klas zwróci uwagę nietylko na warunki higieniczne klasy, lecz i na ogólne zdrowie uczniów, przyczem gospodarz klasy dostarczy mu wskazówek co do nienormalnego zachowania się ucznia, budzącego podejrzenie choroby, a szczególnie zwróci lekarz uwagę na tych uczniów,

którzy pozostają pod stałą jego opieką. Uczniów, którzy wydadzą mu się podejrzani o jaką chorobę zaraźliwą, przeznaczy zaraz do badania; pozostających zaś pod stałą jego opieką będzie badał od czasu do czasu celem przekonania się o stanie wady w ich zdrowiu. Gdyby w klasach nie zwiedzanych danego dnia znajdowali się uczniowie podejrzani o chorobę zakaźną lub inną, gospodarz klasy odeszle ich na godzinę konsultacyjną do lekarza celem stwierdzenia i zarządzenia odpowiednich środków.

§ 8.

Badania i konsultacye wykonywać będzie lekarz zaraz po zwiedzeniu klas w budynku szkolnym, w sali na ten cel przeznaczonej i urządzonej, a gospodarze klas dostarczą mu zapisków zdrowia uczniów, przeznaczonych do badania ściślejszego.

§ 9.

Gdyby w szkole zauważono przypadek choroby podejrzanej o zakaźność w dniach, w których lekarza niema w szkole, obowiązany jest lekarz zbadać ucznia u siebie w domu w godzinach ordynacyjnych; w nagłych przypadkach zasłabnięcia jest obowiązany na wezwanie dyrektora przyjść do szkoły a w razie jakiejkolwiek epidemii będzie lekarz w miarę potrzeby częściej, niż co 2 tygodnie odwiedzał szkołę.

§ 10.

Jeżeli lekarz się przekona, że uczeń dotknięty jest chorobą, wymagającą koniecznego leczenia, winien się postarać, aby o tem doniosła dyrekcya szkoły rodzicom lub odpowiedzialnemu opiekunowi.

§ 11.

W razie, jeżeli uczeń sam był dotknięty chorobą zakaźną lub zaraźliwą, albo jeżeli mieszka w rodzinie lub w domu, w których zaszedł przypadek takiej choroby i dla tego nie uczęszczał do szkoły, lekarz winien stwierdzić na miejscu, czy może on ponownie uczęszczać do szkoły bez niebezpieczeństwa dla innych uczniów.

§ 12.

W tych przypadkach, w których zły stan zdrowia uczniów, stojących na stancyach, każe przypuszczać, że przyczyną tego stanu może być mieszkanie niehigieniczne, winien lekarz je zbadać; w razie złych warunków zdrowotnych w mieszkaniu udzieli przedewszystkiem rad swych utrzymującemu stancyę. O dokonanych spostrzeżeniach uwiadomi dyrektora, który w razie uporczywości ze strony utrzymującego stancyę w zaniechaniu rad i wskazówek lekarza posiada prawo zarządzenia odpowiednich środków.

§ 13.

Co do przestrzegania warunków zdrowotnych w samym sposobie nauczania ograniczy się lekarz szkolny do ocenienia, czy przepisy higieniczne, odnoszące się do samej nauki, bywają wykonywane i spostrzeżenia, oraz wnioski swoje w tym kierunku przedstawi dyrektorowi wzgl. gronu nauczycielskiemu, nigdy zaś bezpośrednio nauczającemu przy uczniach. Szczególniejszą uwagę zwróci on na naukę pisania, rysunków i gimnastyki. Nauczycielowi gimnastyki wskaże lekarz nietylko tych uczniów, który wymagają pewnych ograniczeń w ćwiczeniach, ale zarazem będzie zwracał uwagę jego na zastosowanie ćwiczeń do rozwoju fizycznego uczniów.

§ 14.

Z końcem każdego roku szkolnego będzie lekarz szkolny obowiązany złożyć pisemne sprawozdanie ze swej czynności c. k. krajowej Radzie szkolnej za pośrednictwem dyrektora, a Rada szkolna krajowa w porozumieniu z krajową Radą zdrowia zarządzi na podstawie tego sprawozdania odpowiednie środki.

Sprawozdanie to obejmować winno:

1) Wyniki badania nowych uczniów, zestawione liczbowo; 2) liczbę odwiedzin klas i badanie dzieci; 3) liczbę i rodzaj przypadków choroby, stwierdzonych w czasie godziny konsultacyjnej; 4) liczbę uczniów, u których ograniczył wymagania szkolne (co do gimnastyki, rysunków itd.); 5) liczbę uwiadomień rodziców i opiekunów o chorobie uczniów; 6) liczbę uczniów, wymagających szczególnej opieki lekarskiej; 7) zestawienie liczbowe wszystkich nieprawidłowości w budynku szkolnym; 8) ogólny pogląd na zdrowie młodzieży w ciągu ostatniego roku.

Komisya uważa, że dla dobra szkoły i jednolitej działalności wychowawczej najodpowiedniej będzie przyznać lekarzowi szkolnemu stanowisko doradcze w szkole, jeżeli on wszelkie wnioski, dążące do poprawy warunków higienicznych w szkole, jak i co do zdrowia młodzieży szkolnej, przedstawiać będzie dyrektorowi, wzgl. gronu nauczycielskiemu i przez te czynniki będzie przeprowadzał poprawę stosunków zdrowotnych, a nie będzie miał prawa wydawania samodzielnych zarządzeń. W ten sposób zachowa się jednolitość kierunku wychowawczego i nie narazi na szwank powagi szkoły i nauczycielstwa tak wobec uczniów, jak i szerszej publiczności, co nierazby nastąpić mogło przy zbytniem zaznaczeniu żądań lekarza i prawomocności jego zarządzeń. Wobec bardzo przychylnego stanowiska, jakie zajmują profesorowie szkół średnich dla instytucyi lekarzy szkolnych, spodziewać się można, że w przeprowadzeniu zarządzeń zdrowotnych znajdą lekarze szkolni w nauczycielstwie, a w szczególności u kierowników szkół w granicach możliwości zupełne poparcie. Stanowisko ich, jakkolwiek tylko doradcze, nie ucierpi na skuteczności i swobodzie działania. Gdyby jednak zdarzył się przypadek, że wnioski i środki zaradcze, podane przez lekarza, napotykałyby na opór ze strony dyrektora lub grona nauczycielskiego, na ten przypadek przysługiwać mu winno prawo odwołania się do wyższej instancyi.

Co do remuneracyi za pełnienie czynności lekarza szkolnego komisya dzieli lekarzy na 2 kategorye: jednę stanowiliby lekarze, znajdujący się już w szkole i w przyszłości przyjmujący na siebie obowiązki nauczycieli gimnastyki. Tych przedewszystkiem zużytkowaćby należało, jako lekarzy szkolnych, ograniczając zakres ich obowiązków nauczycielskich do 16 godzin tygodniowo i dodając im do pomocy asystenta. Lekarze ci powinniby być zrównani co do płacy i rangi z rzeczywistymi nauczycielami szkół średnich. Drugą kategoryę stanowiliby lekarze szkolni za stałą renumeracyą roczną 1200 koron w szkołach, nieprzekraczających 500 uczniów. Za każdą następną liczbę uczniów, nie przekraczającą 100, winien lekarz otrzymać dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 240 kor.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 maja.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader miał odczyt: »O znieczulaniu metodą Corning-Biera.« Po skończonym odczycie i odbyciu ożywionych rozpraw, które on wywołał, wykonał kol. prof. Kader operacyę bez bólu na chorej, której wstrzyknął w przestwory podpajęcze rozczyn tropakokainy.

Na temże posiedzeniu koledzy: Chlumský i Gerzabek przedstawili chorych, operowanych w klinice krakowskiej.

* W skład komitetu powołanego przez Towarz. lekar. krakow. dla ułatwienia lekarzom polskim wzięcia udziału w III-im Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, prócz prezesa prof. Wicherkiewicza weszli: Dr. Kwaśnicki, Doc. Dr. Raczyński i Dr. Majewski (sekretarz).

* Szpitał św. Ludwika dla dzieci dobiegł dnia 1-go maja ćwierć wieku swego istnienia. Od dawnych czasów Kraków posiada instytucye dobroczynne dla starców i ubogich; natomiast opieki nad maluczkimi nie było przed 25 laty. Pierwsze dopiero Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci, uświadamiając sobie należycie nowożytne potrzeby ekonomiczne, dało hasło do samopomocy społecznej dla dzieci i, jeśli dziś ubogie dzieci krakowskie posiadają nietylko opiekę szpitalną, lecz i liczne instytucye wychowawcze itd., to jest to zasługa inicyatywy, którą zapoczątkowało krakowskie Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci.

Szpital św. Ludwika nie pozostał w tych granicach, w których oglądaliśmy go przed 25 laty: w ciągu tej ćwierci wieku przybył mu tak niezbędny pawilon dla chorób zakaźnych; obok oddziału klinicznego istnieje dziś oddział chirurgiczny i sala mamek; dla dzieci zołzowatych posiada »Kolonię leczniczą« w Rabce; rocznie kilka tysięcy chorych przychodnich znajduje tu poradę lekarską, słowem szpital św. Ludwika chlubnie pełni swe zadanie humanitarne, dydaktyczne i naukowe.

Twórcy i kierownikowi tej pięknej instytucyi, J. Magn. Rektorowi Jakubowskiemu, życzymy, aby w najdłuższe jeszcze lata rozwijał to wspaniałe dzieło rozumu i serca, tyle chluby i pożytku przynoszące miastu naszemu i krajowi.

* Nr. 145 »Odczytów klinicznych« zawiera pracę prof. Dr. L. Rydygiera p. t. »Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka.«

* Na fundusz kliniczny im. prof. E. Korczyńskiego dla ubogich rekonwalescentów nadesłał Dr. Kretowicz z Karlsbadu kor. 10

* Pod przewodnictwem prof. Tryczla zawiązuje się w Kijowie Stowarzyszenie dla walki z gruźlicą na Wołyniu, Podolu i Ukrainie z Kijowem. Stowarzyszenie to zamierza zakładać sanatorya dla sucho-

tników, pouczać o istocie gruźlicy słowem i piórem, drogą prawodawczą zapobiegać szerzeniu się zarazka itd.

* Wielkie zaniepokojenie powstało w Nauheim z powodu zniknięcia t. zw. »Wielkiego Sprudla« (źródła Nr. 7); rząd heski czyni wszelkie starania, by przyczynę złego usunąć, lecz jak dotąd bez skutku. Wobec niepewności, czy przed zbliżającym się sezonem powiedzie się zaginione źródło odszukać i ująć, lekarze wiedeńscy skierowują chorych, kwalifikujących się do leczenia w Nauheim, do Franzensbadu, gdzie od roku urządzono kąpiele termo-solankowo gazowe.

* Pod arkadami wiedeńskiego uniwersytetu odsłonięte będą pomniki zmarłych profesorów: Dumreichera i Meynerta.

* Dnia 19 kwietnia interpelował poseł Berger prezydenta ministrów, czy rząd byłby skłonny zaprowadzić drogą ustawy wolny wybór lekarza przez członków Kas chorych rzemieślników? Odpowiedź ministra była wymijającą

* Drugi już raz w ciągu roku sąd odrzuca orzeczenie lekarskie, wydane przez pierwszorzędne powagi. Pierwszy przypadek zaszedł jak wiadomo w Wiedniu; drugi w niedawnym czasie w Paryżu, gdzie pewna dama, leczona promieniami Röntgena, zaskarżyła swego lekarza, że ten wywołał jej długotrwałe zapalenie skóry. Proff. Brouardel i Ogier orzekli, że lekarz nie może być odpowiedzialny za tego rodzaju powikłania. Sąd cywilny pomimo to skazał lekarza na 5000 fr. kary, motywując swój wyrok tem, że lekarz, jak każdy inny zarobkujący, jest odpowiedzialny za wszystkie szkody, wyrządzone przez swoją działalność zawodową.

* Czy wolno jest profesorowi, po uśpieniu chloroformowem prywatnego chorego, przypuszczać studentów do sali operacyjnej, bez poprzedniego przyzwolenia chorego? W Grand Rapids (stan Miczygan) niejaka pani Mary Hinman oskarżyła prof. Harricka i domagała się 5000 dolarów wynagrodzenia, właśnie za tego rodzaju nadużycie zaufania. Sędzia w zasadzie uznał winę Harricka, a tylko obniżył wymaganą kwotę wynagrodzenia (»New-York Medical Journal.« 23 marca).

* Na wniosek prof. Fourniera zawiązało się w Brukseli międzynarodowe Stowarzyszenie dla zapobiegania chorobom wenerycznym we względzie zdrowotnym i moralnym.

* Dr. Pannwitz wydał sprawozdanie ze stanu walki z gruźlicą w chwili obecnej. Jest to nader pouczająca publikacya dla wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób biorą udział w tej walce.

* W Paryżu praktykuje 77 lekarzy kobiet, a w całej Francyi, wraz z Paryżem — 91. W uniwersytetach francuskich poświęca się obecnie medycynie 200 słuchaczek.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwycz. patologii ogólnej w Padwie, Salvioli mian. został prof. zwyczajnym. Prosektor Delicyn, mian. prof. kliniki chirurg. w Charkowie. Doc. Dr. Franqué mian. nadzwycz. profes. w Würzburgu.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 17: Ziarko: Działanie lecznicze wody żegiestowskiej. Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 17: Nencki i Sieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym. Gabszewicz: Fibroleyomyoma vaginae. Bernhardt: Krup i dyfteryt w świetle najnowszej nauki. Malewski: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych przez lekarzy w zakładzie nałęczowskim (dokończenie)

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17: Weigner: Poměr nervi accessorii a prvých spinalnich nervů (c. d.). Jaklin: 41 laparotomie (c. d.). Stocka: Ileus a atropin.

— *La Presse médicale* Nr. 32: Laurens: Chirurgia głuchoty. Sprawa leczenia chirurgicznego zapalenia twardzielowego ucha (*otite sclereuse*) na kongresie otologów w r. 1900. Bazy: O odruchu moczowodowo-pęcherzowym i miedniczkowo-pęcherzowym, oraz o objawie Boucharda w patologii nerek. Nr. 33: Tuffier: O znieczuleniu kokainowem drogą rdzeniową.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17: Bäumler: O ostrej niedrożności jelit, powstałej na granicy dwunastnicy i jelita czczego. Bofinger: Leczenie niedrożności jelit atropiną. Adam: Ciężka niedrożność zatykowa jelit, usunięta zapomocą atropiny i oliwy. Gahtgens: Leczenie niedrożności jelit przetworami wilczej jagody. Middeldorpf. Przypadek niedrożności jelit leczony atropiną. Beck: O bezkształtnych zrośnięciach odłamków kości złamanych i o leczeniu tego zniekształtnienia. Knapp: Kazuistyczny przyczynek do sprawy wydostania główki pozostałej w macicy. Cramer: O ręcznem przedziurawieniu i wydobyciu czaszki płodu przy następującej główce i przy oddzieleniu główki od tułowia. Doerfler: Zakażenie krwi i amputacya Neuberger: O niezdolności do pracy przy chorobach skórnych. Landau: O czasie trwania niezdolności do pracy przy chorobach narządów wewnętrznych. Kiefer: O wypadkach i upośledzeniu w zarobkowaniu. Klebs: O leczeniu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 17: Pick: Starczy zanik mózgu jako podstawa objawów ogniskowych. Kienböck: Badanie stosu pacierzowego w stanie zdrowia i choroby zapomocą Röntgenowskiego prześwietlania. Polak: Leczenie niedrożności jelit atropiną. Filkowsky: Napaść Forela na krajowy dolno-austryacki Zakład dla obłąkanych w świetle rzeczywistości.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17: Rosenbach: Cele rozpoznawania czynnościowego, oraz uwagi o krwi, jako narządzie i o regulującej czynności nerek. Bluemchen: Technika i zużytkowanie podskórnych wstrzykiwań chininy. Uhlenhuth: Dalsze doniesienia o mojej metodzie służącej do wykazania krwi ludzkiej. Podwysocki i Mańkowski: W sprawie głównego czynnika w szczepionce Dra Funcka. Mayer: O niezupełnem utlenianiu się cukru w ustroju (dok.)

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17: Heubner: Energia bilansu osesków. Reckzeh: Przyspieszone oddechanie (*tachypnoe*) na tle nerwowem. Lubiński: Schorzenia krtani w grypie. Dührsen: Zachowawcze leczenie guzów ropnych przydatków macicy, oraz leczenie ich stanów następowych przez nacięcie pochwowe.

Nowe książki.

Elschnig: Stereoskopijno-fotograficzny Atlas patologicznej anatomii oka okaże się w tych dniach nakładem Braumüllera w Wiedniu i zawierać będzie 4 zeszyty po 16 tablic. Kocher i Quervain: Encyklopedya ogólnej chirurgii. Zeszyt II gi, nakładem Vogla w Lipsku.

Redakcya otrzymała:

Wicherkiewicz: 1) O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. 2) Sur quelques formes rares de kératites syphilitiques. 3) Sekcya okulistyczna na XIII Kongresie międzynarodowym lekarskim w Paryżu 4) Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklistego, oraz kilka uwag, dotyczących rozpoznania i operacyi tychże. 5) Jeszcze słowo o syfilitycznem zapaleniu rogówki. 6) Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry. Ballaban: Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacyi.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 11 Maja 1901. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu Higieny.

Wyniki badania mleka krakowskiego na zarazki gruźlicy.

Podał O. Bujwid.

Mając już obecnie sporo nagromadzonego doświadczalnego materyału, dotyczącego zarazka gruźlicy, postanowiłem w szeregu prac zestawić do użytku ogółu ten materyał. ażeby tym sposobem przyszły nasz Zjazd miał do rozporządzenia więcej faktów doświadczalnych, pozyskanych na naszym gruncie. Sądzę również, że gdy ze strony lekarzy częściej głosy odzywać się będą, to i społeczeństwo nasze ocknie się z letargu, w jakim jest pogrążone względem sprawy tak groźnej.

Na pierwszym planie postawiłem badania nad obecnością zarazka w mleku. Codzienny ten pokarm winien być wolny od zarazka, bo gdyby nawet w najmniejszej liczbie próbek był zakażony, niebezpieczeństwo ztąd wynikające musi być znaczne. Najpierw wyjaśnić należy, czy gruźlica zwierzęca według obecnych naszych wiadomości przenosi się na człowieka i w jakich warunkach to się dziać może?

Że zarazek, otrzymany z człowieka, przenosi się na zwierzęta i wywołuje u nich typową gruźlicę, o tem przekonywują nas liczne spostrzeżenia. Obserwacye, wykonane na bydle domowem, a potwierdzone na stacyach leczniczych, wykazały, że osobniki chore, obsługujące krowy dojne, mogą je zarazić. Dlatego też obecnie na stacyach klimatycznych zbliżanie się chorych do obór jest stanowczo wzbronione, i dawny zwyczaj picia mleka w oborze „prosto od krowy“ został zupełnie usunięty.

Że gruźlica krów przenosi się na człowieka, — mamy na to również dowody. Nocard [1]) przytacza dwa przykłady zakażenia palca, spowodowanego sekcyą krowy gruźliczej. W jednym przypadku z tego miejscowego zakażenia wynikła gruźlica ogólna. Gosse [2]) z Genewy na własnej córce przekonał się o zaraźliwości mleka krów gruźliczych, szczególnie gdy gruźlica dotyczy wymienia. Młoda, zdrowa 18-letnia dziewczyna zmarła na gruźlicę otrzewnej po 2-miesięcznym pobycie na wsi, gdzie piła surowe mleko od krowy, chorej na gruźlicę wymienia.

Dowody zakaźności mleka gruźliczego mnożą się w ostatnich latach coraz bardziej. Priester [3]) przytacza rzadki przykład zakażenia mlekiem u zdrowego robotnika, który w celu zniszczenia śladów tatuażu na ręku wkłówał igłą pod skórę mleko. W miejscach nakłóć powstały gruzełki z wyraźnemi komórkami olbrzymiemi. Kühnau [4]) przytacza przykład niezwykłej zakaźności mleka, zauważony w rzeźni hamburskiej. Z 80 świń, dostarczonych na rzeź, 76 było dotkniętych gruźlicą przewodu pokarmowego. Świnie były karmione resztkami centryfugowanego mleka od 800 krów, z których dwie miały wyraźną gruźlicę wymion. Kunth [5]) znalazł w jednym przypadku gruźlicy wymion prątki gruźlicze w takiej obfitości, że już pod mikroskopem łatwo je było w mleku zapomocą barwienia wykazać. Mleko to, podawane świnkom morskim w ilości 15 c. sz., zakażało wszystkie po jednorazowem karmieniu; 0·00001 c. sz. tego mleka, wstrzyknięte podskórnie, wywoływało również gruźlicę.

Nie mogę nawiasowo nie wspomnieć przypadku Rogera i Garniera [6]), który dowodzi, że gruźlicza matka może zakazić dziecko mlekiem swej piersi. Kobieta 34-letnia z rozległą gruźlicą szczytów, w której mleku wykazano zarazek gruźliczy zapomocą zaszczepienia świnkom morskim w 4 dni po urodzeniu dziecka, klinicznie zaś gruźlicy gruczołu mlecznego nie można było wykazać, zmarła w dwa tygodnie po porodzie. Dziecko zmarło w 6 tygodni wskutek rozległej gruźlicy trzew brzusznych i gruczołów krezkowych.

Poszukiwania gruźliczego zarazka w mleku i jego produktach mają już obecnie obszerną literaturę. Badania, wykonywane dawniej wyłącznie zapomocą mikroskopu i ujawniające bakterye gruźlicze tylko zapomocą zabarwienia, tracą coraz bardziej znaczenie wobec udowodnienia, że niektóre rodzaje bakteryj, szczególnie w szczątkach roślinnych znajdowane, mogą się barwić taksamo, jak gruźlicze, nie będąc niemi w istocie. Pozostaje tylko jedna, acz bardzo długo trwająca, droga doświadczenia na zwierzętach, a mianowicie na świnkach morskich, które, jak wiadomo oddawna, bardzo są wrażliwe na zarazek gruźlicy. Mleko, wstrzyknięte podskórnie w ilości 2—3 sz. śwince morskiej najczęściej wywołuje naciek, dosyć często kończący się zropieniem, rzadko zakażeniem ogólnem. W razie obecności gruźlicy świnki po 3—4 tygodniach mają tak wybitne zmiany w gruczołach po stronie szczepienia, że nietrudno już w ten sposób rozpoznać gruźlicę. Po kilku tygodniach świnki takie padają, mając typowe zmiany gruźlicze, które w płucach i śledzionie są łatwe do odróżnienia od innych zmian. Natomiast w wątrobie gruźlica jest trudna do rozpoznania wobec częstości u świnek zmian, wywoływanych przez inne pasorzyty (psorospermia), które mocno utrudniają rozpoznanie. Dlatego też w moich doświadczeniach nie polegam na prostem badaniu zmian, lecz w 3—4 tygodni próbuję świnki na gruźlicę zapomocą tuberkuliny. Gdy po $2^1/_2$ godzinach po zastrzyknięciu świnka oddziaływa na szczepienie podwyższeniem ciepłoty o $1^1/_2$ stopnia, można uważać gruźlicę za pewną.

Sposób ten, podany przezemnie już przed kilku laty [6]), daje lepsze wyniki, niż badanie mikroskopowe gruzełków, które w wielu przypadkach zawodzi, — jak tego dowiodła

pomiędzy innemi praca moja wspólna z ś. p. Kostaneckim [12]), — a wymaga daleko więcej trudu. Do tego przedmiotu wrócę nieco później. Obecnie przytoczę kilka dat z piśmiennictwa lat ostatnich co do częstości znajdowania gruźlicy w mleku i produktach nabiałowych.

Za pewne co do gruźlicy uważam te tylko, w których gruźlicę wykazano doświadczalnie na świnkach morskich.

Buege [7]) z Halli badał 9 prób mleka targowego, w dwóch wykazał gruźlicę. Petri w Berlinie w pierwszych doświadczeniach badał 64 próby mleka, w 9-ciu, t. j. 14%, znalazł gruźlicę. Na 102 próby masła znalazł w 33% gruźlicę. Groening [8]), badając 18 prób masła z najlepszych mleczarni w Hamburgu, znalazł w 8-miu gruźlicę. Stanowi to 47%. Horman i Morgenroth badali 3 próby masła, — jeden raz znaleźli gruźlicę; z 15-tu prób sera wykazali zarazek w trzech próbach. Lydia Rabinowicz [9]) bardzo wiele pracuje w ostatnich latach nad gruźlicą w nabiale. Prace jej odznaczają się ścisłością. Badała mikroskopowo 80 prób masła, w żadnej nie znalazła gruźlicy. Natomiast szczepiąc świnki morskie do otrzewnej w 23 próbach, t. j. 28%, pokazała się gruźlica.

Masło z jednego składu w Berlinie po zbadaniu wykazało we wszystkich próbach bakterye gruźlicze. W innym składzie wcale nie wykryto gruźlicy. Petri, Horman i Morgenroth [10]) dochodzą na podstawie swych badań do wniosku, że nie należy spożywać masła z mleka niepasteuryzowanego.

Przytoczyłem tylko kilka badań. Już z nich jednak widać, że w mleku i maśle, — tych codziennych pożywkach, stale spotrzebowywanych przez zdrowych i chorych, znajdują się żywe zarazki gruźlicze. Spożywając je codziennie, codzień też jesteśmy narażeni na zakażenie zarazkiem, którego fatalne działanie niewiadomo kiedy w ustroju naszym okazać się może. Przez długi czas sądziłem na podstawie własnych doświadczeń, że u nas gruźlica w nabiale nie jest tak częsta, jak gdzieindziej. Istotnie karmiąc świnki morskie mlekiem krów gruźliczych i szczepiąc je podskórnie — nie otrzymywałem zakażenia. Zacząłem stopniowo dochodzić do wniosku, że u nas rzadszem musi być zakażenie mleka gruźlicą, a to z powodu mniejszej centralizacyi handlu nabiałem. Łatwo zrozumieć, że tam, gdzie są spółki mleczarskie, gdzie mleko z kilkuset krów zlewa się razem, gdzie centryfuga odrazu zbiera masło, jedna chora sztuka w takiem mleku i maśle może spowodować zakażenie już w całym nabiale. Mniej ścisłe zorganizowanie handlu mleczywem u nas wychodzi nam tym razem na dobre. Przed trzema laty jednak, karmiąc świnki morskie mlekiem targowem, znalazłem w kilku przypadkach zakażenie. Postanowiłem przeprowadzić doświadczenia ściślejsze, które wykonałem w ostatnim roku przy udziale Dra Nitscha i wyniki ich podaję obecnie do wiadomości:

Pierwsza serya doświadczeń, do których mleko pobierano w różnych składach i było na targu badane chemicznie przez Dra Wróblewskiego, szczepiliśmy 32 świnkom morskim; — żadna z nich nie padła na gruźlicę.

W drugiej seryi szczepiono 28 świnek morskich, u dwóch z nich rozwinęła się gruźlica. Mleko pochodziło z obór podmiejskich.

Badanie w obu przypadkach wykryło w ogniskach zarazki gruźlicze. Ogólnie biorąc na 50 prób badanych w dwóch wykazano gruźlicę.

W jednej z obór, które dostarczały mleka do sklepu, wykonaliśmy wspólnie z Drem Wróblewskim i Nitschem przy pomocy Dra Rutkowskiego, weterynarza powiatowego, badanie wymion krów. Wzięliśmy również mleko wprost z wymion 10 krów. Badanie to dało wynik ujemny. Widocznie mleko pobrane ze sklepu nietylko z tego źródła pochodziło.

Wyniki badania: I Serya doświadczeń. Od 19–27 czer 1900 r. zaszczepiono 32 świnki, samce i samice, próbami mleka kupowanego w sklepach, mleczarniach lub na rynku. Szczepiono zawsze mleko centryfugowane przez 10—20 minut, w ilości od $^1/_2$—$1^1/_2$ ctm.^{3} pod skórę brzucha w linii środkowej lub z boku. Jedną próbą mleka zawsze 2 świnki: jednę warstwą górną (śmietanką), a drugą warstwą dolną. Pięć świnek szczepionych padło po upływie 1—3 dni wskutek zatoru tłuszczowego*) lub na posocznicę. U 11 rozwinęło się ropienie lub martwica skóry na różnej przestrzeni; — u reszty odczyn był nieznaczny. Świnki badano co 1—2 tygodni, jednak u żadnej nie rozwinęły się zmiany charakterystyczne dla gruźlicy. Po upływie więc 63 do 70 dni od dnia szczepienia doświadczenie zakończono.

II Serya doświadczeń. Od 19 wrześ. do 3 paźdz. 1900 r. zaszczepiono 28 świnek. Postępowano tak samo jak w I seryi. Cztery świnki padły po upływie 3—9 dni na posocznicę lub ropnicę; 1 po 7 tygodniach na sprawę zapalną w płucach przyrody zakaźnej; 1 po 80 dniach wśród wielkiego wychudzenia, — bez innych zmian anatomicznych w narządach. — U 5 świnek rozwinęło się ropienie lub martwica skóry na różnej przestrzeni; — u reszty odczyn nieznaczny. Świnki badano co 1—2 tygodni. U 20 nie zauważono żadnych zmian podejrzanych po 63—100 dniach, zatem doświadczenie skończono. — Natomiast u 2 rozwinęła się gruźlica, a mianowicie:

1) Świnka samiec, zaszczepiona warstwą górną mleka z ul. Blich 4 centryfugowanego, padła po 53 dniach z objawami gruźlicy, stwierdzonymi sekcyą. Badanie serowatej masy gruczołu na prątki gruźlicze dało wynik dodatni. Swinka druga, zaszczepiona tem samem mlekiem, warstwą dolną, nie okazywała żadnych gruźliczych zmian jeszcze po 80 dniach.

Mleko to miało pochodzić z obory p. A. R. z R. Żadna z badanych na miejscu krów nie okazywała gruźlicy wymion; mleko od 5 krów wzięto jałowo i zaszczepiono 10 świnkom, jednak żadna na gruźlicę nie zapadła; czas obserwacyi wynosił $2^1/_2$ miesięcy. Zachodzi więc podejrzenie, że sklep pobierał mleko również i z innych źródeł.

2) Świnka samica, szczepiona dolną warstwą mleka centryfugowanego, kupionego przy ul. Starowiślnej 1, okazała wyraźne zmiany gruźlicze w gruczołach po 60 dniach, a padła po 96 dniach; sekcya i badanie drobnowidowe potwierdziły gruźlicę.

Zatem na 30 prób mleka wykazano 2 razy gruźlicę, to znaczy w 6·66%. Jeśli się zaś odtrąci 9 świnek, padłych w pierwszych dniach po zaszczepieniu, gdzie zatem gruźlica choćby była, nie mogłaby się ujawnić, % będzie jeszcze większy.

I u nas zatem dała się wykryć gruźlica w mleku. Inaczej też i być nie mogło. Badania masła, które w dalszym ciągu przedsiębrać zamierzam, dadzą zapewne również nielepszy wynik. I nie może być inaczej, gdyż przeciętnie najmniej 50% krów naszych obór dotkniętych jest gruźlicą. Od roku 1895 nawołuję do stosowania tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego. W innych krajach już się to robi skutecznie. Z początku propozycya moja przyjętą została z wielką nieufnością i tylko w niektórych gospodarstwach dało się przeprowadzić szczepienia i stopniowo sztuki chore wyeliminować.

Obecnie rzecz się ma lepiej. W miarę rozwoju sprawy

*) Zator tłuszczowy łatwo powstaje po zastrzyknięciu 2—3 c.^{3} gęstej śmietanki.

za granicą, szczególniej w Danii, nieufność zmienia się powoli w zaufanie. W zeszłym roku na Zjeździe weterynarzy we Lwowie środek ten został przyjęty, jako najważniejszy środek rozpoznawczy. Czas też istotnie, ażebyśmy pomyśleli na seryo o środkach zaradczych, — a do tego w pierwszym rzędzie powołanem jest nasze Towarzystwo Lekarskie.

O środkach, jakie są w tym celu gdzieindziej stosowane, mówiłem już niejednokrotnie; obszerniej omówiłem tę sprawę w memoryale do Ministerstwa spraw wewnętrznych [11]).

Przed kilkoma tygodniami Ministerstwo rolnictwa poruszyło tę sprawę, poruczając Towarzystwu rolniczemu obmyślenie sposobów uzdrowotnienia przedewszystkiem obór zarodowych. Nie zrobi się to jednak bez pewnego nacisku ze strony lekarzy, jako najbardziej powołanych do należytego postawienia sprawy.

Literatura.

[1]) Nocard: Conference sur la tuberculose. 1893 Alfort. [2]) Priester: Centr. f. Bact. 1897. S. 609. [3]) Kühnau: *Ibid.* 1900. S. 448. [4]) Kunth: *Ibid.* 449. [5]) Roger et Garnier: *Ibid.* S. 230. [6]) Bujwid: „Przegląd Lekarski“ 1894, Nr. 49. [7]) Buege: C. f. Bacteriologie. 1897, S. 70. [8]) Groening: *Ibid.* S. 352. [9]) Rabinowicz: *Ibid.* S. 352, prócz tego *Ibid.* 1900, S. 610. [10]) Petri, Horman und Morgenroth: *Ibid.* 1898, T. XXIV. [11]) Bujwid: „Przegląd Lekarski“ 1898, Nr. 35, 36, 37. [12]) Bujwid i Kostanecki: „Przegląd Lekarski“ 1898, Nr. 13.

II. Kilka uwag o wodach alkaliczno-słonych i o wodzie z Krościenka nad Dunajcem.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Pospołu z innymi rodzajami rodzimych wód mineralnych przechodziły i szczawy alkaliczno-słone rozmaite fazy swego znaczenia, rozmaicie bywały oceniane i stosowane. Była nawet chwila, że zajmowały one stanowisko bardzo wybitne, stanowiły najważniejszy bodaj z czynników leczniczych w gruźlicy płuc. Poźniej straciły znacznie swą wziętość. I jak je niegdyś przeceniano, tak znów prawie bezpośrednio potem zaczęto odmawiać im wszelkiego niemal znaczenia. Jedno i drugie zupełnie było niesłuszne, ale bardzo naturalne i bardzo zrozumiałe wobec istotnych przełomów w nauce lekarskiej, przekształcania się tej nauki, rozwoju nowych pojęć, ustalania nowych metod badania, wobec dochodzenia do nowych wyników, osiąganych właśnie za pośrednictwem tych metod. Odnośnie do balneoterapii polegały one, jak wiadomo, na badaniu farmakodynamicznego wpływu najważniejszych składników wód mineralnych i na poznawaniu ich klinicznego działania.

W następstwie tych właśnie, ściśle już naukowych badań, w których nawiasowo mówiąc polscy lekarze poważny wzięli udział, odzyskały szczawy alkaliczne i w wyższym jeszcze stopniu alkaliczno-słone, lecznicze znaczenie, a co za tem idzie także zastosowanie i wziętość, trwalsze zapewne, niż dawniej i z obszerniejszym zakresem wskazań lekarskich.

Zbytecznem byłoby mówić o tem wszystkiem szczegółowo; znaczyłoby to powtarzać bez potrzeby rzeczy, powszechnie znane w nauce i uznane w praktyce. Nadmienić tylko możemy, że w obecnych warunkach życia i przy obecnym sposobie żywienia się, przeważnie potrawami mięsnemi, wody alkaliczne, a zwłaszcza alkaliczno-słone są ze wszech miar bardzo pożądane i bardzo wskazane, jako czynnik dyetetycznoleczniczy.

Jak wielką zresztą wody alkaliczne zyskały wziętość, jak bardzo ściśle złączyły się nierzadko z potrzebami codziennego życia i używania, dowodzi, między innemi i to bardzo dosadnie, wielka ilość flaszek tych wód, zużywanych i w naszym kraju, sprowadzanych całymi wagonami, — niestety, z poza naszych granic. Według liczb przybliżonych, które udało mi się uzyskać, pobiera Galicya z siedmiu tylko, najbardziej znanych zdrojów obcych, 1,135.000 flaszek rocznie. A mianowicie:

z Bilin	200.000
„ Ems	30.000
„ Giesshübl	305.000
„ Gleichenbergu	40.000
„ Krondorfu	100.000
„ Salzbrun	60.000
„ Selters	400.000
Razem	1,135.000

Liczby to aż nadto wymowne. Ale nietylko wymowne. Budzą one mimowolne rozmyślania, jeśli zechcemy spojrzeć na nie ze stanowiska nietylko lekarskiego, ale także ze stanowiska ekonomicznego, narodowego, jeśli spytać zechcemy, ile też biedny nasz kraj płaci za te wody, ile pieniędzy przechodzi do rąk obcych. Starałem się o odpowiedź na to pytanie, i dowiedziałem się, że Bilin zabiera nam 96, Ems 15, Giesshübl 146, Gleichenberg 22, Krondorf 48, Salzbrun 48, Selters 224 tysięcy koron — czyli, że Galicya wypłaca tylko siedmiu obcym przedsiębiorstwom zdrojowym za wody alkaliczne i alkaliczno-słone 600.000 koron rocznie. Wcale pokaźna suma, jak na nasze stosunki! Nie przynosi to zaszczytu ani nam, lekarzom, ani naszemu społeczeństwu. Nie chcemy, czy nie umiemy, pamiętać o naszych wodach lekarskich, nie chcemy, czy nie umiemy poznawać ich, oceniać i należycie popierać. Krocie giną marnie co roku, chociaż zewsząd słychać głosy biadania, głosy skarg i narzekań, chociaż wiele się mówi i radzi o ulżeniu w biedzie, o podnoszeniu przemysłu, o wyzyskaniu bodaj przyrodzonych skarbów naszej ziemi. Czynów, nie skarg nam potrzeba, czynów — nie narad i ankiet przeróżnych! Miejmy nienawiść dla pruskiej hakaty nie na ustach tylko, nie w sercach tylko, ale w czynie, w pracy, rozumnej w wyborze środków, wytrwałej w zabiegach, świadomej celu i skutków. Polem dla niej, niewątpliwie wdzięcznem, łatwem do wyzyskania, a bezsprzecznie obfitem w plony, byłby nasz przemysł zdrojowy, który najłatwiej może ze wszystkich innych gałęzi przemysłu podołałby przemożnemu współzawodnictwu zagranicy. Trochę tylko dobrej woli, trochę rzetelnego poparcia, a ręczyć prawie można za dobry skutek podjętych prac i starań.

Wielkie zapotrzebowanie i rozpowszechnienie wód alkaliczno-słonych daje już samo przez się wskazówkę, że i u nas do tych wód przedewszystkiem zwrócić się należy, skoro rozporządzać niemi możemy, że należy poznać dokładnie ich skład chemiczny, ocenić ściśle działanie kliniczne, a jeśli wynik badania jest pomyślny, polecać je i stosować w miejsce równorzędnych wód obcych.

Wychodząc z tego właśnie założenia, pragnę kilka słów

poświęcić szczawom alkaliczno-słonym w Krościenku, a zwłaszcza wodzie ze zdroju Stefana, jedynej wprowadzonej w handel i zdobywającej sobie zwolna uznanie i poparcie, wypierającej nawet, chociaż jak dotychczas w powolnem bardzo tempie, wody niemieckie.

Skład szczawy krościeńskiej ze zdroju Stefana jest, według rozbioru, wykonanego przez prof. K. Trochanowskiego, następujący:

W 1000 części znajduje się:

Wolnego CO_2	2072004
Chlorku sodu	2513670
„ potasu	0019510
Dwuwęglanu sodu	4597250
„ wapniu	1216990
„ magnu	0502330
„ żelaza	0017060
Siarkanu wapniu	0002570
Fosforanu glinu	0002800
Bezwodnika kwasu krzemowego .	0056520
Suma składników stałych . .	8942930

Istotnymi składnikami są więc w tej wodzie w myśl rozbioru obok wolnego kwasu węglowego, chlorek sodu, dwuwęglanu sodu i wapniu; na dalszym dopiero planie postawić można dwuwęglan magnu i żelaza, pojawiający się w ilościach nieznacznych. Jako szczegół korzystny wymienić jeszcze należy, pod pewnemi zresztą zastrzeżeniami, brak połączeń jodowych i połączeń kwasu siarkowego, bo w rachubę bynajmniej nie wchodzi 2$^1/_2$ miligrama siarkanu wapniowego w litrze wody.

Wobec powyższego składu należałoby wodę krościeńską ze zdroju Stefana nazwać dla ścisłości szczawą alkaliczno-słoną-wapniową.

Porównajmy ją teraz z wymienionemi już wyżej wodami, a mianowicie z wodą emską, gleichenberską, salzbruńską, selterską, które tak wielkiem cieszą się uznaniem, a przekonamy się, że i woda krościeńska przynajmniej w tym samym stopniu, na uznanie zasługuje.

Składniki w litrze wody

	krościeńskiej zdrój Stefana	emskiej zdrój Kränchen	gleichenbergskiej zdrój Konstantyna	salzbruńskiej zdrój Oberbrun	selterskiej (Niederselters)
Wolny CO_2 . .	2·072	1·039	2·266	985·11 ctm³	2·235
2-węglan sodu .	4·597	1·979	2·512	2·152	1·236
Chlorek „ .	2·513	0·983	1·851	0·176	2·334
2-węglan wapniu	1·216	0·216	0·354	0·438	0·443
Suma składników stałych . .	8·9429	3·519	5·401	3·816	6·676

Z zestawienia tego wynika, że nasza woda krajowa przewyższa każdą z wymienionych wód ilością składników stałych, że pod względem ilości wolnego bezwodnika kwasu węglowego dorównuje wodzie gleichenberskiej i selterskiej, przewyższa zaś wodę emską i salzbruńską. To też już ze stanowiska czysto chemicznego musimy wodę krościeńską postawić wyżej od tamtych. Zupełnie ztąd naturalny wniosek, że dzielniejszą okaże się ona w zastosowaniu lekarskiem, a nawet, że zakres wskazań dla niej będzie obszerniejszy wprost z tego powodu, że obok soli i sody zawiera w znaczniejszej ilości dwuwęglan wapniu.

Działanie wszystkich tych trzech, wymienionych powyżej połączeń jest do pewnych granic prawie równe. Wspólną ich cechę stanowi zdolność rozpuszczania śluzu i kwaśnych soli, jak szczawianu, kwasu moczowego, a dalej zdolność zobojętniania kwaśnej treści żołądkowej. Działają one także jako środki moczopędne, a więc pośrednio wpływają na zmniejszanie się nieżytowych obrzęków błon śluzowych i wysięków pozapalnych, sprowadzają dokładniejsze przepłókiwanie tkanin i obfitsze wydalanie zużytych wytworów przemiany pierwiastków.

Odnośnie do dwuwęglanu wapna nie należy zapominać o dwóch jeszcze właściwościach tego połączenia, które sprawiają, że należy stawiać je w pewnych razach wyżej, aniżeli dwuwęglan sodu. Jedna z tych właściwości jest przyrody chemicznej, druga raczej farmakodynamicznej, a obie doniosłe mają znaczenie nietylko dla balneoterapii, ale dla terapii wogóle.

I tak wykazały niezbyt dawne doświadczenia Lehmanna [1]), że węglan wapniowy, podany na wewnątrz, wpływa bardzo wyraźnie na ilość wydzielanego w moczu kwasu fosforowego i sodu, a dzieje się to skutkiem tego, że wapno, uległszy wessaniu w górnym odcinku jelit, łączy się w ustroju z bezwodnikiem kwasu fosforowego i jako fosforan wydzielone zostaje w jelicie grubem. Zmniejsza się skutkiem tego w moczu ilość kwaśnego fosforanu sodowego, która to sól, jak wiadomo, powoduje kwaśne oddziaływanie moczu; soda pozostaje w ustroju. Jeśli zaś uwzględnimy, że od ilości alkaliów wprost zależy stopień zasadowości krwi, jeśli uprzytomnimy sobie, jak wielkie znaczenie ma dla ustroju w myśl nowszych i najnowszych badań właściwy stopień zasadowości krwi, to pojmiemy łatwo, że wapnu w niektórych razach niepośledni wpływ przypisać wypada. We wszystkich więc przypadkach, w których leczenie zmierzać powinno do zmniejszenia kwasoty moczu i do podniesienia stopnia zasadowości krwi, daleko rychlej są wskazane szczawy alkaliczno słone, obfitujące w dwuwęglan wapniowy, aniżeli wody, w których związek ten pojawia się w małych tylko ilościach.

Wpływ farmakodynamiczny węglanu wapniowego poznaliśmy dzięki pracy, wykonanej w klinice krakowskiej pod kierunkiem Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego przez Dra M. Piątkowskiego [2]). Doświadczenia, przedsiębrane ze szczawą wapniową krynicką na całym szeregu chorych, okazujących zboczenia w czynności chemicznej błony śluzowej żołądka, wykazały, że szczawa ta bardzo dobrze zobojętnia nadmiar kwasu solnego w nieżytach kwaśnych, oraz kwasy organiczne, wytwarzające się w żołądku skutkiem kiśnienia w przypadkach nieżytów śluzowych; a co ważniejsza, że w tych właśnie przypadkach ługuję w znakomity sposób zymogen i zaczyn podpuszczkowy, że ułatwia w naturalnem następstwie tego trawienie mleka i sprawia, że chorzy mleko w większej ilości znosić mogą. Skoro zaś w ten sposób działa woda krynicka, w której znajduje się 1·5 grm. węglanu wapniowego, to łatwo przypuścić można, że podobny

[1]) E. Lehmann. Zur Wirkung des kohlensauren Kalkes. „Berl. klin. Wochenschrift“ 1894, Nr. 23.

[2]) M. Piątkowski. O działaniu soli wapiennych wogóle, a w szczególności wody krynickiej w niektórych chorobach żołądka. („Pam. Tow. lek. warszaw.“ 1896).

wpływ wywierać będzie także i woda krościeńska ze zdroju Stefana, zawierająca 12 grm. dwuwęglanu wapniowego w litrze.

Uwzględniwszy w ten sposób najważniejsze składniki wody krościeńskiej ze stanowiska lekarskiego, najzupełniej uprawnieni jesteśmy do twierdzenia, że woda ta, jako środek leczniczy lub dyetetyczny, istotne posiada zalety, i że nietylko najzupełniej dorównuje tak bardzo u nas rozpowszechnionym szczawom alkaliczno-słonym zagranicznym, ale że nawet je przewyższa.

Obecnie utrzymywać to można nietylko na podstawie teoretycznych wywodów; potwierdzenie tego wszystkiego mamy także w spostrzeżeniach i doświadczeniach, poczynionych z wodą krościeńską przez wielu już lekarzy, tak w szpitalnej, jakoteż i w prywatnej praktyce.

Spostrzeżenia lekarskie o tyle jeszcze są ważne, że utrwalają praktycznie zakres wskazań, opartych do niedawna prawie wyłącznie tylko na poznaniu składu chemicznego. Do rzędu tych wskazań, trzymając się najciaśniejszych granic, zaliczyć należy:

1) Choroby narządu oddechowego: *a*) nieżyty górnych dróg oddechowych (nosa, gardła, krtani, tchawicy); *b*) nieżyty oskrzeli grubych i drobnych, samoistne lub towarzyszące gruźlicy płuc, oraz nieżyty zastoinowe; *c*) sprawy nieżytowe miąższu płucnego; *d*) wysięki pozapalne w jamach opłucnowych.

2) Choroby narządu pokarmowego: *a*) wrzód żołądka peptyczny; *b*) nieżyt kwaśny; *c*) nerwice wydzielnicze, przebiegające z nadmierną kwasotą; *d*) nieżyt śluzowy żołądka przy nieprawidłowej fermentacyi treści; *e*) nieżyt jelit; *f*) nieżyt woreczka żółciowego i przewodów żółciowych.

3) Choroby narządu moczowego: *a*) przewlekłe zapalenie nerek; *b*) nieżyt pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych; *c*) kamica nerkowa kwaśna (*oxaluria, uraturia*).

4) Choroby przemiany materyi: *a*) skaza moczowa — dna; *b*) moczówka cukrowa.

Powyższe wskazania oparte są, jak to nadmieniliśmy, w małej części na teoretycznych poglądach na działanie szczaw alkaliczno słonych, zawierających wapno, w przeważnej zaś — na doświadczeniu lekarskiem. Wystarcza to niewątpliwie dla praktyki. Ale ze stanowiska naukowego zawsze wymagać jeszcze trzeba w takich razach ściślejszych prac klinicznych. U nas są one tembardziej wskazane, że jak dotychczas, wody nasze klinicznie badane były w bardzo tylko małym zakresie, a całe tu należące piśmiennictwo zamyka się w granicach badań wody gorzkiej morszyńskiej i szczawy wapniowo-żelazistej krynickiej. Z wodą krościeńską czynią się obecnie doświadczenia. Wyników dotychczasowych nie chcę uprzedzać; po ukończeniu badań zostaną w całości ogłoszone. Przyczynią się one niewątpliwie nietylko do dokładniejszego poznania farmakodynamicznego wpływu samej wody krościeńskiej, ale posłużą równocześnie do rozjaśnienia sprawy działania szczaw alkaliczno-słono-wapniowych wogóle.

* * *

III. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Warunkom chemiczno-fizyologicznym, wymaganym przez Robertsona, odpowiada mączka Kufekego, zalecana przez Drewsa w Hamburgu i Krausa z polikliniki Montiego. Jest ona łatwo strawna, nie zawiera skrobi, lecz węglowodany rozpuszczalne, dekstrynę i cukier gronowy; prócz tego zawiera składniki odżywcze, azotowe i bezazotowe, podobnie jak mleko kobiece. Po dodaniu mączki tej do mleka sernik krzepnie w delikatne strzępy. Jest ona dobrego smaku, przechowuje się łatwo i jest tania. Prócz tego podawał Kraus mączkę Kufekego z dobrym skutkiem w przebiegu zaburzeń w trawieniu i w przypadkach t. zw. rozwolnienia tłuszczowego. Z niemniej korzystnym wynikiem od dłuższego czasu podaje się dzieciom zupę Liebiga po czwartym miesiącu ich życia, szczególnie w przebiegu chorób przewodu pokarmowego. Podawana wcześniej, przed czwartym miesiącem, powoduje bezkrwistość, krzywicę i zaburzenia w trawieniu, gdyż oseski w wczesnym wieku nie trawią ziarn skrobi, Zupa ta w grubszych zarysach składa się z mąki pszennej i mleka niezbieranego (20 grm. mąki pszennej miesza się z 200 grm. mleka niezbieranego, rozciera się dokładnie i zagotowuje zwolna; jestto Nr. I. Następnie miesza się łyżkę słodu z 40 grm. jednoprocentowego rozczynu węglanu potasowego i to jest Nr. II. Tę ostatnią mięszaninę chłodzi się przez pół godziny i dolewa do Nr. I, mięsza przez kwadrans, ogrzewa aż do zagotowania i cedzi się. Obecnie wyrabia Hell podobną zupę dla wygody w ekstrakcie; $^{1}/_{3}$—3 łyżeczek tego wyciągu mięsza się z odrobiną mleka, a po dodaniu pół litra mleka, gotuje się mięszaninę, cedzi i przed podaniem chłodzi. Wyciąg Hella jest tani, nie zmienia się i ma za zadanie w pojedynczy i naturalny sposób zastąpić mleko kobiece) (Monti). Wychodząc z założenia, że u oseskówz chorobami przewodu pokarmowego wydziela się więcej amoniaku wskutek wzmożonego wytwarzania i wydzielania kwaśnych wytworów przemiany materyi, Keller radzi podawać pokarm bardziej alkaliczny, usuwać mleko i tłuszcze, a powiększyć zawartość składników pożywnych przez dodanie węglowodanów, a jako taki, zaleca słód. Podając zupę słodową, zawierającą mniej mleka i mąki, a więcej wyciągu słodowego, niż w zupie Liebiga, osiągnął Keller, jak również Gregor i Heubner wyniki znacznie lepsze, aniżeli przy wszystkich innych metodach karmienia. Niemniej pochlebnie wyraża się Escherich o zastosowaniu zupy Liebiga, żałując przytem, że trudności w wyrabianiu i wysoka cena stoją na przeszkodzie rozpowszechnieniu tego sposobu karmienia. Gregor badając wpływ zupy słodowej otrzymał korzystne wyniki i dochodzi do wniosku, że u dzieci z przewlekłemi chorobami żołądkowo-jelitowemi w wieku conajmniej trzech miesięcy do jednego roku życia, należy podawać w braku mamki zupę słodową przez kilka miesięcy; u dzieci młodszych lub wątłych spróbować zupę słodową pod nadzorem lekarskim, u dzieci zaś powyżej dziewięciu miesięcy z objawami krzywicy podawanie zupy słodowej z rozmaitymi dodatkami, jak grysik, grzanki i t. p. wpływa korzystnie na krzywicę. U sztucznie karmionych zdrowych oseskówprzy nizkiej wadze podawanie zupy słodowej daje tak dobre wyniki, jak każdy inny pokarm sztuczny. Przy odłączeniu od piersi można podawać zupę słodową naprzemian z piersią. Pani Guttelson zachwala mąkę z rośliny *Parkia biglobosa* zwaną „mąką Neré v. Nété“, podawaną oseskom z dobrym skutkiem. Mąkę gotowano z mlekiem przez kwadrans i podawano trzy razy dnia tak,

iż dziecko otrzymywało dziennie pół litra mleka i 50 grm. mąki. Brandenburg zaleca nutrozę *(Caseinnatrium)*, ponieważ wiąże ona dużo kwasu żołądkowego i wpływa korzystnie na trawienie, a Heim podaje 1 część aleuronatu na dwie części mąki owsianej, dodając mieszaninę do mleka; trawienie pozostaje prawidłowe i wynik ma być bardzo dobry. Mączka Punzmanna zalecana przez Gallattiego, zawiera dużo (21,87%) proteiny, jest gęstości ziarnek piasku, barwy jasno-brunatnej, smaku słodkawego; odznacza się tem, że można ją wyjaławiać po napełnieniu flaszek. Wynik również miał być korzystny. Grzanki Oppela t. zwane „Oppels Nährzwieback," w których skład wchodzi mąka pszenna, zagęszczone mleko szwajcarskie, fosforany i drożdże słodowe, polecane przez Kautscha, wywierały korzystny wpływ na przyrost ciężaru ciała, odżywienie, stan sił i wejrzenie zewnętrzne. Jakkolwiek autor kładzie szczególny nacisk na zawarte w grzankach fosforany, przypisując im doniosłe znaczenie w przebiegu krzywicy, gdyż dzieci zaczęły stawać i chodzić, zęby się szybciej przerzynały, łaknienie i trawienie się poprawiały i następowało stwardnienie szkieletu (!?), to jednak należy to ogłoszenie przyjmować z wielkim sceptycyzmem, gdyż dotyczy ono tylko jedenastu przypadków, z których nie wszystkie były krzywicze. Wreszcie szerszego rozgłosu nabrała somatoza, stosowana początkowo jako stężony środek odżywczy w przypadkach, w których obfitszego pokarmu podawać nie można, a więc w chorobach przewodu pokarmowego, w okresie ozdrawiania po ciężkich wyniszczających chorobach ostrych i t. p. Schramm i Wolf atoli użyli somatozy jako wyłącznego pokarmu dla osesków, polegając na tem, że zawiera ona $^9/_{10}$ albumoz, że nie zawiera istot, nie ulegających wchłanianiu i zdolnych do kiśnienia, że zawiera fosforan potasowy, czynnik ważny w budowie komórek, że ulega łatwo strawieniu i że wreszcie mleko krowie pod jego wpływem krzepnie w wiotkie strzępy. We wszystkich przypadkach zauważono przyrost na wadze, zmniejszenie się niedokrewności i powiększenie liczby ciałek czerwonych. Używano również somatozy z mlekiem, dodając 2 grm. na jeden litr mięszaniny mleka z wodą.

Jednym z najważniejszych czynników sztucznego karmienia jest mleko, używane jużto jako mleko kobiece, krów, kóz, oślic i t. p. Pierwsze jako pokarm naturalny, pomijam, w dalszym ciągu pragnę zwrócić uwagę na różnicę między pokarmem naturalnym a sztucznym. Lehmann podaje średnią składu chemicznego mleka krowiego i kobiecego w następujących liczbach:

	Mleko krowie	Mleko kobiece
sernika:	3%	1,20%
białka:	0,30%	0,50%
tłuszczu:	3,50%	3,8%
cukru mlek:	4,50%	6,10%
popiołu:	0,70%	0,210%
wody:	88,0%	88,50%

Różnica zachodzi pod względem sernika, cukru mlekowego i popiołu. Sernik mleka kobiecego i krowiego różni się zawartością siarki i fosforu, gdyż pierwszy zawiera więcej siarki, a mniej fosforu; zresztą różnice są nieznaczne. Sernik mleka kobiecego wymaga więcej kwasu solnego, a mniej ługu sodowego do rozpuszczenia i krzepnie w wiotkie strzępy, jak to badaniami swemi stwierdził Wróblewski w znakomitej i nader mozolnej pracy, podczas gdy mleko krów ścina się w zbitsze strzępy, gdyż zawiera według Soxhleta podwójną ilość sernika, sześciokrotną ilość wapna i trzykroć silniejszą kwasotę, niż mleko kobiece. Zmniejszenie kwasoty przez dodanie wapna nie jest dozwolone, albowiem mleko przy wyjaławianiu psułoby się, gdyż wapno niszczy cukier mlekowy. Przez zbytnie rozcieńczenie objętość pokarmu staje się za duża, a za mało w niej składników pożywczych; przez zmięszanie mleka krów z połową 12,3% roczynu cukru mlekowego otrzymuje się mięszaninę, w której brak tłuszczu zastępuje cukier mlekowy, zawartość istot białkowatych spada z 3,55% na 2,37% (mleko kobiece 2,29%), zawartość popiołu z 0.719 na 0,47 (mleko kobiece 0,31%). Jeżeli mleko krów chcemy uczynić podobnem do kobiecego, należy je według Hammarstena tak rozcieńczyć, ażeby zawartość sernika, wapna i kwasu fosforowego się zmniejszyła, a zawartość laktalbuminu jednocześnie wzrosła, co możemy uzyskać przez zmięszanie słodkiej żętycy ze śmietanką, a mianowicie 200 śmietanki + 800 żętycy, lub 100 śmietanki + 100 mleka + 800 żętycy daje mięszaninę o zawartości 1,4% białka, 7,8% albuminu i 6.3% sernika. Wobec podpuszczki zachowuje się podobnie jak mleko kobiece. Prócz tego wskazał Soxhlet na różnicę w zawartości soli, istot pożywnych i na stosunek pojedynczych składników mleka do siebie. Doświadczenie Umikoffa (przez zmięszanie 5 ctm.³ mleka kobiecego i 2,5 ctm.³ 10 procentowego roczynu amoniaku, mleko to zabarwia się na czerwono-fiołkowo, podczas gdy mleko krów się nie zmienia), skłoniło go do następujących wniosków: 1. Mleko kobiece z amoniakiem w ciepłocie pokojowej po pewnym czasie przybiera zabarwienie czerwono-fiołkowe, a mleko krów tego zabarwienia nie okazuje. 2. Nasilenie zabarwienia stoi w prostym stosunku do ilości amoniaku. Najmniejszą ilością amoniaku powodującą zabarwienie blado-fiołkowe, jest jedna kropla 10 procentowego roczynu amoniaku na 5 ctm.³ mleka. 4. Ogrzewanie mięszaniny przyspiesza powstanie zabarwienia, a najłatwiej powstaje ono przy 60 °C. 5. Przez gotowanie mleko kobiece nie traci tej własności zabarwiania się, jak również i przez oziębienie. 6. Dłuższe pozostawienie mleka nie osłabia tego odczynu i nie przeszkadza jego powstawaniu. 7. Sól kuchenna, węglan, dwuwęglan i siarkan sodowy, dodane do mleka kobiecego przed lub po zmięszaniu z amoniakiem, nie wywierają wpływu na powstanie tego odczynu, a chlorek amonowy przeszkadza jego powstaniu. 8. Mleko kobiece nawet silnie zakwaszone i zmięszane z amoniakiem daje zawsze odczyn. 9. Dodanie dwóch objętości nie zmienia odczynu, dwie do trzech objętości osłabiają go, a ponad trzy objętości przeszkadza jego powstaniu. 10. Chloroform i eter, dodane w jednej objętości, osłabiają odczyn, a ponad jedną objętość niszczą go. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8⁰ str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Akinetyczna psychoza ruchowa obejmuje różne obrazy chorobowe w tem do siebie podobne, że głównym ich objawem jest różny co do stopnia i rozmiarów stan akinezy. Akinezę, obejmującą największą część mięśni ciała, zwiemy nieruchomością. Stopień jej bywa różny; raz tak znaczny, że chory czyni wrażenie zmarłego, u którego tak oddechanie jak i czynność serca jest silnie upośledzona; innym razem przedstawia się ona jako stan podobny do snu. Kończyny chorych zwykle są chłodne i sine, ciepłota ciała zwykle obniżona. Tego rodzaju obrazy długotrwałej jakby sennej nieruchomości budzą nieraz publiczną sensacyę i bywają skwapliwie podawane przez dzienniki do publicznej wiadomości. W tych stanach chory nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne, nawet zadające mu ból, już to z powodu zajęcia sensoryum, już też z powodu analgezyi lub zaniku czynności odruchowej. Najczęściej atoli zauważa się jeszcze nieznaczne odruchy, n. p. zmrużenie powiek przy ukłóciu. Czasem odruch kolanowy jest zmniejszony; jednak zwykle wszystkie odruchy ścięgniste są silnie aż do ruchów drgawkowych (clonus) wzmożone. Chorzy oddają mocz i kał pod siebie, ślinę z trudnością łykają, pokarmów nie mogą przeł-

knąć, stąd trzeba ich karmić sztucznie zgłębnikiem. Zarazem zachodzi brak zupełny ruchów początkowania (inicyatywnych) i niemota *(mutacismus)*. Bierne ruchy są albo zupełnie łatwo wykonalne, lub co częściej się zauważa, zwłaszcza przy wykonywaniu ruchów biernych, znacznie nasilonych, pewną oporność mięśniową, zwłaszcza w zakresie zwieracza powiek, ust lub mięśni żwaczy. Im mocniej usiłuje się choremu rozchylić np. powieki, tem silniej on je zaciska. Objaw ten zwany negatywizmem, spotykamy w powiekach, ustach, żuchwie lub głowie, jeśli ją staramy się podnieść ponad posłanie chorego. Jeśli nieruchomość nie jest przytem zbyt silna, to takie ruchy bierne mogą wywołać u chorego objawy czucia bólu, np. łzy w oczach, skrzywienie twarzy itd. Przy badaniu ruchów biernych zauważa się nieraz gibkość woskową, polegającą na tem, że każdy ruch bierny natrafia na równomierny a umiarkowany opór, którego wynikiem jest zachowanie przez chorego położenia, nadanego mu przez ruch bierny. Objaw ten zauważamy najwybitniej na kończynach, podczas gdy w karku istnieje negatywizm. Nadane, choćby niewygodne położenie zachowuje chory przez kilka minut, nie zwracając przytem na lekarza i otoczenie całkiem swej uwagi, poczem opadają członki wedle prawa ciążenia, zajmując zwykle ułożenie. Nadane położenie może się czasem dłużej utrzymywać, a to gdy wystąpi (zwykle napadowo) stężenie mięśni, któremu toworzyszy zwykle zaczerwienienie się twarzy chorego i silny pot. Napady stężenia mięśni mogą w ciężkich przypadkach trwać kilka godzin, a chorzy, jak w doświadczeniu hipnotycznem, zachowują się podobnie do sztywnej kłody drzewa. Przyczyną tego objawu jest skurcz tężcowy mięśni, tem odmienny od tężca zakaźnego, że jest ciągły, nie tak nagły i bez przerwy (intermisyi). U chorych z akinezą zauważa się, że zachowują pewne nadane im położenia; np. posadzeni na krzesło, siedzą bez ruchu, postawieni — stoją itd, Poleceń danych im, aby np. wstali z łóżka, choć je nieraz widocznie pojmują, nie są w stanie wypełnić z powodu akinezy początkowania (inicyatywnej). Czasem znowu zdaje się w skutek przewrotności w czuciu położenia przyjmują chorzy opaczne pozycye (objawy parakinezy). Czasem znowu wykonują niezwykłe im ruchy n. p. chodzą krokiem takim, jak linoskoczki. Uporne milczenie *(mutacismus)* bywa nieraz przerwanem przez wielomówność (werbigeracyę), stanowiącą analogię do parakinetycznych objawów, do których zaliczamy także tak zwane stereotypie ruchowe, zjawiające się zwykle w chwili ustępowania nieruchomości. Są to jednostajne, rytmicznie powtarzane ruchy rzekomo samoistne, np. rytmiczne wysuwanie warg ku przodowi, kiwanie głową, tułowiem itd. Jeżeli chory chętnie poddaje się ruchom biernym i niemal sam do wykonania ich dopomaga, tak, że przy tych ruchach nie natrafia się na żaden opór w stawach, mówimy o *pseudoflexibilitas*, która występując w stanach średnio nasilonej nieruchomości polega do pewnego stopnia na poddaniu (sugestyi) choremu tego ruchu w chwili, gdy go lekarz wykonywa. Przypuszczenie to jest stwierdzone tem, że chorych tych można zapomocą poddania skłonić do przyjmowania pokarmów, mówienia i zaprzestania zanieczyszczania się. *Pseudoflexibilitas* zjawia się zwykle w chwili ustawania nieruchomości i oznacza zawsze poprawę stanu. Czasem znowu chorzy przyjmują sami przez się dziwaczne pozycye, np. stale z wyjątkiem chwili snu podnoszą głowę z posłania, mają głowę zwróconą ku górze, stoją w postawie kuczącej itd. Z tych omówionych objawów występują przy ogólnej nieruchomości gibkość woskowa i stężenie mięśni, przy częściowej akinezie uporczywe milczenie *(mutacismus)*, jadłowstręt i negatywizm ust, szczęk i karku. Przy średnio nasilonej ogólnej nieruchomości zjawia się *pseudoflexibilitas*. O przyczynie tych objawów można się czasem od chorych dowiedzieć w okresie zwolnienia (remisyi) lub powrotu do zdrowia. Zwykle fonemy treści nakazującej bywają przez chorych pomawiane jako przyczyny tych objawów. Stanom ciężkiej ogólnej nieruchomości towarzyszą zwykle silne zajęcie sensoryum i niepamięć z tego czasu zupełna, lub pamięć formalna, tj. senna. W stanach na tle histerycznem zaburzenie przytomności ma cechy zachwytu *(extasis)* z zachowaną pamięcią i czuciem wydarzeń nadziemskich. U tych to właśnie chorych zauważa się zwykle ustalone pozycye ciała, wyrażające zachwyt, a przypadki odnośne skłoniły do utworzenia odrębnej choroby, zwanej katalepsyą. Postać chorobowa, znana pod nazwą *melancholia cum stupore, vel attonita* nie ma z czuciową zadumą nic wspólnego i winna się zwać akinetyczną psychozą ruchową. Objawy akinetyczne wyżej opisane, czyli wedle Kahlbauma katatoniczne, mogą się zjawiać okresowo w największej liczbie przewlekłych psychóz postępujących. Ostremi zaś akinetycznemi psychozami nazwiemy te, w których objawy opisane wystąpią nagle i przez pewien dłuższy czas się utrzymają. Nieraz zdarza się, że objawy te zaskoczą człowieka niemal błyskawicznie, na ulicy itd.; czasem znowu poprzedza je okres wstępny z objawami ruchowej bezradności, lęku i napadów rozpaczy, lub kilkotygodniowy okres wstępny z urojeniem odnoszącem. Po okresie wstępnym zjawia się okres akinezy, przechodzącej w parakinezę (wielomówstwo, steorotypie, zmieniony chód itd.). Ten okres akinetyczno-parakinetyczny jest szczytem choroby i przechodzi w okres paranoiczny, w którym oprócz częściowo zachowanych jeszcze objawów parakinetycznych zjawiają się zwykle objawy hipochondryczne, jako znamię somatopsychicznej dezoryentacyi. Zwykle towarzyszą temu obrazowi objawy psychicznego wyczerpania. Czasem nastaje po okresie akinetycznym okres wybitnego niedołęztwa, które może ustąpić po pół- do roku, lub pozostaje jako stałe niepomyślne zejście. Przejście w trwałe niedołęztwo zdarza się zwykle tam, gdzie okres niedołęstwa poprzedził krótkotrwały okres paranoiczny. Nie iedy ten okres paranoiczny ustala się i nie przechodzi w zupełne uleczenie, a wówczas zaczynają się urojenia, zwykle mięszane, wielkości i prześladowcze (tak zwane urojenia prorocze) przeradzać w system przy formalnie wysokiej intelektualnej płodności (produktywności). Zdaje się, że tam, gdzie w ostrym okresie choroby było sensoryum silnie zajęte, przychodzi do okresu niedołęztwa, tam zaś, gdzie ono było nieznacznie upośledzone, zjawia się okres paranoiczny. Rozpoznanie tych stanów nie jest trudne. Choroba ta nagabuje osoby młode, zwłaszcza kobiety i zostaje w przyczynowym związku z miesiączkowaniem, połogiem, histeryą i miernego stopnia wrodzonem przytępieniem umysłu. Kończy się ona pomyślnie, czasem przechodzi w zniedołężnienie lub w przewlekły stan paranoiczny. Leczenie polega na zwalczaniu jadłowstrętu zapomocą poddawania (sugestyi), lub karmienia zgłębnikiem przez nos (wlewa się dwa razy na dobę płyn wedle składu podanego przez Voita, składający się z mleka, cukru i jaj, do którego przy końcu można dodać wino i leki np. żelazo itd.); na zmywaniu ciała, na mięsieniu, faradyzowaniu i wykonywaniu ruchów biernych. Rokowanie nawet co do życia poważne, w okresie wstępnym możliwe samobójstwa.

Omówione psychozy ruchowe mogą występować w różnych kombinacyach hiperkinezy i akinezy. Zauważa się tu zwykle dwa typy; w pierwszym występuje w przebiegu psychozy hiperkinetycznej, zdaje się wskutek wzmożenia sprawy chorobowej kilkugodzinny, lub kilkudniowy stan akinetyczny; w drugim pojawia się naprzemian stan hiperkinezy i akinezy, tworząc obraz analogiczny do obłąkania okresowego, zwany cykliczną psychozą ruchową. Ta cykliczna psychoza zdarza się prawie wyłącznie u dziewcząt i kobiet w związku z miesiączką lub połogiem. Zaczyna się hiperkinezą, po niej nastaje okres wyczerpania w postaci osłupienia *(stupor)* i okres akinezy, przechodzącej również w stan osłupienia. Okresowi hiperkinezy towarzyszy zwykle stan maniakalny, okresowi akinezy stan zadumy. Zwykle istnieje zupełna desoryentacya i ruchowa bezradność. Psychoza może mieć zejście pomyślne; gdy zaś w okresie hiperkinezy zjawią się fonemy treści hipochondrycznej, obu-

dzającej lęk, zejście jest niepomyślne, tj. przechodzi w trwałe niedołęztwo, lub nastaje śmierć.

Psychozy ruchowe z objawami hiperkinezy i akinezy zowiemy zupełnemi psychozami ruchowemi, które mogą trwać kilka godzin lub dni, nawracać się często i objawiać nadto zupełną dezoryentacyą z silnym afektem; w tych razach mówimy o psychozach przemijających *(p. transitoria)*, dla których nie wykazano tła padaczkowego. Przytomność bywa tu zamroczona lub zachowana.

W. nie uznaje stanowczego istnienia, jako odrębnej formy, zadumy z przygnębieniem *(m. depressiva)*. Chorzy tacy okazują objawy inicyatywnej niemoty, tj. przestają sami z siebie nagle mówić i działać (inicyatywna akineza). Ruchy ekspresyjne stają się skąpe, odczynowe (reaktywne) są nieco lepiej zachowane. Z ustaniem czynności kojarzenia ustaje afekt, związany z uczuciem psychicznej niedomogi; w miejsce zaś myśli nadwartościowej pojawia się brak (czasem zupełny) myśli. Zarazem niema tu objawów ruchowych, jak *flexibilitas*, stężenie mięśni i negatywizm. Obraz ten może się pojawić jako pogorszenie czystej zadumy. Czasem występują powyższe objawy na przeciąg kilku godzin lub dni w przebiegu psychóz ruchowych. Obraz zwany zadumą rzekomą jest identyczny z opisanym wyżej; trwa on zwykle przez dłuższy czas i stanowi pierwszy okres psychozy złożonej, zwykle niepomyślnie się kończącej, która posiada zrazu cechy zadumy czuciowej a po jej ustaniu cechy psychozy przewlekłej z urojeniem prześladowczem i wielkości. Czasem znowu przechodzi początkowy obraz zadumy z przygnębieniem w obraz niedowładu postępującego; zazwyczaj towarzyszą tej zadumie porażnej z przygnębieniem już od początku objawy porażne układu rzutowego.

Niedołęztwo nabyte odznacza się również intrapsychiczną akinezą, podobnie jak zaduma z pognębieniem *(melancholia depressiva)*; w obu przyczyną bezruchu (akinezy) jest intrapsychiczna afunkcya. Dotknięci nabytem niedołęztwem są pozbawieni motywów do objawienia swej woli, ztąd zachowują się spokojnie i zupełnie biernie bez autopsychicznego afektu. Zarazem uderza u nich lenistwo myśli, zubożenie sądów i pojęć (objawy defektu). Intrapsychiczna akineza, jaką się w tych stanach zauważa, odznacza się w odróżnieniu od psychomotorycznej akinezy równomiernością i ogólnością tego zaburzenia, wynikającego z obniżenia pobudliwości całego narządu kojarzenia, silnem upośledzeniem ruchów początkowania mniej silnem ekspresyjnych i odczynowych, brakiem objawów nieruchomości, jak *flexibilitas*, stężenie, negatywizm itd.

W przypadkach zupełnej psychozy ruchowej zdarza się objaw zwany mówieniem przymusowem, t. j. chorzy zaczynają w napadach kilkuminutowych, lub nawet kilkugodzinnych, z widocznym wysiłkiem wymawiać wśród objawów lęku albo pojedyncze bez związku słowa, albo liczby, albo zdania bez związku, głosem podniesionym, jednostajnym, jak uczeń recytujący bezmyślnie swą lekcyę. Jeźli napad taki trwa dłużej, to chory jest po nim oblany potem i silnie znużony. Chorzy ci podają zwykle, że to, co mówili, musieli mówić, a raczej powtarzać za głosami, poddającymi im te słowa. Mówienie przymusowe pozostaje w tym samym stosunku do rzekomo samoistnego mówienia, jak myśli swoiste do myśli przymusowych. Czasem występują w akinetycznych psychozach ruchowych objawy zwiotczenia zupełnego mięśni, zatem niejako objawy ich porażenia. Tak zwane hipochondryczne porażenia należą do zjawisk rzadkich i zdarzają się tylko w ciężkiej psychozie hipochondrycznej. Polegają na wykluczeniu woli w zlokalizowanych obszarach mięśni. Pokrewne im są objawy przykurczeń, które utrzymują się nieraz jeszcze po ustaniu objawów ostrej psychozy ruchowej.

Wyrażenie „abulia“ (brak woli“) zarzuca W. dlatego, ponieważ w psychozach ruchowych nie zachodzi chorobowe zaburzenie woli, t. j. niemożność wytworzenia się wyobrażenia celowego (w *Z*), lecz tylko zaburzenie identyfikacyi między *Z* a *Cm*. Tem też tłómaczy się możliwość utrzymania się przykurczeń i porażeń po ustaniu ostrej psychozy.

Rozważając psychozy ruchowe dochodzi się do przekonania, że w nich grupa wyobrażeń, tworzących świadomość swej osoby, jest oddzielona od machiny ruchów ciała, zwykle opanowanej przez te wyobrażenia własnej jaźni. To rozluźnienie skojarzeń ruchów z wyobrażeniami własnego ja jest procesem sejunkcyi. Pierwszym zaś objawem tej w mowie będącej sejunkcyi są objawy ze strony mowy. To też, jeżeli chory je objawia, jeżeli jest milczącym i na pytania mało odpowiada, należy zawsze zbadać zachowanie się ruchów biernych, przyczem nieraz zauważy się objaw „pseudoflexibitas“. Ponieważ czucie mięśni wchodzi w zakres świadomości cielesności, przeto ruchy chorych lub zdrowych osób stanowią wynik pobudliwości, rozgrywającej się w zakresie tej świadomości. Tak więc nieprawidłowe ruchy chorych najlepiej się tłómaczą zaburzeniem tej świadomości.

Oprócz omówionych dotąd psychóz pojedynczych, czyli zasadniczych, istnieją częstsze od nich psychozy mięszane i złożone. Do mięszanych należą wspomniane już przejścia między dwiema ostremi psychozami pojedynczemi, np. psychoza stojąca w pośrodku między psychozą lękową a zadumą czuciową, dalej zaduma ruchliwa *(m. agitata)*, psychoza lękowa z objawami maniakalnymi, zaduma hipochondryczna jako przejściowa forma między auto- a somatopsychozą, ostra alosomatopsychoza. Tu należą przypadki ostrej, całkowitej, czuciowej psychozy *(ps. sensorica acuta totalis)*, odznaczającej się zupełną dezoryentacyą we wszystkich trzech świadomościach, nader silnym lękiem, fantastycznem urojeniem hipochondrycznem prześladowczem *(Bedrohungswahn)*, urojeniami autopsychicznemi małości i kontrastującemi urojeniami wielkości, wreszcie gromadnymi omamami, obawą przed zbliżaniem się do chorego osób z otoczenia i bronieniem się przed nimi na oślep. Postać ta lubi występować epizodycznie, jako psychoza przemijająca, trwająca przez kilka godzin lub dni i zwykle albo na tle zatrucia przewlekłego alkoholowego, lub na tle zwyrodnienia padaczkowego lub histerycznego, albo też po urazie w głowę. Fantastyczne urojenie grożącego niebezpieczeństwa *(Bedrohungswahn)* wytwarza się w postaciach epizodycznych w krótkim czasie, w innych powoli w ciągu kilku tygodni z objawów hipochondrycznych wstępnego okresu i wtedy dołączają się do niego omamy wszystkich zmysłów, urojenia odnoszące i wyjaśniające, a w dalszym ciągu przy dłuższem trwaniu szczytu choroby naprzemian objawy hiper-, para- i akinezy, które sprowadzają szybko wyczerpanie i śmierć. Psychozę o powyższym przebiegu postępującym zowiemy *psychosis sensorica, progressiva, acuta*. Te dwie ostatnie postacie osłabiają i niszczą ogólny stan chorego w przeciągu krótkiego czasu, to też chorzy okazują silną prostracyę, ogólne drżenie mięśniowe, chrypkę, obłożenie języka, ust, zębów, ciężkie zmiany odżywcze z następowem zakażeniem krwi. Zmiany odżywcze np. na skórze, mogą być następstwem ognisk zapalnych w przednich rogach rdzenia. Tego rodzaju przypadki opisywano pod mianem odrębnej ostrej psychozy t. j. *delirium acutum*. Na szczęście tak ciężki przebieg tych psychóz jest rzadki, a pewna część ich o takim przebiegu zwłaszcza dodatkowo z objawami ze strony układu rzutowego przedstawia galopującą postać niedowładu postępującego *(paralysis progressiva florida)*. Zazwyczaj odznacza się ich przebieg umiarkowanym afektem i więcej częściową dezoryentacyą, np somatopsychiczną wskutek urojenia ciąży itd.; fonemy i urojenia wyjaśniające stanowią wtedy objawy dodatkowe, również i chwilowe objawy ruchowe niezbyt silne. Z innych mięszanych psychóz trzeba wymienić postacie mięszane psychóz czuciowych i ruchowych, np. manię z zamięszaniem, dalej wszystkie psychozy akinetyczne, z których dotąd nie dało się wyodrębnić postaci pojedynczych, cykliczne psychozy, wreszcie obraz manii gniewliwej *(zornmuthige Manie)*, stanowiący kombi-

nacyę manii z wyobrażeniami i fonemami lęku, a zwykle i z alopsychicznem urojeniem odnoszącem i z hipermetamorfozą. (c. d. n.)

V. Wyciągi.

Uhlenhuth. **Dalsze doniesienie o własnym sposobie wykrywania krwi ludzkiej.** *(Deutsche med. Wochens.* 1901. Nr. 17). Sposób Uhlenhutha polega, jak wiadomo, na zastósowaniu swoistej surowicy, wywołującej strąt w rozczynie krwi tylko jednego gatunku zwierząt. Surowicę tę otrzymuje się zaś, wstrzykując krew owego gatunku zwierzętom jakiegoś innego gatunku. Podstawą sposobu U. było spostrzeżenie, że zupełnie podobnie zachowują się rozczyny białka wobec surowic swoistych, otrzymanych przez wstrzykiwania białka. (Podobny do sposobu U. sposób wykryli inną drogą i opracowali dla celów lekarskich Wassermann i Schütze. Porówn. *Przegląd lekarski* 1901 Nr. 10).

Dalsze badania w tym kierunku doprowadziły Uhlenhutha do wniosku, że białka jaj ptasich należą po części do tej samej odmiany białka, jaka znajduje się w krwi tych gatunków ptaków: mimo to jednak nie można sposobem Uhlenhutha napewno odróżnić białka jaj kurzych, od gęsich, kaczych i t. d., chociaż krew tych gatunków daje się tą drogą odróżnić.

Pod względem praktycznym zasługują na uwagę szczegóły, stwierdzone obecnie przez Uhlenhutha: że krew ludzka wyschnięta (nawet od dawna) daje swoisty odczyn; że również i krew gnijącą można z dobrym wynikiem badać, gdyż nawet po 3 miesiącach powstaje w niej strąt pod wpływem swoistej surowicy. — Okazało się dalej, że odczyn udaje się także: w moczu miesiączkowym, w krwi zamrożonej przez dwa tygodnie, w wodzie, w której prano krwawe szmaty z pomocą słabo zasadowego mydła, w końcu w krwi tlenkowęglowej.

Swoista surowica wytrzymuje ogrzanie do 60° C. przez godzinę, nie tracąc swych własności; zachowuje je także po dodaniu 0·5% kwasu karbolowego przynajmniej do 3 miesięcy. *C.*

Funk. **O przyczynie ospy krowiankowej.** *(Deuts. med. Wochens.* 1901 Nr. 9). Prof. Podwysocki i Doc. Mankowski. **W sprawie przyczyny ospy krowiankowej.** *(Deuts. med. Wochs.* 1901 Nr. 17). Funk twierdzi w tymczasowem doniesieniu, iż wykrył swoistą przyczynę ospy krowiankowej w postaci *Sporidium vaccinale.* Podwysocki i Mankowski, którzy zajmowali się oddawna tą sprawą, odmawiają spostrzeżeniom Funka wszelkiej wartości, i wyjaśniają, że Funk uważał za pasorzyty stłuszczone komórki nabłonkowe, za zarodniki — pojedyncze kropelki tłuszczu, za morulę — gromadki komórek nabłonkowych. *C.*

Sacquépée. **Zmienność zdolności zlepiania się prątka durowego.** *(Annal. de l'Inst. Pasteur* 1901 Nr. 4). Nie każda odmiana prątka durowego ulega równie łatwo aglutynacyi w równych zresztą warunkach (pod działaniem tej samej surowicy). Zmiana zdolności zlepiania się bywa przejściową. Praktycznie najważniejszem jest zmniejszenie się tej właściwości. Spotyka się mianowicie pewne odmiany prątków (rzadziej w wodzie, częściej u chorych durowych), które nie różnią się niczem od prątków durowych prócz tego, że pod działaniem surowicy durowej zlepiają się z trudnością lub wcale nie ulegają aglutynacyi. Przechowywane w hodowli zamkniętej, prątki te mogą odzyskać utraconą własność i po jakimś czasie ulegać pod wpływem surowicy durowej wybitnej aglutynacyi. Z drugiej znów strony można zwykłe prątki durowe pozbawić własności zlepiania się, poddając je działaniu (w wprowadzanych śródotrzewnowo torebkach kolodyonowych) ustroju uodpornionego przez czas dłuższy. — Wynika z tego, że prątki durowe, nie zlepiające się pod wpływem surowicy durowej, są niewątpliwie zwykłymi prątkami durowymi, które zmieniły swe własności przez przystósowanie się do warunków środowiska. *C.*

Sacquépée. **Zakażenie wtórne** *bacil. mesenteric.* **w przebiegu duru.** *(Annal. de l'Inst. Pasteur* 1901 Nr. 4). *Bac. mesentericus* uchodził do niedawna za drobnoustrój obojętny, nie wywołujący nigdy żadnych spraw chorobowych w ustroju zwierzęcym: dopiero niedawno (1898) zdołał Vincent uczynić go sztucznie chorobotwórczym u zwierząt. Nie spostrzegano jednak nigdy samoistnego zakażenia tym prątkiem u zwierząt, tem mniej u ludzi. S. opisuje dwa przypadki duru, odznaczające się przerywanym torem gorączki, w których we krwi (a w jednym przypadku także w plwocinach) wykazano *bac. mesentericus.* Hodowle jego z początku odbiegały od zwykłego typu, zbliżając się do hodowli odmiany, sztucznie dla zwierząt chorobotwórczej (silne zmącenie bulionu, słaby wzrost na agarze i ziemniaku), po kilku dniach jednak przybrały zwykłe cechy. Dla zwierząt prątek nie był zabójczy, ale wywoływał u nich sprawy ropne. Autor sądzi, że *bac. mesentericus* w opisanych przypadkach wtargnął w głąb ustroju przez owrzodzenia durowe jelit, nabywszy poprzednio jadowitości sposobem bliżej nieznanym. *C.*

Prof. A. Landerer (Stuttgart). **Obecny stan leczenia gruźlicy hetolem.** *(Berliner Klinik* 1901 Nr. 153). Już w roku 1888 pojawiła się pierwsza publikacya tegoż autora w sprawie leczenia gruźlicy kwasem cynamonowym, a przed dwoma laty treściwa książka (Landerer, „Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure", Lipsk 1898 T. C. W. Vogel, str. 308, XIII tabl.), podająca dokładnie zasady i wyniki dotychczasowych spostrzeżeń. Oczywiście, że bezpośrednim następstwem tego były liczne badania kontrolne, dokonane przez innych, które w mniejszym lub większym stopniu przyjmowały lub odrzucały nową metodę; w każdym razie lepiej jest, — jak doświadczenie uczy, — jeśli pewne nowe postępowanie natrafia w swych początkach na liczną krytykę, aniżeli na żadną.

Dla lepszego zrozumienia rzeczy nieodzownem jest, by przynajmniej w jednem streszczeniu podać teoretyczne podstawy, na których się opiera stosowanie hetolu w gruźlicy. Kwas cynamonowy i jego sole są w wysokim stopniu dodatnio chemotaktyczne. Wprawdzie do dziś dnia niema dokładnego tłómaczenia istoty „chemotaxis"; można sobie jednak o tem wyrobić pojęcie na podstawie zasadniczych badań Lebera i Pfeffera. Jeśli się bowiem podczas drobnowidowego badania bakteryj, lub białych ciałek krwi, doda na brzeg szkiełka przykrywkowego pewną ilość dotyczącego odczynnika, wówczas można zauważyć, że drobnoustroje lub białe ciałka posuwają się w kierunku odczynnika, lub od niego się oddalają: — pierwszy objaw nazywa się dodatnio chemotaktyczny, drugi ujemnie. Otóż chemotaktyczne własności kwasu cynamonowego zaznaczają się w godny uwagi sposób: po wstrzyknięciu tego kwasu do żyły wzrasta już po kilku godzinach liczba ciałek białych we krwi, przybywają bowiem ze szpiku kostnego i śledziony — objaw, który znów znika po 24 godzinach u osobników zdrowych, podczas gdy u ludzi chorych usadawia się pewna część leukocytów w miejscach przez gruźlicę zajętych. Po kilkakrotnych wstrzykiwaniach widać, że białe ciałka krwi coraz więcej na kształt wału otaczają ognisko gruźlicze, z biegiem czasu wytwarzają się w tem miejscu zbita tkanka łączna i nowe naczynia krwionośne, aż wreszcie zamiast gruzełka, mamy przed sobą gwiazdowatą bliznę. Pod wpływem więc kwasu cynamonowego występują okresowo wszystkie te zmiany (otorbienie, rozrost tkanki łącznej i zbliznowacenie ogniska gruźliczego), które przy samowyleczeniu zauważyć można.

Przechodząc do techniki stosowania hetolu, nadmienić należy, że do wstrzykiwań wstrzykawką Pravatza używa się zwykle 1%—2% rozczynu cynamonianu sodowego w przekroplonej wodzie lub w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, o oddziaływaniu słabo alkalicznem; miejscem wstrzykiwań jest żyła łokciowa lub ramienna (v. cephalica), albo też pośladki, zachowując oczywiście przy tych zabiegach wszystkie środki ostrożności (bańki powietrza!). Jedyną istotną trudnością przy stosowaniu hetolu jest wybór odpowiedniej dawki; według autora każdy przypadek ma swoją indywidualną dawkę. Rozpoczyna się zwykle od wstrzyknięcia 1 mg. hetolu w żyłę, powtarzając ten zabieg co 3 dzień, lub u chorych przychodnich 3 razy tygodniowo, każdym jednak razem podwyższając dawkę o 0·5 mg., a u starszych osobników co drugi raz; jako dawkę prawidłową uważa się tę, przy której objawy przedmiotowe i podmiotowe równomiernie się polepszają, waga ciała się podnosi, ciepłota jest prawidłowa i chory wogóle czuje się dobrze. Każde podniesienie ciepłoty wskazuje na dawkę za wielką, co się przyjmuje za pewnik, jeśli z zaprzestaniem wstrzykiwań lub zmniejszeniem dawek ciepłota opada. Według dotychczasowych spostrzeżeń dawka prawidłowa dla mężczyzn wynosi 8—10—15 mg., a dla kobiet 5—10 mg.: do tych wysokości dochodzi się zwykle po 3—5 tygodniach: w każdym razie należy się trzymać zasady, że im słabszy jest osobnik i im wyższa ciepłota ciała, tem mniejsza powinna być dawka. — Wszyscy autorowie, którzy stosowali tę nową metodę leczenia gruźlicy, zgadzają się w jednym punkcie, że w przypadkach niepowikłanej gruźlicy płuc hetol działa bezwarunkowo skutecznie, co także i piśmiennictwo dosadnie stwierdza. Samo się przez się rozumie, że powikłania pogarszają znacznie rokowanie, a w pierwszym rzędzie należy wymienić gorączkę. Czysta gruźlicza gorączka, dochodząca zwykle do 38·2°—38·8°, znika po niejakim czasie skutkiem hetolu, który z drugiej strony wcale nie wpływa na gorączkę zakaźną, będącą następstwem zakażenia mięszanego.

Drugiem nie mniej ważnem powikłaniem są krwotoki: — zasadą jest, by po obfitszem krwawieniu zaprzestać na kilka dni dalszego stosowania hetolu, aż plwocina nie przestanie okazywać śladów krwi, jakkolwiek dłuższy czas utrzymująca się krwawo zabar-

wiona plwocina nie jest przeciwwskazaniem do wstrzykiwań kwasu cynamonowego, jakby to teoretycznie zdawać się mogło. Co się tyczy jam płucnych, to już dzisiaj piśmiennictwo wykazuje 30% wyleczenia; w każdym razie każą niepomyślnie rokować, tem bardziej, jeśli się łączą z stale podwyższoną ciepłotą ciała; — mniejsze już znaczenie mają powikłania ze strony przewodu pokarmowego.

Na pytanie, jak długo należy stosować wstrzykiwania, trudno odpowiedzieć; trzeba każdy przypadek chorobowy indywidualizować. Koniecznem jednak jest przeciągnąć leczenie jeszcze na 4 tygodnie od chwili stwierdzenia braku wszelkich szmerów w płucach i prątków w plwocinie. Zważywszy dalej zupełną nieszkodliwość hetolu, lepiej jest za długo leczyć, aniżeli za krótko; dla średnio ciężkich przypadków wystarczy 3—5 miesięcy do wyleczenia; w ciężkich przypadkach należy co drugi lub trzeci miesiąc ustanowić przerwę 2—3 tygodniową, lub też przez pewien okres czasu stosować bardzo małe dawki (1—2 mg.). Po przerwie należy znów stopniowo zwiększyć dawki.

Przechodząc do sumarycznego wyniku tego postępowania leczniczego, stwierdzić można ciekawy fakt, że liczba odsetkowa wyzdrowień była u wszystkich badaczy prawie jednakową. Autor uzyskał 75,4%, nie wyłączając przypadków bardzo ciężkich; Krämer 72,8%, Humbert niespełna 80%; Weissmann 80% i t. d. Według tych obliczeń wyniki byłyby bardzo dobre. Atoli nie można nabrać innego przekonania, jeśli się zważy, że w przypadkach dokładnie stwierdzonej gruźlicy płuc i przy stosowaniu wszystkich możliwych ku temu środków sprawa chorobowa nietylko się nie poprawia, ale owszem z dnia na dzień się pogarsza, a dopiero w krótkim czasie po użyciu hetolu następuje polepszenie, wówczas mimowolnie musi się nasunąć wniosek, że polepszenie jest jedynie wynikiem działania hetolu. Na dowód tego można także przytoczyć badania anatomopatologiczne; Ewald opisuje przypadek, w którym stwierdził po hetolu łącznotkankowe zbliznowacenie ognisk gruźliczych; tak samo Krämer i Morkowitin. Wreszcie napomknąć należy, że ubocznych szkodliwych działań nigdy nie zauważono; — jeśli się jakie pojawiły, były one następstwem użycia nieczystych przetworów lub roztworów hetolu, albo nieumiejętnego stosowania metody.

Bardzo wdzięcznem polem dla działania kwasu cynamonowego jest gruźlica gruczołów chłonnych i przewodu pokarmowego: — pomyślne wyniki dochodzą niespełna do 80%. Gorączka zwolna opada, biegunka i bolesność brzucha stopniowo znikają, łaknienie wraca, i już po 6 tygodniach widać znaczne polepszenie; gruźlica otrzewnej mniej się nadaje do leczenia hetolem: — to samo można powiedzieć o gruźlicy narządu moczowego; natomiast gruźlicze zmiany w narządzie płciowym dawały lepsze wyniki. W przypadkach gruźlicy, nadającej się do zabiegu operacyjnego, należy stosować hetol naprzemian z wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej.

Ogólnie rzecz biorąc można powiedzieć, że pod wpływem działania hetolu dadzą się prawie na pewno wyleczyć niepowikłane postacie gruźlicy, oczywiście jeśli nie doprowadziły jeszcze do większych zmian i nadmiernego upadku sił ustrojowych. Z uwagi zaś, że z małymi wyjątkami wszystkie przypadki tej choroby można wcześnie rozpoznać, otwiera się dla metody hetolowej szerokie pole do zwalczania gruźlicy. Dla lekarza-praktyka ma ta metoda o tyle znaczenie, że może objąć leczenie przychodnich chorych gruźliczych lub też takich, którzy za wcześnie opuścili sanatorya, nigdy jednak nie powinien lekarz się podjąć leczenia suchotników, u których gruźlica przebiega z wysoką gorączką, lub już doszło do większych zmian w płucach, zbyt często bowiem dozna rozczarowania.

Dr. H. Pisek.

Prof. Sata (Osaka, Japonia): **Znaczenie mięszanego zakażenia dla objawów klinicznych i przebiegu gruźlicy.** *(Zeits. für Tuberkulose und Heilstättenwesen.* T. II. Z. 1). Niebezpieczeństwo, wynikające z suchot, polega jedynie na pojawiających się krwotokach, na rozwinięciu się z biegiem czasu gruźlicy prosówkowej i wybuchu zakażenia mięszanego; dwa pierwsze stany są zazwyczaj dziełem ostatniego; innem niebezpieczeństwem, które zagraża suchotnikom, jest zatrucie, w czem znów rzeczone zakażenie odgrywa pierwszorzędną rolę (Babes, Cornet, Ortner i inni) — jego więc usunięcie jest jednem z najgłówniejszych zadań celem zwalczania gruźlicy.

Pod mianem mięszanego zakażenia w ogólnem znaczeniu należy rozumieć pojawienie się różnych postaci zakażeń (nawet zupełnie od siebie niezawisłych) w jednym i tym samym ustroju, n. p. rzeżączki u suchotnika, w szczególności zaś połączenie się zmian miejscowych z działaniem ogólno-ustrojowem. Badania autora wykazały, że w jamach płucnych natychmiast po ich zetknięciu się z powietrzem osiadają inne drobnoustroje, rozmnażają się, atoli nie muszą się stać przyczyną nowych zmian anatomicznych; ten stan nazywa Sata „pierwszym i drugim okresem utajonego zakażenia mięszanego“. Trudno określić szczegółowo kliniczny obraz takiego zakażenia, brak bowiem wyraźnych oznak lub objawów; na uwagę jednak zasługują: atypowa gorączka, obfite odkrztuszanie i zapalenie rozległe („mięszane“), znane pod różnemi nazwami (nacick galaretowaty Laënneca, gładkie zapalenie płuc Virchowa, serowate zapalenie płuc Ortha i t. d.), a rozwijające się prawdopodobnie skutkiem wspólnego działania prątka gruźliczego i innych drobnoustrojów (Ziegler, Baumler). O towarzyszącej gorączce można powiedzieć, że jest bezpośrednim wynikiem gruźlicy, a Spengler i Schabad twierdzą, że gorączka niszcząca (hektyczna) o typie odwróconym (typus inversus) jest znamienną cechą gruźlicy. Wreszcie kaszel z odkrztuszaniem ma również wielkie znaczenie: czy jednak w danym przypadku zachodzi zakażenie mięszane, czy nie, rozstrzyga badanie drobnowidowe: plwocina, zawierająca inne drobnoustroje razem z prątkami gruźliczymi lub bez nich, przemawia za mięszanem zakażeniem, same zaś prątki są dowodem czystej gruźlicy. Nigdy atoli nie trzeba polegać na jednorazowem badaniu. Postępowanie lecznicze zasadza się na stosowaniu ogólnych prawideł higieniczno-klimatycznych: świeże, bogate w ozon powietrze, w szczególności klimat górski lub lesisty przy dobrem odżywieniu, posłużą do wstrzymania sprawy chorobowej, wreszcie wodolecznictwo, celem wzmocnienia ustroju. Klinicyści zalecają nadto kreozot i jego pochodne, wdychania olejków wonnych, szczególnie miętowego.

Dr. Henryk Pisek.

M. J. Voisin. **O wpływie różnych chorób na przebieg padaczki.** *(Semaine médicale* Nr. 12, 1901). Wielu starożytnych autorów, jak Hipokrates, Van Swieten, Portal, Sauvages, a później Esquirol, Georget, Gérard, Rivière i Herpin nadmieniali o wpływie innych chorób, zwłaszcza zimnicy, na przebieg padaczki. Delasiave pierwszy wyraźnie wskazuje na korzystny w tym względzie wpływ chorób zakaźnych. Autor wszelako przedstawia, że choroby gorączkowe mogą wywierać na padaczkę wpływ nietylko leczniczy, lecz i przeciwnie — drażniący. Są to spostrzeżenia, poczynione w szpitalu Salpêtrière. — Podczas okresu ostrego róży napady padaczkowe ustawały, aby z nadejściem rekonwalescencyi znowu wybuchnąć. U chorej na padaczkę, cierpiącej jednocześnie na cukrówkę moczową, napady zniknęły podczas licznych po sobie następujących wybuchów wąglika *(anthrax).* Podczas zapalenia płuc w jednych przypadkach spostrzegano wpływ na padaczkę korzystny, w innych przeciwnie niekorzystny. — W przebiegu odry u jednych osobników podczas wysypywania malała liczba napadów padaczki, by się zwiększyć podczas powrotu do zdrowia; u innych zaś było wybitne wzmożenie się liczby napadów. — Po szczepieniu ochronnem przeciw ospie nie dostrzegano zmian. — Podczas ostrego okresu błonicy objawy padaczki zupełnie znikały, lecz wracały do pierwotnego stanu podczas rekonwalescencyi. Wstrzykiwanie ochronne surowicy przeciwbłoniczej nie wywierało wpływu; natomiast częściej po tych wstrzykiwaniach pokazywały się u chorych padaczkowych rumienie. Nadto autor zauważył, że podniesienie się ciepłoty o kilka dziesiętnych, stale się powtarzające w okresie ponapadowym, bywa wybitniejsze w przebiegu chorób wikłających.

Dr. M. Blassberg.

Langer (Praga). **Ciężkie nadżerki, wywołane przez szare mydło u 18-miesięcznego dziecka.** *(Münchener mediz. Wochenschrift* Nr. 15, 1901). Wspomniawszy pracę Johanessona, który w Chrystyanii miał sposobność widzieć wielką liczbę przypadków tego zatrucia, opisuje autor przypadek ciężkich następstw u dziecka ośmnastomiesięcznego po zażyciu wewnętrznem małej ilości szarego mydła, poczem wystąpiła znaczna bolesność, oddech powierzchowny, a błona śluzowa wargi dolnej, policzków, podniebienia miękkiego i twardego i powierzchnia migdałków były szarawo-biało zabarwione. Drugiego dnia nastąpiła śmierć wśród drgawek, a badanie pośmiertne wykazało nadżarcie w ustach, przełyku i żołądku. Ilościowe badanie chemiczne mogłoby rozstrzygnąć, czy zażyta ilość szarego mydła była jedynym i wyłącznym powodem śmierci. (O pracy Kramsztyka, ogłoszonej w *Medycynie,* wzmianki w pracy tej niema. *Przyp. sprawozd.).*

Jan Landau.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 kwietnia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II. Prezes odczytał list kol. Sciborowskiego, wyrażający Towarzystwu podziękowanie za zamianowanie go członkiem honorowym. Przyjęto do wiadomości.

III. Kol prof. Bujwid miał wykład: »O wynikach badania mleka krakowskiego na gruźlicę.« (Przeznaczone do druku).

W rozprawach zabrał głos kol. Bier. Przedstawia on, o ile zwalczano gdzieindziej gruźlicę u bydła, a przez to i w mleku. Przypuszczając, że bydło szczepione tuberkuliną i dające odczyn, daje również mleko gruźlicze, starano się w niektórych państwach wytępić ją przez obowiązkowe szczepienie obór; bydło, dające odczyn, miało być niszczone, a koszta wykupna miało ponosić państwo. Taka ustawa obowiązywała w stanie Massachusetts w Stanach Zjednoczonych, we Francyi, Danii, Norwegii i Szwecyi. W innych państwach, a także i w Austryi poświęcono tej sprawie uwagę dopiero w ostatnich czasach; w Galicyi najpierwej dzięki inicyatywie prof. Bujwida. Okazało się jednak, że wytępienie bydła, dającego odczyn, pochłonęłoby wielkie sumy, których państwo na ten cel wyłącznie wydaćby nie mogło; zresztą tak nagłe tępienie utrudniałoby prawidłowy przychówek bydła i zmniejszyło produkcyę mleka, a nadto okazało się, że mimo twierdzenia Lidyi Rabinowicz tylko mleko ze zwierząt dotkniętych gruźlicą wymion i przy daleko posuniętej gruźlicy ogólnej zawierało prątki gruźlicze; obecnie więc odstąpiono od tępienia wszystkiego bydła, dającego odczyn, zwłaszcza w Niemczech, Francyi i Danii, celem usunięcia mleka gruźliczego; główne staranie obecnie polega na wczesnem rozpoznaniu i wydzieleniu zwierząt, dotkniętych gruźlicą wymion oraz ogólną. W tym kierunku badanie kliniczne, obok tuberkulinowego, wraz z bakteryologicznem badaniem mleka może być dobrą wskazówką i w tym kierunku obory powinny podlegać częstej kontroli weterynarskiej; o ile niema takiej kontroli, mleko, gromadzone z licznych obór, jest podejrzane o prątki gruźlicze. Zwykłe pasteuryzowanie mleka wobec niedostatecznej budowy przyrządów nie zabija prątków gruźliczych, które na podstawie nowszych badań Morgenrotha i Becka giną dopiero po 3—5 minutach od chwili zagotowania mleka; zwykłe zagotowanie aż do zawrzenia nie wystarcza do ich zabicia.

Wobec tego, że Tow. lek. krak. przyjęło na siebie obowiązek dozorowania pod względem zdrowotnym mleka z obory w Śledziejowicach, zapytuje się kol. Bier, w jaki sposób Tow. lek krak. kontrolę tę wykonuje. *(Streszczenie własne).*

Kol. Bujwid oświadcza, że przed kilku laty zaproponował, by obory, podlegające wspomnianej kontroli, były szczepione tuberkuliną, na co się właściciele nie zgodzili, kontroli zatem nie wykonuje się zupełnie.

W dalszym ciągu zaznaczył kol. prof. Bujwid, że własne doświadczenie pouczyło go o decydującej wartości rozpoznawczej tuberkuliny. Na ostatnim Zjeździe weterynarzy we Lwowie wyrażono podobne zdanie, że tylko tuberkulina rozstrzyga, czy zwierzę ma gruźlicę lub jest zdrowe; badanie kliniczne ma wartość drugorzędną. Zdaniem prelegenta mleko ze zwierząt, dotkniętych gruźlicą wymion, jest niebezpieczne dla zdrowia konsumentów. Według zdania Banga zwierzęta, u których występuje odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny (podniesienie ciepłoty zazwyczaj o 1½°) winny być odosobnione od zwierząt zdrowych, co najlepiej chroni przed rozszerzeniem się choroby; niszczenie sztuk chorych ze względów ekonomicznych jest niemożliwe. Zwierzęta chore należy przynajmniej w oborze ustawić głową do ściany, a nie naprzeciw drugiego szeregu, gdyż w ten sposób choroba szerzy się bardzo łatwo. Cielęta krów, dotkniętych gruźlicą, są wolne od choroby; należy je odosobnić i karmić mlekiem przegotowanem. Jeżeli pasteuryzacya mleka wykonaną jest dobrze, to prątki gruźlicze giną; na pewno giną przy gotowaniu mleka przy 100° przez kilka minut.

Kol. Borzęcki nadmienia, że mleczarnie w Śledziejowicach i Gnojniku były pod kontrolą komisyi przemysłowej Towarzystwa lekar. krak. Kontrola ta ograniczała się na badaniu składu chemicznego mleka i oglądaniu zwierząt przez weterynarza. Kol. B. sądzi, że komisya przemysłowa powinna wejść w porozumienie z właścicielami obór, a może między nimi znajdzie się choć jeden, któryby stworzył menaganną oborę pod względem zdrowotnym, a w takim razie mogłoby Towarzystwo dać rękojmię, że mleko jest zdrowe, a sprzedawaćby je można nawet po cenach wyższych od targowych. Zajęcie się tą sprawą odesłaćby należało na razie do Komitetu Towarzystwa.

Kol. Norbert Gertler domaga się, by i służbę zajętą koło mleka badano na gruźlicę.

Kol. Murdzieński wnosi, by Towarzystwo wezwało Komisyę przemysłową do zdania sprawozdania z swej działalności w tej sprawie.

Uchwalono wniosek kol. prezesa, by sprawę tę poruczyć do rozpatrzenia Komitetowi.

IV. Następnie kol. Schwarz miał odczyt: »Kilka uwag o chorobach wenerycznych na podstawie statystyki z dziesięciu lat.« (przeznaczone do druku).

W dyskusyi kol. Żydłowicz nadmienia, że zachęcony przez kol Schwarza zrobił statystykę z leczonych przez siebie przypadków chorób wenerycznych z ostatnich lat pięciu i przedstawia odnośne tablice graficzne w odsetkach. Tablice obejmują przypadki rzeżączki świeżo nabytej, wrzodu miękiego, wrzodu twardego i świeżej drugorzędnej wysypki kiłowej. W I. tablicy jest ogólne zestawienie wspomnianych chorób, a stwierdza ono rzecz powszechnie wiadomą, że z pomiędzy chorób wenerycznych najpospolitszą jest rzeżączka. Podczas gdy pozostałe choroby weneryczne zajmują w tem zestawieniu najmniej jedną podziałkę, a najwyżej pięć, to rzeżączka zaczyna się od podziałki czternastej, a dochodzi do najwyższej dwudziestej. I dziwić się temu nie można raz, że chorzy chorobę tę zazwyczaj lekceważą i niewyleczeni spółkują i zarażają kobiety, powtóre, że badanie lekarskie prostytutek na rzeżączkę jest w wysokim stopniu niepewne, zwłaszcza przypadków przewlekłych. Nawet gdyby badano na gonokoki wydzielinę z ujścia macicznego i z pochwy, badanie może dać wynik ujemny, a chora jest dotknięta rzeżączką i mężczyznę zakazić może. Tablica, oznaczająca graficznie rzeżączkę pod względem częstości występowania tej choroby w różnych porach roku wykazuje, że rzeżączka z małemi wahaniami trzyma się mniej więcej na jednej wysokości przez cały rok z wyjątkiem miesięcy maja i czerwca; tu linia krzywa dominuje swą wysokością ponad innymi miesiącami blizko w dwójnasób, a zwłaszcza w roku 1899 i 1900. Dlaczego w tych miesiącach przypadki rzeżączki się mnożą, rozumie się trudno na to dać odpowiedź; możnaby to tłómaczyć w ten sposób, że w miesiącach tych przyroda budzi się do życia, popęd płciowy u ludzi wzmaga się, ztąd i przypadki rzeżączki, najpospolitszej z chorób wenerycznych, są najczęstsze. W tablicy, przedstawiającej wrzód miękki, największa ilość przypada na grudzień i na lipiec; wyskok ten jednak w stosunku do innych miesięcy nie jest uderzający. Natomiast z krzywej przekonać się można, że choroba ta występuje okresowo tak, że w tych okresach mamy naraz wielką liczbę przypadków, a potem okresy prawie zupełnie wolne od tej choroby. Szczegół ten jest zresztą oddawna wiadomy tak lekarzom praktykom, jak i klinicystom; dlaczego tak jest, nie umiemy odpowiedzieć. Co się tyczy wrzodu twardego i przypadków kiły drugorzędnej świeżej, to odnośne tablice wykazują, zgodnie z tablicami kol. Schwarza, że w miesiącach wrześniu, październiku i listopadzie choroby te są najczęstsze. Dlaczego tak jest, nie wiemy; możnaby jednak przypuszczać, że przyczyną tego jest powrót wielu mieszkańców do miasta z miejsc kąpielowych, z siedzib letnich, z wakacyi i ci zwiększają liczbę przypadków kiły w tym czasie w Krakowie, wiadomo bowiem, że dozór policyjny nad prostytucyą na prowincyi jest w najwyższy sposób niedostateczny, a nad prostytucyą tajną władze prawie żadnej nie rozciągają kontroli.

Kol. Borzęcki zaznacza, że zestawienie chorób wenerycznych u prostytutek w ciągu lat 10 przez kol. Szwarza jest cennym materyałem dla celów statystycznych. W tem zestawieniu graficznem uderzają dwa szczegóły: pierwszy odnosi się do niestosunku ilościowego zmiany pierwotnej do częstości zmian drugorzędnych; przeciętnie bowiem odsetek zmian kiły drugorzędnej waha się między 5—8, a są lata, w których w jedenastu miesiącach roku nie zanotowano żadnego przypadku zmiany pierwotnej. Tłómaczy się ten niestosunek prawdopodobnie tem, że większość nowo na listę wciągniętych prostytutek już przychodzi z kiłą ogólną, a wyjątkowo tylko mały odsetek nabywa jej w początkach po wstąpieniu do nowego zawodu. Drugim szczegółem jest wysoki przeciętnie odsetek chorób wener. w miesiącach letnich (czerwiec, lipiec), a spadek w miesiącach kwietniu i październiku; a zestawienia statystyczne na materyale z praktyki prywatnej przez kolegów Szwarca i Żydłowicza również to potwierdzają. Spostrzeżenia kol. Borzęckiego z praktyki prywatnej zbliżają się w tym względzie do powyższych zestawień.

W dalszym ciągu zwraca kol. Borzęcki uwagę na sprawę bada-

nia u prostytutek wydzieliny z cewki i szyjki macicy 3—4 razy do roku mikroskopowo ze względu na rzeżączkę podobnie, jak dzieje się to od lat kilkunastu we Wrocławiu, Dreznie i t. d. Jakkolwiek bowiem bez przesady każdą wydzielinę z szyjki macicy u prostytutki można bez bliższego badania uważać za rzeżączkową, to może w rzadszych przypadkach zajęcia np. tylko samej cewki rzeżączką takową można pominąć przy badaniu klinicznem. Idzie tylko o badanie wydzieliny z cewki i ujścia szyjki macicy, a nie z pochwy, bo jak większość ginekologów i syfidologów utrzymuje, pochwa u kobiet dojrzałych prawie nigdy nie jest siedliskiem zmian ściśle rzeżączkowych. Istnieje *vaginitis gonorrhroica* u dziewcząt młodszych (*vulvo-vaginitis gonorrhroica*) w tym wieku, gdzie przybłonek, wyścielający pochwę, jest podłożem podatnem dla rozwoju w nim gonokoków Że w wypadkach *cervicitis gonorrhroica* kiedy wziernik wprowadzony do pochwy wykazuje obfitą ilość wydzieliny ropnej na jej ścianach, ta nie pochodzi ze ścian pochwy, nie trudno się o tem przekonać. Wystarczy po dokładnem przepłókaniu i oczyszczeniu z zalegającej wydzieliny ścian pochwy we wzierniku, tamponem z waty ubezpieczyć się przed spływaniem wydzieliny z szyjki macicy, by po 24 godzinach znaleść pochwę, wolną od wydzielin, poprzednio obficie zalegających jej ściany.

W odpowiedzi kol. Borzęckiemu nadmienia kol. Schwarz, że rzeczywiście najczęściej u kobiet rzeżączka, zwłaszcza przewlekła, usadowiona jest w szyjce macicy. Co się jednak tyczy rzeżączki ostrej i podostrej, to nie tak rzadko spostrzegać się daje nawet u nowozaciężnych, że rzeżączka zajmuje samą tylko błonę śluzową pochwy. Ta ostatnia jest wtedy silnie zaczerwienioną, przy wprowadzaniu wziernika bardzo tkliwą, wydziela obfitą ropę, której badanie wykazuje gonokoki, a szyjkę macicy sprawa chorobowa w zupełności oszczędza; po wyleczeniu rzeżączki pochwy chora jest w zupełności wolną od cierpienia rzeżączkowego. Takie przypadki prelegent nietylko sam spostrzegał przy sposobności bardzo częstego badania kobiet, ale na okoliczność tę zwracał uwagę i ś. p. prof. Rosner, który takie przypadki podczas wykładów klinicznych słuchaczom swym demonstrował. Wynika z tego, że rzeżączka pochwy samoistnie może się przydarzać bez zajęcia błony śluzowej szyjki macicznej

Kol. Doc. Braun omawia obszernie sprawę rzeżączki u kobiet. Zdaniem jego najczęściej rzeżączka usadawia się w szyjce macicy. zkąd przechodzi na macicę, a nierzadko i na części dodatkowe, nadto usadawia się jeszcze w cewce moczowej. Jest zdania, że co najmniej 70% kobiet, leczących się na tak zwane upławy, cierpi właściwie na rzeżączkę części pochwowej i samej macicy; ztąd największe doświadczenie w tym kierunku mają ginekolodzy. Zapalenie macicy i części dodatkowych na tle rzeżączki uważać trzeba za niewyleczalne, a tylko w przebiegu choroby spostrzegać można chwilowe pogorszenia i chwilowe poprawy; — natomiast zapalenie błony śluzowej szyjki macicznej trzeba uważać za wyleczalne, jakkolwiek leczenie jest przydłuższe. Gdy już nadżerki zagoiły się na ujściu, gdy wydzielina ropna zamieniła się na skąpą śluzową, nie należy chorej wypuszczać z leczenia, ale od czasu do czasu badać tę skąpą wydzielinę na gonokoki. Nadto należy we wszystkich tych przypadkach zwrócić baczną uwagę na wydzielinę z cewki i na stan moczu i badać zawsze wydzielinę na gonokoki; wydarza się bowiem i to nie tak rzadko, że tylko cewka moczowa jest siedliskiem choroby nawet w starszych przypadkach, co i dla chorej i dla spółkującego z nią mężczyzny jest niebezpieczne.

Kol. prof. Reiss zaznacza, że zakażenie kiłowe u młodzieży szkolnej według doświadczenia z jego prywatnej praktyki w ostatnich miesiącach coraz częściej się pojawia, względnie do poprzednich lat.

Kol. Żydłowicz sądzi, że z praktyki prywatnej jednego lekarza nie można pod tym względem, jak to chce kol. prof. Reiss, wyciągać stanowczych wniosków co do wzmożenia się chorób wenerycznych u naszej młodzieży. Statystyka kol. Schwarza wzmożenia takiego nie wykazuje, również spostrzeżenia kol. Żydłowicza. Że naraz do specyalisty zgłosi się 3 albo 4 studentów z wrzodem twardym, to pochodzi ztąd, że wszyscy oni mieli stosunek z jedną kobietą zarażoną. Jeden z nich, który najpierw zmianę na częściach rodnych zauważył, udaje się do specyalisty, ten rozpoznaje wrzód twardy, a w ślad za tem rozpoznaniem w tym samym dniu, albo w następnym, zgłasza się reszta, wysłana przez pierwszego kolegę. Jest to więc sprawa przypadku; z czystem sumieniem o wzmożeniu się chorób wenerycznych u młodzieży mówić moglibyśmy dopiero wtedy, gdyby nam się udało zebrać statystykę odnośną od wszystkich kolegów specyalistów, i gdyby z porównania ogólnego wynikło, że rzeczywiście wzmaga się liczba chorych studentów w ostatnich czasach niepomiernie w stosunku do lat poprzednich i do przyrostu młodzieży szkolnej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

* * *

VII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

W dniach od 10—13 kwietnia 1901 r. odbył się w Berlinie XXX Kongres chirurgów niemieckich pod przewodnictwem prof. Czernyego z Heidelbergu. Ożywienie było znaczne, gdyż zgłoszono około 130 wykładów, z tych jednak tylko 90 mogło wejść na porządek dzienny. Chirurdzy polscy zjawili się w tym roku również w niezwyklej liczbie; wpisali się bowiem na listę członków: Dr. Dębowski (z Wilna), prof. Kader, Doc. Kryński, Dr. Ruff, R. Dworu prof. Rydygier, Dr. Slęk i Prof. Wehr.

W mowie wstępnej podnosi przewodniczący niektóre sprawy, mające aktualne dziś znaczenie dla chirurgii, jak: leczenie nowotworów złośliwych, nawet nie nadających się do operacyi; znalezienie promieni Röntgena; dążenia aseptyki; wspomina o praktycznem uczeniu medycyny; robi następnie pewne zastrzeżenia co do dopuszczenia wychowańców szkół realnych do studyów medycyny; poświęca pamięci Olliera parę słów i kończy swe przemówienie powitaniem Exc. v. Collera.

Po załatwieniu innych formalności oddano głos Küsterowi, który wykładem swym rozpoczął szereg rozpraw nad *chirurgią nerek i pęcherza*. Pierwszą operacyę na nerce z całą świadomością rzeczy i obmyślanym naprzód planem wykonał Simon w r. 1870. Operacya ta zajęła szczególnie chirurgów angielskich i francuskich i już w r. 1885 Gross zestawił 233 nefrektomii z 44·6% śmiertelności. Obecnie, wedle Küstera, liczba chirurgicznie wyciętych nerek wynosi 1146, a śmiertelność przeciętna po tej operacyi wynosi 25%, a w ostatnich dziesięciu latach spadła nawet do 16%. Ostatnią korzystną okoliczność zawdzięczać należy głównie postępom rozpoznawania i lepszej znajomości stosunków anatomicznych. Do lepszego rozpoznawania spraw chorobowych znakomicie przyczyniło się odsłanianie nerki z cięcia lędźwiowego i przecinanie nerki (*nephrotomia*). Te dwa ostatnie zabiegi sprawiły, że ograniczamy dziś całkowite wycięcie nerki na korzyść częściowej resekcyi, że dziś powszechnie wobec nerki ruchomej stosujemy nefropeksyę, a wobec zranień nerki często zadawalamy się zeszyciem i tamponadą, pozostawiając nefrektomię tylko do najcięższych przypadków. Doświadczenie z lat ubiegłych pouczyło nas wprawdzie, że gruźlica nerek rzadko bywa pierwotną i jedyną siedzibą choroby; mimo to nie wahamy się w odpowiednich przypadkach wyciąć częściowo lub całkowicie narząd, zajęty gruźlicą, widząc, jak świetne bywają niekiedy wyniki po tej operacyi, mimo, a raczej wbrew wszelkim rozumowaniom. Poznaliśmy dalej, że puchlina nerek (czy to wodna, czy też ropna) często bywa następstwem uruchomienia się nerek, więc ztąd nauka, aby nie zwlekać z nefropeksyą. Guzy nerek, tak często, bo w ¼ części przypadków, spostrzegane u dzieci poniżej 5-ciu lat, mimo swej budowy mikroskopowej, a dzięki pochodzeniu swemu z wpryśniętych komórek, klinicznie nie okazują cech (nie zawsze, ale często) nowotworów złośliwych, wystarcza zatem do wyleczenia częściowe wycięcie nerki. Za typową drogę do zabiegów na nerkach uważa Küster lędźwiową; droga laparotomijna zaś wskazaną jest tylko w razach wyjątkowych. Zdaniem prelegenta głównie katetoryzowanie moczowodów może nas pouczyć o stanie drugiej nerki.

O tej ostatniej sprawie mówił z kolei Casper: *O postępach w chirurgii nerek.* Opiera się na badaniach, podjętych wspólnie z Richterem, z których wynika, że oznaczanie punktu zamarzania, zachowanie się cukru (po wstrzyknięciu fluorydzyny) i oznaczenie ilości mocznika w moczu dają nam dokładne zupełnie wskazówki co do czynnościowej wydolności nerki, która pozostać ma po wykonanej ewentualnej nefrektomii. Do takich samych wyników dochodzi Kümmel: czem niższy punkt zamarzania i czem mniej mocznika, tem większem jest zniszczenie nerek. Kümmel zakończył swój wykład przedstawieniem nader pojedynczego przyrządu, służącego do oznaczania punktu zamarzania. Następny prelegent Braatz pozostawał w pewnem przeciwieństwie z Küsterem; zdaniem bowiem jego t. zw. *struma renis* nie jest wcale nowotworem łagodnym;

widywał już nawroty i przerzuty nowotworu po częściowem wycięciu nerek, — radzi zatem w tych przypadkach zasadniczo wycinać wraz z guzem całą nerkę. Równocześnie robi uważnym na fakt, że t. zw. sekcyjne przecięcie nerki nie jest wcale tak niewinnym zabiegiem, za jaki go podają, po nim bowiem narząd ten bliznowaciejąc zanika. — W następującym wykładzie Albers-Schönberg wykazał, że przy użyciu pewnych ostrożności (ciemniki z ołowiu, przeszkadzające rozpraszaniu się promieni, „miękie rurki“ etc.) można uzyskać dodatnie röntgenogramy, nawet z kamieni fosforanowych w nerkach. Goldmann mówił *o leczeniu przerostu gruczołu krokowego* na podstawie paru przypadków, w których czynność pęcherza znakomicie się poprawiła po wywołaniu silnych zrostów między przodkową ścianą pęcherza a powłokami brzusznemi. Zrosty te podciągając pęcherz rozszerzają ujście pęcherzowe cewki i wyrównują uchyłek w dnie pęcherza poza gruczołem. W rozprawach podnosi Rydygier, że tę samą myśl miał już przed kilkoma laty Kryński, a w dalszym ciągu zaleca swą metodę leczenia przerostu gruczołu krokowego przez śródtorebkowe wyłyżeczkowanie gruczołu z cięcia kroczowego. Odczyt Löwenhardta, zalecający *śródpęcherzowe operowanie guzów pęcherza* przy pomocy cystoskopu, zakończył grupę wykładów z dziedziny chirurgii dróg moczowych.

W wykładzie *o leczeniu ran* zaleca v. Bruns prócz głębokiego i szerokiego nacięcia ogniska zakażonego, zwilżenie całej rany na krótką chwilę czystym kwasem karbolowym i następowe wymycie jej wyskokiem. Doświadczenia Honsella popierają zdanie Brunsa. Czysty kwas karbolowy działa energicznie, nawet w płynach, zawierających białko, nie wywołuje zatrucia, a gdy się go po 1 minucie zmyje wyskokiem absolutnym z powierzchni rany, wpływ żrący nie sięga zbytnio w głąb. Küster w miejsce karbolu czystego zaleca *ferrum candens* w starej formie. Następnie Al. Fränkel, wykazawszy brak swoistego wpływu jodoformu na gruźlicę, zalecał sproszkowany węgiel kostny do leczenia gruźlicy chirurgicznej. W rozprawach podniósł König *sen.*, że przedewszystkiem tkanki gruźlicze tak dokładnie wycinać się powinno, jak nowotwór złośliwy.

Haegler mówił o późnem, występującem w 3, 4 i więcej lat po operacyi *ropieniu około podwiązek* i następowem ich wydaleniu na zewnątrz. Nie sądzi, aby przyczyną tego było zakażenie późne krwi, lecz raczej przypuścić należy, że materyał, użyty do podwiązek, nie był dość jałowy, a żaden z obecnie zalecanych nie jest takim. Powinno się zatem używać jak najwięcej, jeżeli nie wyłącznie, materyału ulegającego wessaniu, w pierwszej linii katgutu; uniknie się wówczas napewno późnego »*Ligatureiterung*«. Blumberg zaleca do odkażania rąk w miejsce, drażniącego skórę sublimatu cytrynian (*resp.* siarkan) rtęci z etylendiaminem w 2—3% rozczynach. Doświadczenia z *micrococcus tetragenes* wypadły zupełnie zachęcająco. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 maja.

Otrzymujemy następującą odezwę: Trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się, jak wiadomo, w czasie od 25 do 29 maja b. r. Przypominając blizki już termin tego Zjazdu, zachęcamy do jak najliczniejszego wzięcia udziału w tym turnieju naukowym pobratymczego narodu.

W zgłoszeniu polskich uczestników chętnie pośredniczy, jak we wszystkich sprawach, dotyczących tego Zjazdu, Komitet polski w Krakowie. Można atoli zgłaszać udział w Zjeździe i podawać temat odczytu wprost na ręce jen. sekretarza czeskiego Komitetu p. Doc. Dra Veselý. (*Praha I, Nabrezi 14*). Wpisowe zaś, wynoszące 10 koron albo franków, przyjmuje skarbnik tegoż Komitetu, p. Doc. Dr. Karol Kheil, (*Praha II, Myslikova ul. 3*).

Lekarze i przyrodnicy, którzy może dotychczas nie odebrali jeszcze zaproszenia, a pragną udać się do Pragi, zechcą zgłosić się do sekretarza Komitetu polskiego, oświadczając, czy życzą sobie odebrać oryginalne zaproszenie i program czeski, czy też francuski.

Towarzystwa i instytucye naukowe, któreby chciały wysłać swych przedstawicieli, raczą podać do naszej wiadomości co rychlej ich nazwiska, aby polski Komitet mógł odpowiedni spis urzędowych naszych przedstawicieli zakomunikować przewodniczącemu Zjazdu.

Komitet polski dla III Zjazdu przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze.

Dr. K. W Majewski, sekretarz, c. k. klin. okul. U. J.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, prezes.

Lwów. Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. lw. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym kol. Prof. Dra A. Gluzińskiego, zastępcą przew. kol. Dra Kaliksta Krzyżanowskiego, sekretarzem kol. St. Eliasza Radzikowskiego.

Na posiedzeniu naukowem Tow. lek. lwow. dnia 19 kwietnia uchwalono wziąść udział w III Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

Kol. Dr. A. Wątorek przedstawił przyrząd własnego pomysłu do wyjaławiania narzędzi i opatrunków.

Kol. Prof. Dr. Sieradzki mówił o t. zw. hemotoksynach i ich zastosowaniu w medycynie sądowej.

Na posiedzeniu naukowem dnia 3 maja wybrano jako delegatów na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze kol.: Prof. Dra A. Gluzińskiego i Dra J. Krzyszkowskiego.

Kol. Stauber przedstawił 3 przypadki zachowawczego leczenia zapaleń kości i okostnej.

Kol. Dr. P. Kučera mówił o dzisiejszym stanie nauki o przyczynach raka. (Część 1 histogeneza).

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Jan Tadeusz Frączkiewicz, Leopold Sałaban, Feliks Laberschek i Stanisław Dortheimer.

* W Krakowie wyszła monografia Dra Zygmunta Wąsowicza p. t.: „Krynica i jej środki lecznicze“. Zawiera: rzut oka na rozwój tego zdrojowiska; szczegóły geologiczne, orograficzne, klimatyczne i t. d.; wymienia środki lecznicze i wskazania do leczenia w Krynicy, dalej urządzenia sanitarne: wodociągi, usuwanie odpadków, dom izolacyjny, przyrząd do odkażania syst. Rychnowskiego i t. d. Wreszcie bardzo obfite szczegóły, dotyczące środków komunikacyjnych, mieszkań, rozrywek i t. d. Monografię zdobią bardzo udatne podobizny ludzi, zakładów, świątyń i t. d. Praca Dra Wąsowicza wyczerpuje wszystkie szczegóły odnoszące się do zdrojowiska krynickiego. Zwracamy uwagę na urządzenia sanitarne, mianowicie: na wodociągi, dom izolacyjny i t. d., jako na okoliczność, stanowiącą istotny postęp w rozwoju Krynicy, która w tym względzie wyprzedza inne zdrojowiska nasze.

* Rada warszawskiego Towarzystwa higienicznego wybrała Zarząd: na prezesa powołany został Prof. Kosiński, na wiceprezesa Dr. Polak, na sekretarza Dr. Palmirski.

* Wiedeński Szpital powszechny zostanie zniesiony; grunt, na którym stoi, zostanie rozparcelowany, a zakłady w nim znajdujące się jak kliniki, pracownie naukowe, będą rozmieszczone w różnych punktach Wiednia, bądź w budynkach nowych, bądź też na ten cel przerobionych.

* Rząd postanowił wybudować w Wiedniu III klinikę chirurgiczną, której kierownikiem ma zostać Prof. Hochenegg.

* Redakcyę miesięcznika „Lékařské rozhledy“ po śmierci Dra Preiningera objęli: Doc. Dr. J. Honl i Dr. D. Panýrek.

* W Londynie powstał nowy szpital, będący doskonałym wyrazem nowoczesnych wymagań higieny szpitalnej; niestety, nowa instytucya ma ściśle określony cel leczenia tylko ptactwa. Razi ten nakład grosza, pracy, a nawet uczuć, gdy się porówna przepych szpitala dla ptactwa z bajecznem zaniedbaniem wojskowych szpitali w południowej Afryce, gdzie, według źródeł angielskich, dur z jednej strony, a zakażenie przyranne, będące następstwem niedbalstwa i braku urządzeń higienicznych z drugiej, więcej zdziesiątkowały wojsko angielskie, niż kule Boerów.

* W Karlsbadzie odbędzie się między 10 sierpnia a końcem września wystawa higieniczna.

* Budowniczy König wydał książeczkę p. t.: „Mały Dom Zdrowia“; praca ta zawiera wszystkie wskazówki do budowania i urządzenia Domu Zdrowia.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Haug (otyatra), Mollier (anatom), Kremer (fizyolog) mian. zostali profesorami nadzwyczajnymi w Monachium. Prof. nadzwyczajny Bovighi został Prof. zwycz. patologii w Bolonii. Dr. Thomson mian. został profesorem med. wewn. w Glasgowie. Profesorem farmakologii w Manchester mianowany został Dr. Wild. Doc. Dr. Béhal mian. został profesorem toksykologii w Paryżu. Panna Dr. Wyczółkowska została powołaną z Lipska na katedrę doświadczalnej psychologii w psychologiczno-fizyologicznej Akademii w Paryżu. Doc. Dr. Planchon mian. został profesorem farmakologii w Montpellier.

Nekrologia. Dr Kajetan Wróblewski, wychowaniec Uniw. kijowskiego, zmarł dnia 27 kwietnia w Mińkowcach na Podolu. Dr. Franciszek Śliwicki zmarł dnia 2 b. m. w Warszawie, licząc lat 62. Dr. Laufenauer. Prof. psychiatryi, zmarł w Budapeszcie, licząc lat 62. Prof. chirurgii Heineke zmarł w Erlandze. Dr. Napias, członek Akademii lekar., zmarł dnia 28 kwietnia w Paryżu.

Bibliografia.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 18: Czerny: O leczeniu raka. Radliński: Z dziedziny niespodzianek przy herniotomii. Nencki i Silberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym (c. d.).

— *Przegląd chirurgiczny* T. IV. Z 4: Englaender: O rozlanym przeroście jednostronnym gruczołu sutkowego. Spira: O patogenezie wstrząśnienia błędnika usznego. Grosglik: Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu. Świątecki Uchyłek pęcherza moczowego w przepuklinie.

— *Krytyka Lekarska* Nr. 5: Z. Kramsztyk: Pedagogiczne znaczenie szpitala Sonnenberg: Reklama lekarska w obliczu etyki stanowej.

— *Zdrowie* Z. 5: Tołwiński: O meteorologii lekarskiej. Milewska: Pranie u włościan. S. D.: Nowy wodociąg krakowski. Kopczyński: Stan zdrowia uczniów warszawskiej siedmioklasowej szkoły handlowej w świetle cyfr.

— *Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego* Z. I: Mazurkiewicz: O afazyi giestowej. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków.

— *Nowiny Lekarskie* Z. I: Błoński: O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie odkażających mięszanin oleju rycynowego (dok.). Dziembowski: Przyczynek do leczenia wysięków w jamie opłucnej.

— *Medycyna* Nr. 18: Grosglik: »Perkutor Grosglika,« przyrząd do opukiwania. Kossobudzki: Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

— *Kronika Lekarska* Z 8: Bregman: O wymiotach kałowych w histeryi. Podczechowski: Leczenie przewlekłych owrzodzeń sposobem Unny.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18: Weigner: Poměr nervia accessorii a prvých spinalních nervů (dok.). Jaklin: 41 laparotomie.

— *La Presse médicale* Nr. 34: Marfan: Przewlekłe zapalenie nerek u dzieci i zastosowanie kryoskopii w celu badania tej choroby. Bier. Nowe doświadczenia ze znieczuleniem rdzeniowem. Nr. 35: Rosenthal: Brak swoistości w przyrodzie grypy.

— *La Semaine médicale* Nr. 18: Truneček: Leczenie zwapnienia tętnic wstrzykiwaniami podskórnemi surowicy nieorganicznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18: Romberg: Rozpoznawanie gruźlicy zapomocą surowicy. Kister i Köttgen: O wynalezionych przez Danysza prątkach chorobotwórczych dla szczurów. Bartelsmann: O jednym wyleczonym przypadku zapalenia opon mózgowych, mającym punkt wyjścia w chorobie ucha. Rosenbach: Cele rozpoznawania czynnościowego, oraz uwagi o krwi, jako narządzie i o regulującej czynności nerek (dok.). Iwanoff: O zmianach zachodzących w prątkach zimnicy podczas leczenia błękitem metylenowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 18 Ludwig: O pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu Mraček: O zapaleniu palców (*dactilitis*) kiłowem. Türk: W sprawie białaczki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18: Neisser i Wechsberg: O skutku bakteryobójczym surowicy. Heim: Krew, komórki ciała i prątki. Schwarz: Zewnątrzczaszkowe zmiany w oczach na tle kiły. Georgii: Zbiorowe otrucie się po spożyciu homara. Schlechtendahl: Pomysł, zmierzający do zapobiegania autoekstubacyi. Doerfler: Zakażenie krwi i amputacya (dok). Kiefer: O wypadkach i upośledzeniu w zarobkowaniu (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18: Rumpf: Przyczynek do wiedzy o niedokrewności złośliwij. Sclavo: Nowe badania doświadczalne o wartości leczniczej surowicy wąglikowej. Ziemssen: Dla czego kiła mózgu okazuje się trudniej uleczalną? Fein: O wycięciu dolnej muszli nosowej. Reckzech: Przyspieszone oddechanie (*tachypnoe*) na tle nerwowem (c. d.).

Redakcya otrzymała: Dłuski i Majewicz. Les tuberculeux et leur estomac. C. Beck: 1) The radical treatment of carbuncle. 2) Fissure of the head of the radius 3) Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea. 4) Beitrag zur Fractur der carpalen Radiusepiphyse. 5) Contribution to the surgery of multilocular renal cyst. 6) New-Yorker Brief. 7) The representation of biliary calculi by the Röntgen reys. L. Korczyński: Über den Einfluss der Gewürze auf die Magenthätigkeit. Krzyszkowski: 1) Polipowaty mięsak szyi macicznej, jako nowotwór mięszany. 2) Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym, oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego. Röse: Jak pielęgnować zęby i usta (przetłómaczył po polsku P. Klein). Krokiewicz: 1) Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. 2) To samo po niemiecku. „Chemik polski“ - czasopismo tygodniowe, trzy pierwsze zeszyty. Dr. Edelheit: Przyczynek do popularyzacyi znajomości o istocie i granicach wiedzy lekarskiej dla wykształconych laików.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15go maja, o godz. 6-tej wieczorem, w ***klinice okulistycznej***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówić będzie: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia (*evisceratio*) gałki ocznej.“ Po odczycie nastąpi przedstawienie rzadszych przypadków chorobowych przez kol. prelegenta i jego asystentów klinicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 18 Maja 1901. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O znieczuleniu sposobem Biera.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

Usiłowania chirurgów musiały z natury rzeczy oddawna być skierowane do tego, by przez usunięcie i ukojenie bólu podczas operacyi znieść piętno okrucieństwa, jakie jest związane z wykonawstwem tej gałęzi medycyny. W okresie przed wprowadzeniem uśpienia ogólnego, szybkie wykonanie operacyi działało łagodząco o tyle, o ile skracało znacznie czas trwania bólu. Wprowadzenie narkozy zatem stanowi słusznie przełom historyczny w dziejach chirurgii operacyjnej. Pod tym względem obojętną jest rzeczą, czy stosujemy eter, czy też chloroform; idzie zaś głównie o to, że pominąwszy inne korzyści narkozy chory podczas operacyi nie odczuwa żadnego bólu. Jakkolwiek znajdzie się jeszcze dosyć przypadków takich, w których i dziś jedynie możemy posługiwać się narkozą chloroformową, lub też eterową, to jednak nie małe niebezpieczeństwa, właściwe tym środkom, zwlaszcza zaś ta okoliczność, że niebezpieczeństw tych nigdy prawie przewidzieć nie zdołamy, zmusiły do szukania za mniej niebezpiecznymi, a równie humanitarnymi środkami znieczulającymi. Jak obfity plon w tych usiłowaniach osiągnięto, tego najlepszym dowodem poważne liczby wielkich operacyj, dokonanych w znieczuleniu miejscowem metodą Schleicha, które słusznie uważać należy za sposób najdoskonalszy osiągnięcia miejscowej bezbolesności podczas operacyi. Ale i to znieczulenie infiltracyjne, wraz z kokainizowaniem pni nerwowych według Obersta, nadającem się znakomicie do pewnych miejsc, niezawsze, jak wiadomo, wystarcza. Znacznym krokiem naprzód zdaje się być kokainizowanie rdzenia według metody Corning-Biera. Jeżeli sposób ten nie odrazu zyskał sobie ogólne uznanie w świecie chirurgicznym, to przyczyny można się było domyśleć między innemi i w tem, że wymaga on sam przez się specyalnego, w każdym razie poważnego, a nawet wśród pewnych okoliczności niebezpiecznego zabiegu operacyjnego. Podobny los wszakże dzieliły niemal wszystkie sposoby znieczulania, które musiały sobie dopiero wywalczyć znaczenie. O wartości kokainizacyi rdzenia pacierzowego jeszcze nie tak rychło da się ostatnie słowo wypowiedzieć; rozporządzamy na razie statystykami nielicznych chirurgów, z których jedni na podstawie licznych wybitnych zalet tego sposobu gorąco go zachwalają, inni zaś mniej lub więcej sceptycznie się nań zapatrują; ostatecznego jednak zdania oczekiwać należy dopiero na podstawie wielkiej liczby przypadków i po upływie długich lat oczekiwania. Na razie powinniśmy się starać o bogaty zbiór ścisłych doświadczeń, zwłaszcza w szpitalach i klinikach, ażeby nagromadzić wyczerpujący materyał dla wydania rozstrzygającego orzeczenia o tym, bądźcobądź nader ciekawym i imponującym sposobie znieczulania i to tembardziej, że sam Bier [1]), wynalazca omawianej metody, ostrzega przed zbyt optymistycznemi w tym kierunku nadziejami.

Wstrzykiwanie kokainy do rdzenia w celu znieczulenia podczas zabiegów operacyjnych podał Bier w r. 1899 [2]). Wprawdzie sposób ten, jako taki, nie był zupełnie nowy, gdyż już w latach 1885 i 1886 Léonard Corning [3]) wstrzykiwał rozczyny kokainy do przestworów podoponowych rdzenia, wprawdzie nie dla znieczulenia w celach chirurgicznych, lecz jako sposób leczenia w pewnych chorobach rdzenia pacierzowego. Myśl jednakże kokainizacyi rdzenia, jako środka znieczulającego wśród operacyi, jest niepodzielną duchową własnością Biera, czemu nie przeszkadza i to, że sam Bier, bardzo właściwie oceniając wartość tego sposobu, tak w swych późniejszych publikacyach, jakoteż i na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, sceptyczne wobec swego wynalazku zajął stanowisko. Sposób powyższy polega jak wiadomo na tem, że zapomocą cienkiej igły wykonujemy zwykłe nakłócie lędźwiowe według Quinckego, poczem wstrzykuje się do worka podoponowego rozczyn kokainy. Sposób ten stosowany był przez chirurgów i położników tak, że obecnie posiadamy już wcale pokaźne piśmiennictwo, poświęcone tej sprawie. Bardzo dokładnie zwłaszcza zebrał ją Jedlička [4]) w swej monografii z kliniki Maydla. Głosy co do wartości, a zwłaszcza praktycznego znaczenia tej metody są po części bardzo różnorodne, a niekiedy nawet wprost potępiające, czego przyczyną zdają się być rozmaite, niekiedy wprost groźne objawy zatrucia kokainą, jakoteż przypadki śmierci, wydarzające się po tym zabiegu.

O objawach zatrucia dokładnie zdam sprawę poniżej na podstawie własnego doświadczenia; tu tylko wspomnę, że o zejściach śmiertelnych po kokainizacyi rdzenia wspominają Racoviceanu [5]) i Pitesci [6]), Tuffier [7]) i inni.

[1]) Bemerkungen zur Cocainisirung des Rückenmarkes. (»Münch. med. Wochenschrift« 1900, Nr. 36).

[2]) Versuche über Cocainisierung des Rückenmarkes. („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie", T. 51).

[3]) Spinal Anaesthesia and local Medication of the Cord. („New York med. Journ.", 1885).

[4]) O subarachnoidalních injekcích. („Sbornik klin." T. II. Z. 3).

[5]) Contribution à l'etude de l'anesthésie médullaire par la cocaine. (Congres de med. Paris, 1900).

[6]) Tamże.

[7]) Soc. de biolog. 1899.

Niezawsze da się dokładnie wykazać, czy przyczyną śmierci w tych przypadkach było zatrucie kokainą, czy też ropne zapalenie opon. W przypadku Tuffiera nastąpiła śmierć chorego, dotkniętego wadą zastawkową serca, wśród objawów ostrej zamartwicy (asfiksyi). Z pośród przypadków, przez Jedličkę opisanych, zasługuje na uwagę jeden (Nr. 13), w którym śmierć chorej nastąpiła wprawdzie zupełnie niezależnie od wstrzyknięcia lędźwiowego, 10 godzin po operacyi (laparotomia z powodu niedrożności przewodu pokarmowego); sekcya wykazała nastrzykanie naczyń oponowych w odcinku lędźwiowym — okoliczność, świadczącą o niezwykłem podrażnieniu opon. O przykrych przypadłościach po wstrzyknięciu wspominają między innymi Legueu i Kendirdjy [1]), a mianowicie o porażeniu dolnych kończyn, trwającem trzy dni, jakoteż przemijającej niemożności utrzymania moczu.

Z powodu różnych wad, właściwych kokainie, stosują niektórzy zamiast niej eukainę β, chlorek eukainy α, tropakokainę, któreto przetwory nie zdają się być również całkiem bezpieczne, gdyż zwłaszcza po zastósowaniu eukainy mają się przydarzać częściej osłabienia i porażenia kończyn dolnych, aniżeli po wstrzyknięciu kokainy. Zarzucają głównie kokainie, że niepodobna jej dokładnie wyjałowić bez wywołania zmiany składu.

Niektórzy n. p. Tuffier, wyjaławiają kokainę w sposób bardzo żmudny: 2-procentowy rozczyn kokainy ogrzewa się w łaźni wodnej przez kwadrans do 80° C., potem ochładza go się przez trzy godziny do 38°—36°, następnie powtórnie ogrzewa się do 80°, wreszcie znowu ostudza do 38°. Tylko takie postępowanie, 5 lub 6 razy powtórzone, ma na pewne wyjałowić rozczyn bez zmiany jego składu.

Na moim oddziele wykonałem znieczulenie drogą rdzenia 138 razy; z tego, — jak tu zaraz dodaję, — 103 razy z zupełnym skutkiem, 4 razy musiano z powodu przedwczesnego ustąpienia bezbolesności kończyć operacyę w uśpieniu chloroformowem, wreszcie 31 razy nie było wcale skutku; z tego wprawdzie 8 razy wskutek sprawdzonego błędu technicznego w wykonaniu wstrzyknięcia. Pierwszych 42 wstrzyknięć wykonałem sam osobiście, następne naprzemian z mymi lekarzami pomocniczymi. W 111 przypadkach stósowałem chlorek kokainy Mercka, a tylko 15 razy eukainę β, 12 razy chlorek eukainy α, tak gorąco głównie przez klinikę Maydla polecane. Do prawie wyłącznego stósowania czystej kokainy przedewszystkiem skłoniła mnie względnie największa pewność skutku. Przy użyciu świeżo sporządzonych rozczynów we wszystkich przypadkach, gdzie wogóle można było osiągnąć bezbolesność drogą rdzenia pacierzowego, wystarczyły w zupełności maksymalne dawki 0,015 (15 miligramów w 1%-owym rozczynie), podczas gdy do uzyskania podobnego wyniku z eukainą β, musieliśmy używać dawek od 0,05 do 0,06. Wprawdzie ogólnie podnoszą znacznie mniejszą własność trującą tego przetworu, co jednakże według mego zdania żadną miarą nie da się zawsze napewno obliczyć, przeciwnie zaś, tak znaczna ilość niezawsze stałego alkaloidu może wśród pewnych okoliczności stać się nawet niebezpieczną. Również i próby z chlorkiem eukainy co do pewności wyniku wcale mnie nie zadowolniły. Używając kokainy musiałem wprawdzie używać rozczynów niezupełnie wyjałowionych, działo się to jednakże bez najmniejszej szkody dla chorych. Przygotowanie rozczynu odbywa się na moim oddziale w ten sposób, że proszek kokainy w ilości 0,20 grm., wzięty z naczynia wyjałowionego i odważony na wyjałowionej wadze bezpośrednio przed operacyą, wsypuje się natychmiast do flaszki, zawierającej 20 gramów wody jałowej. Niemal w jednej chwili proszek się rozpuszcza i mamy rozczyn gotowy do użycia. Jak już wspomniałem przyrządza się rozczyn każdego dnia rano bezpośrednio przed rozpoczęciem operacyj. Z rozczynami, sporządzonymi przed 24 godzinami, nie mieliśmy prawie nigdy dodatniego wyniku. Jak to wyżej podałem, używamy prawie wyłącznie 1%-owych rozczynów; o tych niewielu przypadkach, w których używaliśmy rozczynów słabszych, wspomnę nieco niżej osobno.

Zanim przejdę do podania osiągniętych wyników, chciałbym w krótkości wspomnieć o technice wstrzykiwania. Jako miejsce wstrzyknięcia obieram dowolny przestwór między wyrostkami kolczystymi kręgów lędźwiowych, zazwyczaj staram się wyszukać możliwie największy. Kilka razy wstrzykiwałem także między 11 a 12 kręgiem piersiowym, lub też między 12 piersiowym, a 1 lędźwiowym. W każdym razie **wybór miejsca do wstrzyknięcia jest zupełnie obojętny.** Wkłówanie uskutecznia się z reguły w pozycyi chorego siedzącej z pochyloną naprzód głową i wygiętym grzbietem. W ten sposób najłatwiej dochodzi się do worka oponowego. Wprawdzie często chorzy przy przekłóciu skóry igłą, usuwając się, wyginają grzbiet ku przodowi; prosta perswazya zazwyczaj jednak wystarcza, by zajęli pierwotną pozycyę. Pomijając nader rzadkie wyjątki, wchodzi igła z łatwością do kanału rdzeniowego, a wypływanie wodojasnej cieczy dowodzi udania się zabiegu operacyjnego. Często wydarza się, że ciecz jest zmięszana z krwią, co dowodzi zboczenia igły od linii środkowej ciała. Kilka razy nie udało się zupełnie wprowadzić igły do kanału rdzeniowego, i to nawet przy próbach w innem miejscu. Skrzywienia boczne, jakoteż przebyte cierpienia zapalne kręgów były zazwyczaj tego przyczyną. W niektórych razach wykonywano nakłócie w położeniu leżącem, również z naprzód pochyloną głową i nogami przyciągniętemi do brzucha. W tem położeniu technika wstrzyknięcia jest wogóle nieco trudniejsza. Tu również zaraz dodam, że przy wstrzyknięciu, wykonanem w ten sposób, bezbolesność dotyczyła głównie jednej połowy ciała, i to wyżej położonej, lub też w razie znieczulenia obustronnego występowała ona na tejże stronie wybitniej. Wkłócie uskutecznia się zapomocą wydrążonej igły, 2 mlmtr. grubej i 6 do 8 ctm. długiej (zależnie od grubości części miękich, pokrywających grzbiet). Przy wprowadzeniu igły należy baczyć na zewnętrzny otwór nasady, ażeby z chwilą wydobywania się pierwszych kropel cieczy zaprzestać dalszego posuwania igły. Ilość wypływającej cieczy, jak również szybkość tego wypływania, nie są jednakowe. Niektórzy kładą nacisk na to, ażeby w celu zapobieżenia zbyt silnemu ciśnieniu wewnątrzoponowemu wypuszczać zawsze tyle płynu mózgowo-rdzeniowego, ile zamierzamy wstrzyknąć rozczynu kokainy. Wyniki nasze nie przemawiają wcale na korzyść tego przypuszczenia. Owszem przeciwnie mogliśmy niemal zawsze stwierdzić, że obfity wypływ cieczy niekorzystnie oddziaływał na chorych. Po-

[1]) De l'anesthésie par l'injection lombaire intrarachidienne de cocaine et d'eucaine. („Presse méd." 1900.

dobne zresztą stanowisko zdaje się zajmuje Schiassi[1]), który przypisuje ciężkie następstwa znieczulenia kokainą przedewszystkiem utracie płynu mózgowo-rdzeniowego. Gdy tylko pierwsze krople cieczy stają się widoczne w nasadzie igły, zakłada się natychmiast na nią strzykawkę, napełnioną już rozczynem kokainy i ten powoli się wstrzykuje. Po wyjęciu igły zakłada się na małą ranę opatrunek przylepcowy. Używamy przeważnie 1%-owego rozczynu i wstrzykujemy dorosłym dla dłużej trwających operacyj 0,015 kokainy. Kilkakrotnie próbowaliśmy $^1/_4$ %-owego kokainy, i to stósowaliśmy go w ilości 6 sz. ctm. W tych przypadkach szło nam o próby zwiększenia bezbolesnego obszaru, sięgającego przy zwykłym sposobie wstrzykiwania z reguły tylko do pępka, lub co najwyżej do brodawek sutkowych, a głównie o próby znieczulenia szyi i kończyn górnych. Już Jacob[2]) zresztą usiłował zapomocą większego rozcieńczenia kokainy działać na szerszą przestrzeń rdzenia. Przez podniesienie miednicy według Trendelenburga postanowiłem ułatwić sobie sprawę. W niektórych takich przypadkach chwilowy wynik okazał się pomyślnym, bezbolesność bowiem przeniosła się także i na ramiona; późniejsze jednakże objawy zatrucia, prawdopodobnie będące następstwem bezpośredniego i szybkiego działania prawie całej dawki kokainy na korę mózgową, były wprost zastraszające. Najgroźniej przedstawiał się obraz u chorej, 28 lat liczącej, cierpiącej na gruźlicę stawu łokciowego. Już w 2 minuty po wstrzyknięciu wystąpiły silne wymioty, następnie prawie 24 godzin trwająca nieprzytomność, napady szału, drgawki, tętno nitkowate, przerywane. Szczęściem stan ten zmienił się następnego dnia na korzyść chorej, która jednakże długo jeszcze potem musiała znosić przykre następstwa zatrucia.

Niektórzy starają się usunąć ból, powstały przez pierwsze wkłócie, zapomocą znieczulenia infiltracyjnego skóry. Co do mnie dotychczas tego nie próbowałem głównie dlatego, ponieważ ból, powstały przez ukłócie skóry, tylko nader wyjątkowo jest silniejszego nasilenia; przez infiltracyę zaś metodą Schleicha zwiększa się odległość powierzchni skóry od kanału rdzeniowego, co znów wymaga użycia dłuższej igły. Manipulacya zaś zbyt długą igłą nie jest mojem zdaniem pożądaną, owszem utrudnia ona i to w znacznej mierze całe zadanie. (Dokończenie nastąpi).

II. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Obliczając ile azotu zawartego w mleku przypada na ciała białkowate, a ile na azot istot wyciągowych, stwierdził Munk, że w mleku krowiem przeciętnie 6% całego azotu przypada na składniki wyciągowe; z całej ilości azotu można obliczyć azot białka, jeżeli pomnożymy cały azot, zawarty w 100 częściach mleka przez 0·94, a otrzymany w ten sposób azot białka, pomnożony przez 6·37, daje zawartość procentową białka w mleku. Pfeiffer sprzeciwia się twierdzeniu Munka, który twierdzi, że mleko oprócz azotu zawiera jeszcze w przesączu pewne istoty wyciągowe. Pfeiffer zaprzecza temu odnośnie do mleka świeżego; nigdy bowiem w przesączu nie mógł wykazać białka, ale całe wykazał w osadzie. Sprzeciwia się również obliczeniu białka przez mnożenie azotu przez liczbę zdaniem jego dowolną. Lepiej jest oznaczać azot, a nie obliczać na białko, gdyż ilość białka u tego samego osobnika w pewnych okolicznościach się zmienia. Ze stanowiska fizyologicznego i patologicznego różnicę między karmieniem naturalnem a sztucznem omawiali obszerniej na Zjeździe w Moskwie Escherich i Schlossmann. Pierwszy mianowicie wskazał, że u osesków sztucznie karmionych następuje przeładowanie, a szkodliwe jego następstwa odnoszono do gromadzenia się trudno strawnego sernika. Tymczasem Escherich już dawniej zwrócił uwagę, że nadmierne wprowadzenie wody nie jest obojętnem dla chemizmu trawienia i dla przemiany materyi, a Pfaundler wykazał, że nadmierne podawanie wody powoduje zaburzenia mechaniczne, a mianowicie zaburzenia w funkcyi motorycznej, powodujące zaleganie pokarmu w żołądku, skłonność do powstawania nieprawidłowej fermentacyi w jelitach i następową niestrawność (dyspepsyę). To zaś, że niektóre dzieci są odporne, mimo że dostają mleko niewyjałowione, odnieść należy do prawidłowej czynności ruchowej żołądka i do zdolności niszczenia bakteryj w jelitach. Według Boasa kwas solny łączy się z solami i sernikiem mleka krowiego i nie może działać antyzymotycznie; niebezpieczeństwo to grozi już do pewnego stopnia oseskowi zdrowemu, karmionemu mlekiem krowiem, w znacznie większym stopniu zaś oseskowi dyspeptycznemu, gdyż ten produkuje mniej kwasu solnego, niż zdrowy. Badania Cohna wykazały, że tworzenie się kwasu mlekowego, odbywające się pod wpływem bakteryi, zostaje wstrzymane przez obecność 0,7‰ kwasu solnego, a fermentacya octowa przez 0,5‰ kwasu solnego; dowodzi to więc antyzymotycznego działania kwasu solnego. Schnürer wykazał, że treść żołądka osesków zdrowych lub chorych zawiera w $1^1/_2$ godziny po przyjęciu pokarmu ferment podpuszczkowy skuteczny. Już w pół godziny po przyjęciu pokarmu sernik cały się ścina. To krzepnięcie mleka przy czczym żołądku następuje pod wpływem fermentu podpuszczkowego. Schlossmann widzi głównie różnicę w różnym składzie chemicznym mleka kobiecego i krowiego; mleko kobiece zawiera znacznie mniej składników azotowych i to bezwzględnie, jak i w stosunku do ciał bezazotowych. Zawartość ciał azotowych jest okresowa: od urodzenia stopniowo się zmniejsza. Mleko kobiece zawiera więcej rozpuszczonego białka i nukleiny (ciało azotowe, nie należące do białkowatych), a mniej fosforu, ale więcej organicznie związanego; ważną różnicą jest obecność najważniejszych połączeń siarki i fosforu w stanie rozpuszczonym. Dziecko przy piersi otrzymuje mleko wprost, mleko zwierzęce zaś, będąc zakażone, wymaga w celu zniszczenia zarazków ogrzania do wrzenia, przez co białko się ścina, tłuszcz fizycznie i chemicznie ulega zmianie.

Często przy karmieniu sztucznem spotykamy się z zaburzeniami żoładkowo-jelitowemi. Jakkolwiek objawy te tłómaczono w najrozmaitszy sposób, przytoczę tu publikacye tylko z ostatnich lat, w których, między innymi, Sonnenberger uważa choroby, wywołane mlekiem, jako spowodowane przez bakterye lub przez czynniki chemiczne, zawarte w paszy, powodujące zatrucie ustroju. Przeto należy zapobiedz dostawaniu się do ustroju jadów lub istot, wytwarzających jady. Twierdzenie to popiera Alt obserwacyą zaburzeń w trawieniu, spowodowanych przez grzybki *Phoma trifolii* i *Pseudopeziza trifolii*, osiadłe na koniczynie. Basch i Weleminsky przeprowadzili doświadczenia dla przekonania się, o ile prątki przechodzą lub nie przechodzą z pokarmem do ustroju. Wstrzykiwali oni morskim świnkom

[1]) Un procédé simplifié de cocainisation de la moëlle. (Sém. méd. 1900, Nr. 11).

[2]) Experimentelle und klinische Erfahrungen über Duralinfusion. „Deutsche med. Wochenschrift“ 1900, Nr. 3 i 4).

do krwi *bacillus prodigiosus* (tworzący barwik czerwony) i *bacillus cyanogenes* (tworzący barwik niebieski), a nie zdołali ich wykazać w mleku. Prątki wąglika również do mleka się nie dostawały, a badanie gruczołów sutkowych zwierząt, zakażonych karbunkułem, wykazało w obwodowych partyach gruczołu sutkowego i w tkance okołosutkowej dużo bakteryj, zaś w środku gruczołu tylko nieliczne prątki. Przy wstrzyknięciu do żyły szyjnej 1 ctm³ hodowli bulionowej z *bacillus pyocyaneus* po ośmiu godzinach znajdowano już *pyocyaneus* w mleku. Hodowle bulionowe prątka błonicy, duru i cholery, wstrzyknięte do żył, nie dają się wykazać w mleku. *Bacterium bovis morbificans*, wstrzyknięte do opłucnej, powoduje wynaczynienia i pojawia się w mleku. Autorowie rozróżniają przeto prątki, powodujące wynaczynienia i przechodzące do mleka i prątki nie wywołujące wynaczynień, a tem samem nie przechodzące do mleka, albowiem wydzielanie bakteryj przez mleko zależy od zdolności powodowania wynaczynień w odpowiednim narządzie. Nad zaraźliwością mleka krów gruźliczych pracowali: Lydia Rabinowitsch i Kempner, badając mleko na targach berlińskich, przyczem w 28% przypadków znaleźli prątki gruźlicze. Badając mleko piętnastu krów, które oddziaływały na tuberkulinę, otrzymali w trzy miesiące po tuberkulinizacyi w 66,6% (10 przyp.) wynik dodatni. Przeto wynikiem badań tych jest, że tak przy poczynającej się gruźlicy, bez wyraźnej gruźlicy wymion, jak i przy ukrytej, dającej się wykazać tylko zapomocą szczepień, mleko może zawierać prątki gruźlicze. Bollinger na Zjeździe przeciwgruźliczym (1899) podniósł, że mleko zwierząt gruźliczych posiada własności zakaźne nietylko w gruźlicy wymion i gruźlicy ogólnej, lecz także i w gruźlicy miejscowej. Podług Dornblütha zaraza pyskowa i racicowa przenosi się z mlekiem na człowieka; podczas gdy mleko krów gruźliczych jest szkodliwe i nie należy go używać, to przy utajonej perlicy i dobrym stanie odżywienia krów mleko jest prawie nieszkodliwe. Niebezpieczeństwo jest mniejsze przy mięszaniu mleka z różnych krów, gdyż jest ono bardziej rozcieńczone. Płonica przenosi się przez mleko nie z krów, ale przez osoby, mające do czynienia z mlekiem, a stykające się z chorymi na płonicę. Często wspominano o przenoszeniu się błonicy przez mleko, lecz dowodu na to niema; dur i cholera również przenoszą się przez mleko. Cholera dziecięca (*ch. infantum*) pojawia się tak często, ponieważ nizka kwasota treści żołądkowej przy silnym stopniu alkaliczności mleka nie wystarcza do zniszczenia zarodków, zawartych w mleku. Nie należy pokładać bezwzględnej nadziei w gotowaniu i wyjaławianiu mleka, ale uważać także na badanie stanu zdrowia bydła, podobnie jak przy ocenianiu mięsa. Köppen uważa sprawy gnilne pokarmu w jelitach, jako źródło materyi szkodliwych dla oseska. Badania Michelego udowodniły, że prątków gruźliczych w mleku wykazać nie można, ale mleko zwierząt i kobiet gruźliczych nie nadaje się do karmienia.

Z różnych rodzajów mleka, zalecanego jako pokarm dla sztucznego karmienia osesków, wymienię tylko ważniejsze: mleko kozie, obecnie dosyć rzadko używane, mało się różni składem chemicznym od mleka krów; przy czystem utrzymywaniu zwierząt nie ma ono nieprzyjemnej woni, a co najważniejsza, że można je podawać niegotowane, ponieważ u kóz gruźlica jest bardzo rzadka, chociaż Baron nie uważa mleka koziego za bezwzględnie wolne od gruźlicy. Ma ono smak nieprzyjemny i krzepnie w zbitszych strzępach, niż mleko krów. Schwarz zaleca rozcieńczenie mleka koziego wodą wyjałowioną i ogrzanie do ciepłoty krwi, przez co otrzymywał korzystne wyniki; nadaje się szczególnie dla warstw ubogich.

Szczegółowem badaniem mleka oślic zajmował się Klemm i zauważył, że gruźlicę trudno wszczepić sztucznie oślicom, a nabytej naturalną drogą nie zauważono, podczas gdy u 25—70% krów pojawia się gruźlica. Nosaciznę zauważono u osłów w postaci ostrej, zabijającej w przeciągu 14 dni. Mleko oślic oddziaływa alkalicznie, jak mleko kobiece; pod względem zawartości białka, cukru i soli jest bardziej zbliżone do mleka kobiecego, aniżeli inne rodzaje mleka; zawiera jednak mniej tłuszczu; białka zawiera ono 1,46 (mleko kobiece 1,28, a mleko krów 3,0). Stosunek zawartości białka u oślic i kobiet jest następujący: 1) cała zawartość białka w obydwu rodzajach mleka jest prawie ta sama, jak również stosunek ilościowy zawartości albuminy i sernika; 2) obydwu rodzajom mleka brak własności osadzania paranukleiny przy trawieniu pepsynowem, która to paranukleina czyni mleko krowie trudno strawnem. Sernik mleka oślic składem pierwiastków i zachowaniem się chemiczno-fizyologicznem przy trawieniu naturalnem i sztucznem jest prawie równy sernikowi mleka kobiecego i przewyższa znacznie sernik mleka krowiego. Mleko to można podawać niegotowane, a więc łatwiej strawne, gdyż przy paszy suchej wolne jest od zarazków i wystarcza dla osesków do czwartego miesiąca życia, jako wyłączny pokarm. Osesek w pierwszych trzech miesiącach życia nie wymaga więcej mleka tego, niż kobiecego, nie potrzeba więc podawać dużo płynu. Mleko oślic tworzy mniej kwasu antyzymotycznego od mleka krów, działa więc zapobiegawczo na nieżyty kiszek u osesków, jest więc najlepszym zastępcą mleka kobiecego; niestety jednak mleka tego jest bardzo mało i pokarm ten tem samem bardzo drogi. W całej Saksonii Klemm mógł zaledwo dostać 33 litrów dziennie, a u Parrota dziecko tem mlekiem karmione kosztowało 2225 franków rocznie! (Koszta utrzymywania oślic w porównaniu z mamkami wynoszą w pierwszym miesiącu: dla mamek 100 marek, dla oślic 63 marek; następne miesiące są droższe). Również Seeliger przekonał się drogą analiz, że mleko oślic zawiera prawie tyle białka, cukru i soli, co mleko kobiece, a mniej tłuszczu, a Nicolle wykazał, że podczas gdy śmiertelność przy karmieniu mlekiem krowiem wynosi 83,33%, to przy użyciu mleka oślic spada do 30,23%, zmiejsza się więc o 53,10%. (c. d. n.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu prof. Rydygiera we Lwowie.

Dwa przypadki tracheotomii z powodu kiły krtani.

Zestawił
Dr. Teofil Zalewski.

I. Fr. R., lat 48. Rodzice chorego pomarli w późnym wieku. Rodzeństwo jest zupełnie zdrowe. Sam chory w 6 roku życia miał przebyć dur brzuszny, w 7-ym odrę. Przed 10-ciu laty przebył kiłę, na którą się leczył. Chory jest żonatym i ojcem dwojga zdrowych dzieci. Żona nie roniła.

Obecna choroba zaczęła się w maju 1899 r. suchym kaszlem i bólem gardła; kaszel ten i ból minął po miesiącu i chory czuł się zupełnie zdrowym. Dopiero mniej więcej od dwóch tygodni pojawił się znowu kaszel i ból gardła, a prócz tego chory zaczął uczuwać utrudnienie w oddychaniu; duszność stopniowo się wzmagała i szczególnie dawała się choremu uczuć przy chodzeniu lub pracy. 15 listop. 1899 chory przybył do kliniki z ogromną dusznością, sinicą na wargach i kaszlem; duszność była tak znaczna, że chory mówić nawet nie mógł, dlatego bez dokładniejszego badania przystąpiono do tracheotomii. Wykonano tracheotomię dolną.

Badanie 17 listop. 1899, gdy chory przyszedł trochę do siebie, wykazało: struny głosowe tylko w części tylnej cokolwiek przekrwione, pokryte śluzem, zresztą zmian nie okazują. Poniżej strun głosowych widać dwa obrzmienia, idące w kształcie wałów z przodu ku tyłowi równolegle do strun głosowych. Powierzchnia tych wałów jest zupełnie gładka, barwa różowa. Wały te w linii środkowej prawie się stykają, zacieśniając tym sposobem prawie zupełnie światło krtani; z dolną powierzchnią strun głosowych wały te stykają się, lecz ruchomości ich nie ograniczają znacznie. Przy fonacyi więzadła schodzą się w linii środkowej, zakrywając obrzmienia.

Uwzględniając obraz laryngoskopowy, oraz szczegóły wywiadów

rozpoznano kiłę krtani i na tej podstawie zaordynowano jodek potasowy (8:200).

24 listop. Chory wyżył 24 grm. jodku potasowego. Podmiotowo czuje się on zupełnie dobrze. Badanie laryngoskopowe wykazuje, że obrzmienia pod strunami głosowemi znikły prawie zupełnie. Chory po wyjęciu rurki tracheotomijnej wewnętrznej i zatkaniu rurki tracheotomijnej zewnętrznej oddycha swobodnie. Kaszel ustąpił zupełnie. Chorego puszczono do domu, polecając dalej używanie jodku potasowego.

10 grud. Chory przybył do kliniki. Badanie laryngoskopowe wykazuje, że obrzęk w dolnej części krtani ustąpił zupełnie. Rurkę tracheotomijną wewnętrzną wyjęto, zewnętrzną zatkano korkiem. Choremu polecono korek wyjąć, gdyby uczuwał duszność. Dotąd chory wyżył wszystkiego 36 gr. jodku potasowego.

20 grud. Rurkę tracheotomijną wyjęto. Rana zagoiła się w ciągu pięciu dni. Chory oddycha i mówi zupełnie swobodnie.

II. H. K., lat 20. Rodzice chorego pomarli niewiadomo choremu na jaką chorobę. Rodzeństwo zdrowe. Zapytywany specyalnie o kiłę przeczy, by kto z rodziny ją przebywał; on sam miał też jej nie przebywać. Dotąd na nic nie chorował.

Już przeszło rok ma chrypkę, a od 5 miesięcy wystąpiła duszność, która stopniowo wzmaga się. Duszność ta obecnie jest takiego stopnia, że choremu trudno nawet przy spokojnem zachowaniu się swobodnie oddychać.

Chory przybył do kliniki d. 9 lut. 1900 z objawami duszności, chrypką i sinicą nieznaczną na wargach. Badanie krtani wykazało ogólne zaczerwienienie; prócz tego w dolnej części poniżej więzadeł, widać po jednej i drugiej stronie dwa obrzmienia, idące z przodu ku tyłowi, równolegle do strun głosowych. Na powierzchni obrzmienia są gładkie. Obrzmienia te zacieśniają znacznie światło krtani tak, że pozostaje między niemi tylko mała szpara. Więzadła głosowe są ruchome i przy fonacyi zakrywają obrzmienia. Chorego przyjęto do kliniki i podano jodek potasowy (6:200).

11 lut. W nocy wystąpiła znaczna duszność tak, że musiano wykonać tracheotomię. Zrobiono tracheotomię górną. Badanie laryngoskopowe nie wykazuje nic, coby wyjaśnić mogło wystąpienie większej duszności. Chory dalej zażywa jodek potasowy.

2 kwiet. Chory wyżył 60 grm. jodku potasowego, którego roztwór stopniowo wzmacniano, aż do 12:200. Badanie laryngoskopowe wykazuje, iż obrzęk w dolnej części krtani znikł zupełnie. Zauważyć wypada, że zaczął się zmniejszać po wyżyciu 14 grm. Chorego pozostawiono bez lekarstwa, a jednocześnie wyjęto wewnętrzną rurkę tracheotomijną i zatkano korkiem zewnętrzną.

18 kwiet. Chory, wyleczony zupełnie, wyszedł do domu. Rurkę tracheotomijną wyjęto zupełnie d. 12 kwiet.

Po dwóch miesiącach doniósł on, że ma się zupełnie dobrze.

W obydwóch tych przypadkach obraz anatomiczny odpowiada postaci, która znana jest pod nazwą *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Nazwa ta nie określa bynajmniej jakiejś określonej postaci chorobowej, lecz wiążemy z nią pojęcie o zmianach, jakie mamy w obydwóch naszych przypadkach. Nazwa ta nie jest stósowną, czasem nie odpowiada nawet makroskopowemu obrazowi, często bowiem przy tego rodzaju zmianach chorobowych obrzęk nawet do strun głosowych nie dotyka. Zmiany, o których mowa, mogą mieć najrozmaitszą przyczynę; najczęstszą jednak jest bez wątpienia kiła. Dlatego też w każdym przypadku, gdzie nie jesteśmy pewni tła choroby, nie zawadzi podać jodek potasowy, który działa bądź leczniczo, bądź też znaczenia leczniczego nie ma; lecz i wtedy jeszcze ułatwi nam rozpoznanie. Co do jodku potasowego, to musimy zwrócić uwagę, że przy podawaniu jego trzeba zachować pewną ostrożność w przypadkach ze znaczniejszą dusznością, gdyż stan chorego może się pogorszyć pod tym względem, szczególnie jeżeli mamy do czynienia z osobnikiem, wrażliwym na ten lek. Czy w naszym drugim przypadku zwiększenie się duszności, które uczyniło koniecznem wykonanie tracheotomii, powstało wskutek używania jodku potasowego, trudno orzec, tembardziej, że badanie laryngoskopowe nie wykazało nic, coby za tem przemawiało. Możliwem jest, że zwiększenie się duszności miało swą przyczynę w powiększeniu nacieku samego; powiększenie to mogło być małego stopnia, i nie dało się ocenić badaniem laryngoskopowem, a jednak wystarczyło, by wywołać zwiększenie się duszności.

Przypadki przytoczone należą o tyle do rzadszych, że w przebiegu kiły zwykle dopiero w późniejszych okresach występuje znaczniejsza duszność, która ewentualnie wymagać może zabiegu operacyjnego, mianowicie, kiedy z nacieków potworzą się blizny, zwężające krtań; we wcześniejszych okresach znaczniejsza duszność jest rzeczą rzadszą.

Niektórzy autorowie obliczają liczbę tracheotomowanych z powodu duszności we wcześniejszych okresach kiły zaledwie na 0,1%, choć tutaj statystyki rozmaitych autorów będą się różniły, zależnie od kraju, z którego pochodzą. W kraju, gdzie liczba zakażonych kiłą jest znaczna i gdzie ludność mniej odczuwa potrzebę leczenia się, bez wątpienia częściej będą się trafiały przypadki, gdzie trzeba będzie robić tracheotomię w przebiegu kiły. Kiła krtani wcześnie rozpoznana i prawidłowo leczona powodu do tracheotomii chyba nie da.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy).

Psychozy złożone odznaczają się tem, że choroba przebiega w okresach, czyli fazach, niezależnych od siebie. W największej części ostrych psychóz rozróżniamy w ich przebiegu okres wstępny, cechujący się afektem bezradności, który może się spotęgować do lęku lub rozpaczy. Ten okres wstępny w ostrych psychozach był powodem mylnego zapatrywania, że każda psychoza przebiega w okresach, czyli fazach. W chwili przekroczenia szczytu choroby pojawia się przed zupełnem wyleczeniem okres paranoiczny, t. j. okres dezoryentacyi, wywołanej zanikłymi już ostrymi objawami psychozy, lub okres zniedołężnienia. W przebiegu zdrowienia z manii występuje okres krótki zadumy i odwrotnie. Złożone psychozy ruchowe skłoniły Kahlbauma do wytworzenia odrębnej postaci, zwanej przezeń katatonią; obejmuje zaś ona wszystkie te psychozy ostre, w przebiegu których wystąpił obraz psychozy ruchowej. Najczęstszą postacią jest przejście psychozy lękowej w psychozę ruchową, przyczem rozpoznamy zwłaszcza wtedy złożoną psychozę ruchową, jeżeli okres wstępny psychozy lękowej trwał dłużej, przynajmniej kilka miesięcy, poczem pojawiła się, jak to najczęściej się zdarza, akinetyczno-parakinetyczna psychoza ruchowa. Przebieg takiej psychozy zwykle bywa niepomyślny. W cięższych przypadkach przechodzi psychoza lękowa wstępna w psychozę hiper-parakinetyczną. Przejście wstępnej psychozy lękowej w całkowitą psychozę czuciową z fantastycznem urojeniem grożącego niebezpieczeństwa, a potem w psychozę ruchową, cechuje ostrą, postępującą psychozę, o której już była mowa. Zamiast psychozy lękowej może być wstępnym okresem każda inna z opisanych już ostrych psychóz, n. p. *hallucinosis acuta*. Tak samo mania i mania gniewliwa mogą stanowić okres złożonej psychozy, a porażenie postępujące, jeźli przebiega jako psychoza lękowa, tworzy nieraz w ostrym początku swym obraz manii gniewliwej.

Niedowład postępujący *(paralysis progressiva)* przedstawia chorobę mózgu, której objawy odpowiadają zmianom anatomicznym, mianowicie objawy ze strony układu rzutowego i objawy niedołęztwa. Przyrodę etyologiczną tej psychozy stanowi zatrucie metatoksynami syfilitycznemi, które przyspasabiają mózg do tej choroby. Przyczyną zaś nagodną, która ją przy danem usposobieniu kiłowem wywołuje, jest nadmierna praca umysłowa wśród wzruszeń umysłowych i trosk, podjęta ponad możebność i siły. Tem też tłómaczy się większa częstość tej psychozy u mężczyzn, niż u kobiet. Występuje ona najczęściej między 35 a 45 rokiem życia,

względnie między 30 a 50. Choroba kończy się niemal zawsze niepomyślnie, gdyż zaledwie na tysiące przypadków zdarza się jeden, kończący się wyleczeniem. *W.* pojmuje niedowład postępujący, jako zbiór psychóz, wywołanych przez przebytą kiłę. Do tych psychóz poraźnych, swoistych, należy wymieniona już *autopsychosis expansiva* z fantastycznem urojeniem wielkości, która niemal wyłącznie występuje na tle kilowem. Kahlbauma *progressiva divergens* ma prawdopodobnie również tło kilowe, lecz niezawsze. Niedowład postępujący zaczyna się okresem zwiastunowym, któremu towarzyszy zwykle uczucie ciężkiego zachorzenia. Objawami tego okresu są bóle głowy, bezsenność, drażliwość, skargi podmiotowe bez podstaw przedmiotowych na łatwość zapominania się i podupadnięcie zdolności pełnienia obowiązków zawodowych. Często towarzyszą temu okresowi objawy ciężkiej neurastenii. W pewnej części przypadków są już w tym okresie wyraźne objawy w zakresie układu rzutowego, jako to zaznaczone porażenie niezupełne *(paresis)* nerwu twarzowego, albo zbaczanie języka i warg i tak zwane poraźne zaburzenie mowy, polegające na głoskowem potykaniu się lub zamazanem brzmieniu mowy. Celem stwierdzenia głoskowego potykania się poleca się choremu wymawiać zdania lub słowa, aliterujące się z głoskami płynnemi, n. p. „na krakowskiej maryackiej wieży trąbili trębacze trarara“. Głos jest trzęsącym aż do koziego beku *(aegophonia)*. Mimo braku tych objawów można jeszcze rozpoznać niedowład po objawach rdzeniowych, które wyprzedzają nieraz objawy porażenne i stanowią dyagnostycznie ważny rozpoznawczy objaw pomocniczy. Objawy te dowodzą albo zaburzenia chorobowego w sznurach tylnych, albo bocznych, albo obu razem. Do pierwszych zalicza się odruchowa nieruchomość źrenic *(Pupillenstarre)*; mniejsze znaczenie ma nierówność źrenic. Kombinowane schorzenie sznurów bocznych i tylnych objawia się w dwojaki sposób, t. j. wzmożeniem biernej ruchomości kończyn dolnych z wzmożeniem odruchów ścięgnistych lub obniżeniem biernej ruchomości, zatem wyraźnem zesztywnieniem z obniżeniem lub zupełnym brakiem odruchów. Objawy te są dla rozpoznania ważne, albowiem neurastenia wywołuje wzmożenie, a nigdy obniżenie odruchów.

W przebiegu niedowładu może wystąpić *mania paralytica*, najbliższa co do objawów autopsychozie ekspanzywnej, dalej zaduma uczuciowa niezupełnie czysta, lecz z domieszką lekiego urojenia odnoszącego, lub z objawami lękowej psychozy, wreszcie *melancholia depressiva*. Pojawienie się zadumy w wieku między 35 a 45 lat każe zawsze podejrzywać rozwijanie się niedowładu postępującego. Powyżej wymienione psychozy występują zwykle w okresie zwiastunowym. Z alopsychóz porażennych ważny jest obłęd poraźny *(delirium paralyticum)*, który pojawia się w którymkolwiekbądź okresie choroby i to nagle. Obraz jego może być identyczny z obrazem obłędu pijackiego, atoli zdarza się to rzadko. Zwykle odróżnia się on przewagą stanu zamroczenia, które bywa czasem tak silne, że można mówić o otrętwieniu poraźnem *(stupor paralyticus)*. Towarzyszą mu niekiedy objawy w zakresie układu rzutowego, t. j. drżenie mięśni i głosu, oraz sztywność mięśni. Zamiast niepokoju ruchowego pojawia się stan akinezy. Z innych alopsychóz pojawiają się rzadko kilkudniowy obraz obłąkania starczego *(presbyophrenia)*, lub obraz alopsychozy z omamami, n. p. ostrej halucynozy, którą w takich razach trudno odróżnić od tej postaci, występującej na tle alkoholowego porażenia rzekomego. Tylko dokładne wywiady mogą w tych razach wyjaśnić rozpoznanie. Z psychóz lękowych psychoza hipochondryczna lękowa zwykła budzić podejrzenie niedowładu, albowiem somatopsychozy przedstawiają nam zwykle najcięższy przebieg porażenia postępującego. W rzadkich na szczęście przypadkach *paralysis floridae* spotykamy obrazy ostrej psychozy wstępującej z fantastycznem urojeniem hipochondrycznem grożącego chorym niebezpieczeństwa i z bardzo silnym, a ztąd wynikającym afektem. Częściej zdarza się na szczęście, że hipochondryczne wyobrażenia, n. p. twierdzenie chorego, iż niema głowy, serca, wnętrzności i t. d., nie wywołują żadnego afektu. Na tle niedowładu lubi powstawać hiperkinetyczna psychoza ruchowa, zwykle z fantastycznem urojeniem wielkości i hipermetamorfozą; obraz taki, trwający kilka tygodni, stanowi późniejszy okres choroby. W przebiegu *psychosis ascendentis sensoricae paralyticae*, gdy ona staje się zupełną *(ps. totalis)*, występują zwykle objawy hiperkinetyczne. Z innych objawów ruchowych zauważa się w przebiegu niedowładu postępującego swoisty dlań popęd do mówienia przy pozornie rozważnem zachowaniu się chorego; rzadziej objawy hiperkinetyczno-parakinetyczne, jak wielomówstwo (werbigeracye) i stereotypie ruchowe, które są zwykle bardzo częste w późniejszych okresach choroby. Czasem zauważa się u chorych echolalię, t. j. powtarzanie za mówiącym, względnie pytającym, ostatniego słowa z pytania, zamiast udzielenia odpowiedzi. Psychoza akinetyczna ruchowa jest w postaci czystej rzadką w przebiegu niedowładu postępującego. Po napadach poraźnych mogą wystąpić, podobnie jak po napadach padaczkowych u epileptyków, chwilowe stany zamroczenia, którym towarzyszą przemijające kilkudniowe objawy ogniskowe, n. p. objawy senzorycznej afazyi.

Z powyższego opisu wynika, że niedowład postępujący przedstawia złożoną psychozę, przebiegającą w okresach, że okresy te z osobna mogą przedstawiać czyste psychozy pojedyncze, którym jednak towarzyszą zwykle swoiste objawy, zwłaszcza bardzo częste zafałszowania pamięci. Choroba przechodzi z reguły w niedołęztwo umysłu, którego znamiona występują już w bardzo wczesnych okresach (C. Westphal). Jeżeli przebiega w postaci psychozy pojedynczej, n. p. jako obłęd poraźny, może nie posiadać cech niedołęztwa, lub co najwyżej, tylko zmniejszoną zdolność zapamiętania. W pewnej znowu dość znacznej liczbie przypadków niedowład przebiega albo jako jednostajnie lub w nawrotach okresowo postępujące i nasilające się niedołęztwo, a ztąd nazwa niedołęztwo poraźne *(dementia paralytica)*. Utrata zdolności umysłowych następuje w tych razach pierwotnie, a nie następowo po przebyciu jakiejkolwiek psychozy. Jakikolwiek jest przebieg tej choroby, zawsze występują objawy rdzeniowe lub napady poraźne z następowymi objawami ogniskowymi. Tak więc ciągły i jednostajny przebieg tej choroby odpowiada psychozie przewlekłej, a tylko okresowe pojawiania się ostrych psychóz nadają obrazowi cechę psychozy ostrej. Przebieg jej odznacza się okresowemi zwolnieniami (remisyami) i zaostrzeniami w postaci napadów poraźnych. Zwolnienia stanowią najczęściej zejście pojawiających się w przebiegu niedowładu psychóz poraźnych, jak poraźnej autopsychozy, manii i t. d. Zwolnienia mogą być pomyślne i niepomyślne; pierwsze odznaczają się tem, że chory zyskuje świadomość swej choroby, a nierzadko nie okazuje zarazem żadnych objawów defektu; drugie zaś tem, że chory nie zyskuje świadomości swej choroby, a tylko objawy ostrej psychozy zwolniały lub ustąpiły; w pierwszym razie przechodzi zwolnienie w stan chwilowego, bo przeszło i rok trwającego uleczenia, w drugim razie trwa ono zwykle kilka tygodni lub miesięcy. Zaostrzenia choroby, t. j. napady poraźne przedstawiają albo zwykłe omdlenia lub napadowe zawroty głowy, czasem jednak przedstawiają dłużej trwające omdlenia i napady podobne do udarowych *(apoplectiforme)* lub padaczkowych. W początkach choroby występują zwykle lekkie omdlenia z następowem, przemijającem upośledzeniem mowy i porażeniem niezupełnem w zakresie twarzy i języka. Upośledzenie mowy może przypominać afazyę ruchową. Napady udarowate (apoplektoidalne) są w zupełności podobne do rzeczywistych udarów mózgowych i pozostawiają zwykle porażenie połowicze, widzenie połowicze, afazyę ruchową, porażenia dotyku jednej ręki i t. d. Napady padaczkowate (epileptoidalne) są niemal zupełnie identyczne z padaczkowymi (epileptycznymi), tylko mają skłonność do nawrotów i do tworzenia *status epileptici*; częściej odpowiada obraz napadowi padaczki korowej, t. j. napad zaczyna się od

kurczów pewnej gromady mięśni, n. p. twarzy, języka, przy zachowanej przytomności, a potem występują znane ogólne kurcze. I te ostatnie napady padaczki korowej zostawiają zwykle objawy ogniskowe, nawet czuciową afazyę i połowicze widzenie, które jednak w kilka godzin potem znikają. Napady padaczki korowej objawiają również skłonność do nawrotów. Wyjątkowo mogą napady poraźne objawiać cechy opuszkowe i rdzeniowe (Cl. Neisser). Ciężkim napadom towarzyszą znaczne wzniesienia ciepłoty. Po napadzie, lub częściej po seryi napadów, zjawia się okres otrętwienia, które, gdy ustąpi, pozostawia znaczniejsze zniedołężnienie, aniżeli to, jakie było poprzednio. Niekiedy spostrzegać się dają wyjątkowe przypadki niedowładu, którego obraz stanowią gęsto po sobie następujące napady udarowo-padaczkowate z następowymi objawami ogniskowymi. Czas trwania choroby bywa różnie długi, a może wynosić, z wyjątkiem postaci galopujących, więcej niż 10 lat, przeciętnie wynosi on pięć kwartałów, licząc od chwili oddania chorego do zakładu. Rozpoznanie choroby łatwe, przyczem pamiętać należy, że dość często rozwija się z choroby rdzeniowej, n. p. uwiądu rdzenia, niedowład postępujący *(Tabo-paralysis)*. Leczenie zasadza się przedewszystkiem na zapobieganiu wybuchowi choroby u ludzi, którzy przebyli kiłę i nagle zapadli na objawy zwiastunowe, lub na objawy niedomogi mózgowej *(cerebrastenii)*. Jeżeli istnieją objawy kiły mózgu, lub innych narządów, wskazane jest oględne leczenie przeciwkiłowe, lecz takie, któreby nie sprowadziło utraty na wadze, a więc leczenie w łóżku, połączone z forsownem odżywianiem. Gdy niema wyraźnych objawów istniejącej kiły, wcierania i wogóle leczenie rtęciowe są przeciwwskazane; tylko podawanie jodku potasowego przez długi czas od 0·5—1·0 grm. dziennie jest bardzo korzystne. Główne leczenie polega na podniesieniu odżywienia i usunięciu chorego na czas od pół do jednego roku od jego zajęć zawodowych. Gdy już psychoza jest w pełnym toku, należy chorego wziąć w kuratelę, aby zapobiedz materyalnej jego i jego rodziny ruinie. Obraz anatomiczny wyraża się w późnych okresach choroby mikroskopowo dostrzegalnym zanikiem kory, zwłaszcza płatów czołowych, czasami także płatów skroniowych, ciemieniowych i potylicznych, oraz zmniejszeniem się ciężaru mózgu. Zanikowi kory odpowiada obraz wodogłowia zewnętrznego. Opony miękie są w licznych miejscach, zwłaszcza nad płatem czołowym, przyćmione i zrośnięte z korą tak, że dają się ściągnąć tylko wraz z korą *(decorticatio)*; czasem znów są mocno zgrubiałe i od kory oddzielone przesączyną, a wtedy dają się ściągnąć bez naruszenia kory. W przypadkach zadawnionych zachodzi rozszerzenie komór mózgowych i wodogłowie wewnętrzne; ściany komór są często zbite i okazują *ependymitis granulosa*, sięgającą nieraz do czwartej komory. W kościach czaszki spostrzega się zanik śródkościa *(diploë)* i stwardnienie kości *(eburnisatio)*, w oponie twardej objawy jej zapalenia krwotocznego *(pachymeningitis haemorrhagica)* z wynaczynieniami, zwykle ograniczonemi tylko do sklepistości półkul. W przypadkach atypowego niedowładu uderza widoczny zanik wzgórka wzrokowego. Mikroskopowe badanie wykazuje, że pierwotną zmianę w tej chorobie stanowi martwica *(necrosis)* pierwiastków nerwowych, a dopiero następowo i odczynowo (niejako zabliźnienie) przerost tkanki neurogliowej. Z badań Nissla i innych wynika, że nietylko włókna nerwowe, lecz i komórki zwojowe ulegają rozpadowi. Zmiany rdzeniowe bywają w przebiegu tej choroby częściowo pierwotnemi, częściowo zaś polegają na następowem zwyrodnieniu. (C. d. n.).

V. Wyciągi.

Prof. Posner. **Drogi zakażenia w gruźlicy narządu moczopłciowego** *(Zts. f. Tuberk. u Heilst.* 1901. T. II. 7. 2) Niedawno (1899) poruszył Kirchner ponownie zagadnienie, czy wśród powodów, nakazujących ostrożność w zezwalaniu na małżeństwo suchotnikom, nie należy uwzględnić możliwości zakażenia drugiej strony przez obcowanie płciowe. Wobec tego należało zbadać, czy jest to możliwe i w jakim stopniu zagraża takie niebezpieczeństwo. Przedewszystkiem nasuwało się pytanie, jak częstą jest gruźlica narządu moczopłciowego? i w jaki sposób powstać może jego zakażenie? Najłatwiej na to pytanie odpowiedzieć co do nerek, w których stosunkowo łatwo rozwinąć się może zakażenie drogą krwi („Ausscheidungstuberculose“ Cohnheima). Częstość zmian gruźliczych w nerkach podawano na 20% przypadków gruźlicy. Aby pod tym względem uzyskać powniejsze dane, przejrzał P. 4710 protokołów sekcyi w zakładzie patologicznym szpitala Charité, kierowanym przez Virchowa. Wśród tego znalazło się 753 sekcyi gruźliczych, a wśród nich znów 189 (25%) razy zmiany gruźlicze w nerkach. Szczególnie jednak często (49%) rozwijają się zmiany w nerkach u gruźliczych dzieci. W przypadkach tych najczęściej gruźlica nerek powstaje drogą krwi; świadczy o tem już względna częstość zmian nerek w porównaniu z częstością gruźlicy niższych odcinków narządu moczowego. Jeżeli bowiem zakażenie nerek następuje od zewnątrz, drogami moczopłciowemi, to zawsze znajdą się większe lub mniejsze zmiany gruźlicze także i w tych drogach. Nadto świadczy o zakażeniu drogą krwi i obecność zmian w obu nerkach, — gdyż w zakażeniu drogami moczopłciowemi przeważnie jedna nerka bywa zajęta; — oraz usadowienie zmian ogniskowe w obwodowych częściach nerek. Z nerek może się gruźlica przenosić w niższe odcinki dróg moczowych; zdarza się to jednak rzadko. Przypadki te odznaczają się tem, że objawy kliniczne ze strony dróg moczowych są nieznaczne; w gruźlicy wstępującej bywa wprost odwrotnie. Określić częstość gruźlicy pęcherza moczowego w dokładny sposób jest bardzo trudno; na 115 przypadków gruźlicy nerek znalazł P. gruźlicę pęcherza 12 razy; w innym szeregu sekcyj na 34 pierwszych było 6 drugich; w innym jeszcze na 40 pierwszych zapisano gruźlicę pęcherza tylko raz jeden. Liczby są tu więc bardzo nierówne. — Podobnież nie da się dokładnie odsetkowo oznaczyć częstość gruźlicy jąder i pęcherza; w trzech wspomnianych szeregach sekcyj znalazł ją P. w 8, 4 i 1 spotrzeżeniu; gruźlicę narządów rodnych kobiecych w pierwszym szeregu sekcyi 9, w drugim 4 razy.

Zresztą u mężczyzn są to najprawdopodobniej zawsze zakażenia zstępujące t. j. przechodzące na pęcherz z nerek. Napewno można o tem sądzić, gdy zajęte są obie nerki i pęcherz, a jądra niezmienione. — Natomiast spotykając u kobiet zakażenie macicy, jajników i jajowodów nie można w żaden sposób uważać tych zmian za następstwo gruźlicy w nerkach; w pewnych przypadkach może być gruźlica części rodnych kobiecych następstwem gruźlicy otrzewnej, często w tych razach spotykanej, ale należy tu uwzględnić tę okoliczność, iż jeszcze częściej zachodzi stosunek odwrotny, t. j. że gruźlica otrzewnej jest następstwem gruźlicy narządu rodnego niewieściego.

Tej gromadzie przypadków, w których gruźlica narządu moczopłciowego jest wtórną, przeciwstawić należy przypadki takie, w których nagle pojawia się gruźlica tego narządu u osobników zresztą (przynajmniej pozornie) zdrowych, np. gruźlica odosobniona jąder. P. sądzi, że w tych razach najczęściej drogą zakażenia jest krew; — prątki gruźlicze, utajone gdzieś w ustroju, dostają się tą drogą do jądra i wywołują wtenczas swoiste zmiany, jeżeli natrafią tu na mniejszą odporność. Stąd częstość gruźlicy jąder po przebyciu rzeżączkowego zapalenia przyjądrza, po urazach i t. p. Tłómaczenie to znajduje poparcie w takich spostrzeżeniach, w których np. powstaje na pozór pierwotnie gruźlica kości i t. p. — W pewnych jednakże razach może pierwotne na pozór zakażenie jąder, pęcherza i t. d. powstać przez dostanie się prątków z przewodu pokarmowego, P. spostrzegał np. przypadki gruźlicy jelit i pęcherza, w których w innych narządach zmian nie było.

Bardzo ważną rzeczą, zwłaszcza ze względu na rokowanie, jest okoliczność, że gruźlica jąder może łatwo stać się punktem wyjścia dla wtórnego zakażenia pęcherza, moczowodów i nerek. W tych przypadkach obraz anatomiczny nerki jest bardzo znamienny; przypadki te w wysokim stopniu obchodzą chirurga, ponieważ zazwyczaj zajętą bywa jedna tylko nerka. W jaki sposób zakaża się wówczas nerka, zrozumieć łatwo, jeśli są zmiany także w pęcherzu i odpowiednim moczowodzie; gdy zmian w moczowodzie niema, wyjaśnienie jest trudniejsze; należy przypuścić, że prątki dostają się wówczas do nerki przez antiperystaltyczne ruchy moczowodu, których możliwość wykazano doświadczalnie. — Niekiedy może także gruźlica jąder dać powód do następowej gruźlicy otrzewnej, — a oczywiście także do ogólnej gruźlicy prosówkowej.

Czy jednak oprócz tych wszystkich rodzajów wtórnego zakażenia dróg moczopłciowych istnieje zakażenie naprawdę pierwotne, wkraczające w głąb przez cewkę moczową lub pochwę? Doświadczalnie udowodniono, że to jest możebne; zakażając gruźlicą narządy rodne samców królików i morskich świnek, stwierdzano potem gru-

źlicę pochwy u samic. Podobne zakażenia zauważono u bydła rogatego. U ludzi P. nie zna podobnego przypadku; nie widział go ani na sekcyach, ani nie zauważył klinicznie. Być jednak bardzo może, że i u ludzi następuje czasem zakażenie tą drogą: przemawia za tem znachodzenie się prątków w nasieniu suchotników, oraz te przypadki, w których wykazano, że pierwotnem siedliskiem gruźlicy była błona śluzowa macicy.

W każdym więc razie zakażenie drogą płciową może mieć znaczenie tylko w pewnych szczególnych przypadkach; w szerzeniu się gruźlicy, jako choroby pospólnej, nie odgrywa ono większej roli. *C.*

Gengou. **O pochodzeniu aleksynów surowicy prawidłowej** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1901, Nr. 2. 4.) Na zasadzie licznych doświadczeń wnosi G. że aleksyny u psów i królików znajdują się obficiej w wielojądrzastych leukocytach, niż w surowicy krwi; w jednojądrzastych leukocytach aleksynów jest bardzo mało. Stąd wynika, że źródłem aleksynów w surowicy prawidłowej muszą być leukocyty wielojądrzaste. Należy jednak rozstrzygnąć pytanie, czy aleksyny przechodzą do surowicy dopiero wówczas, gdy leukocyty obumierają (Miecznikow), czy też są one prawdziwą wydzieliną leukocytów, niezmienionych zupełnie (Buchner). Zagadnieniem tem zajmuje się G. w drugiej części pracy. Surowica, otrzymana z osocza, pozbawionego ile możności ciałek białych, zawiera według badań G. bez porównania mniej aleksyn, niż surowica, otrzymana przez zwykłe krzepnięcie krwi, to jest przy obecności ciałek białych. Na tej podstawie należy przyjąć, że leukocyty nietylko wytwarzają aleksyny, ale że nie przechodzi ona z nich do surowicy, dopóki leukocyty znajdują się w warunkach prawidłowych. U szczurów istnieje we krwi w zwykłych warunkach substancya, działająca zabójczo na prątki wąglikowe: substancya ta, będąca niewątpliwie aleksyną, nie znajduje się według badań G. w osoczu krwi krążącej. — Wogóle zatem potwierdza G. zapatrywania Miecznikowa, iż aleksyny nie są prawidłową wydzieliną leukocytów, lecz że dostają się do surowicy dopiero w chwili obumierania ciałek białych. *C.*

Besredka. **Badania nad odpornością w doświadczalnem zakażeniu durowem** *(Annales de l'Inst. Pasteur* 1900 Nr. 4). Według badań B. odporność morskich świnek względem prątka durowego nie jest wywołaną przez bakteryobójcze działanie aleksyn, lecz wbrew twierdzeniom Wassermana, a w myśl znanych zapatrywań Miecznikowa polega na fagocytozie. Fagocytozę w ustroju można podniecić zapomocą wstrzykiwania surowic prawidłowych, ogrzanych do 55° C., których przeważna część wywołuje także aglutynacyę prątka durowego. Te własności surowic ogrzanych mogą mieć doniosłość praktyczną. Miecznikow i jego uczniowie wykazali mianowicie, że wstrzyknięcie surowicy prawidłowej do jamy otrzewnej chroni ustrój przed działaniem dawki drobnoustrojów (cholery, duru i t. d.), kilkakroć większej od zabójczej, a wstrzykniętej śródotrzewnowo w dobę po wstrzyknięciu surowicy. Ten sam skutek wywiera surowica ogrzana, nie posiadając złych stron surowic nieogrzanych. Myśl Miecznikowa, czyby nie można chronić u ludzi otrzewnej przed zakażeniem przy chirurgicznych zabiegach w jamie brzusznej zapomocą wstrzykiwania surowicy, da się może urzeczywistnić zapomocą surowic ogrzanych. Znając teraz własności aglutynacyjne i podniecające fagocytozę, jakie posiadają te surowice, należałoby próbować po operacyach w jamie brzusznej przepłókania jej surowicą końską lub wołową, ogrzaną, do 55° C. W ten sposób możnaby wywołać zlepianie się niektórych drobnoustrojów (np. gronkowców), aglutynowanych już przez surowicę prawidłową, a zarazem podniecić fagocytozę, niszczącą drobnoustroje aglutynowane, a nawet nie aglutynowane. *C.*

Prof. Pick. **Starczy zanik mózgu jako przyczyna objawów mózgowych ogniskowych** *(Wiener klin. Woch.* 1901. Nr. 17). Do niedawna panowało powszechnie, a do dziś jeszcze u wielu utrzymuje się mniemanie, że starczy zanik mózgu, nawet dochodzący znaczniejszego stopnia w pewnej tylko części tego narządu, nie wywołuje nigdy objawów mózgowych ogniskowych. Tymczasem już w r. 1892 powiodło się P. wykazać, że rzecz ma się przeciwnie, a dalsze jego i innych autorów spostrzeżenia kliniczne, sprawdzone sekcyą, sprawiły, że liczba przypadków z objawami ogniskowymi, a bez znanej podstawy anatomicznej zmniejsza się coraz bardziej. Jako dalszy przyczynek do tej sprawy przytacza P. historyę choroby 59-letniej kobiety, u której od lat 6 (rzekomo po upadnięciu) rozwijały się coraz wybitniejsze objawy mózgowe, między którymi na pierwszy plan wysuwa się ciężkie zboczenie mowy (parafazya, nierozumienie mowy i nieznaczna echolalia) obok ogólnego przytępienia umysłowego, a bez porażeń w zakresie ruchu. Na zasadzie tych danych rozpoznano zniedołężnienie starcze, zanik mózgu, głównie płatu skroniowego lewego, obok tego zmiany w płucach i t. d. Sekcya wykazała oprócz gruźlicy płuc i jelit i t. d. także ogólny zanik mózgu, szczególnie jednak zanikłe były lewe zwoje kątowy *(angularis)*, najwyższy skroniowy, najniższy czołowy i wyspa *(insula Reilii)* — Przypadek ten stanowi nowy dowód na to, że zanik starczy mózgu może wywołać objawy ogniskowe. Niemniej ważną jest okoliczność, że obecnie znajdzie się zapewne wytłómaczenie niejasnych dotąd przypadków, w których np. podkorowa wybroczyna szła w parze z wyraźnymi objawami ogniskowymi korowymi; w tych razach prawdopodobnem jest istnienie zaniku mózgu obok innych zmian ogniskowych. Przypadek ten rzuca także światło na pewne zagadnienia z zakresu psychiatryi. Dotychczas uważano zniedołężnienie poraźne za zbiór objawów ogniskowych, rozmaicie się ze sobą łączących: tłomaczenie to nie nadawało się tylko do zniedołężnienia starczego. Obecnie i ta postać zniedołężnienia da się podciągnąć pod ogólną zasadę. *Z.*

Moeller. **O usuwaniu plwocin.** *(Zts. f. Tubercul. u. Heilstät.* T. II. Z. 2. 1901). Sprawa usuwania plwocin suchotników, które należy uważać za główne źródło szerzenia się gruźlicy, staje się obecnie donioślejszą przez to, że gromadząc suchotników w sanatoryach stwarza się ogromne zbiorowiska zakaźnego materyału. Odprowadzanie plwocin, nawet odkażanych, z innemi nieczystościami nie usuwa niebezpieczeństwa, bo prątki, zamknięte w grudkach śluzu, nie są dostępne działaniu środków odkażających i mogą potem szerzyć zakażenie np. z jarzynami z pól, irygowanych klarowanymi odplywami kanałowymi: dlatego jedynie pewnem jest palenie plwocin w sanatoryach. *Z.*

A. Chauffard. **O objawie Kerniga w przebiegu zapalenia opon mózgowych.** *(La Presse médicale* 1901 Nr. 27). Autor spostrzegał zapalenie opon mózgowych w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, które pozwala stwierdzić wielką doniosłość objawu Kerniga. — U 42-letniego chorego, u którego w przebiegu grypy powstało zapalenie płuc, połączone z ropnem zapaleniem ucha, spostrzedz się dały objawy nerwowe, które ani do obrazu grypy, ani do zapalenia płuc odnieść się nie dały. Chory skarżył się na ostre bóle w członkach, a nadto występowała ogromna bolesność przy ucisku na mięśnie, która znacznie przewyższała nasileniem zwykły ból mięśniowy *(myalgia)* i stawowy *(arthralgia)*, napotykane w przebiegu grypy. Natychmiast nasunęło się podejrzenie zajęcia opon mózgowych. Wtedy na potwierdzenie spostrzegł autor t. zw. „objaw Kerniga" w kończynach górnych; podczas gdy chory siadał na łóżku, były one sztywne w półzgięciu. Do przezwyciężenia tej przeszkody trzeba było użyć pewnej siły, a i tak zupełne wyprostowanie było niemożliwe. Objawy te przy leżeniu chorego znikały. Od pierwszego dnia odruchy kolanowe były wygórowane. Pokazały się też inne objawy zajęcia opon. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. Objaw, który Kernig opisał w r. 1882 i który nosi jego nazwę, polega na tem, że jeśli chory leży rozciągnięty na łóżku, możliwe jest zupełne wyprostowanie kończyn dolnych. Skoro zaś usiądzie, to podudzia układają się w półzgięciu (hemifleksyi) i tworzą z udami kąt mniej lub więcej ostry. Przy usiłowaniu przezwyciężenia tego zgięcia napotyka się na uczucie oporu bolesnego, a zgięcie nie daje się wyprostować. Ten bolesny skurcz bywa zwykle symetryczny: można napotkać przewagę na jednej stronie, jak to było w powyższym przypadku. Kernig przypuszczał możliwość okazania się tego objawu w kończynach górnych, ale inni autorowie temu zaprzeczali. Chauffard spostrzegał już dawniej przypadek objawu Kerniga w kończynach górnych. — Objaw ten jest wyrazem hipertonii mięśniowej, napotykanej podczas zajęcia opon. Hipertonia ta obejmuje grupy mięśni, które już w stanie fizyologicznym przeważają i tłómaczy sztywność karku i kręgosłupa. Chauffard przypisuje objawowi Kerniga doniosłe znaczenie i stawia je na równi z fizyologicznym odruchem ścięgnistym Westphala-Erba. *Dr. M. Blassberg.*

Langstein (Strassburg). **Leczenie krzywicy zapomocą wyciągu z nadnercza.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 53, Z. 4, 1901). Mając sposobność spostrzegania endemicznie występującą krzywicę w okolicy nadreńskiej, postanowił autor skontrolować znakomite wyniki, otrzymane przez Stoeltznera na klinice Heubnera przy podawaniu wyciągu z nadnercza w przebiegu krzywicy, a uczynił to tem chętniej, gdyż Stoeltzner stosował przetwór ten tylko empirycznie. Gdyby badania autora stwierdziły wyniki, otrzymane przez Stoeltznera, miałyby one doniosłe znaczenie, gdyż wskazałyby one kierunek, w którym należałoby badać krzywicę. W 21 przypadkach autora wyciąg z nadnercza nie wywarł swoistego wpływu na przebieg krzywicy, nie spowodował atoli szkodliwych objawów ubocznych, a podniecał łaknienie. Różnicę w otrzymanych wynikach tłómaczy autor tem, że Stoeltzner przeważnie wypuszczał tych chorych z leczenia w miesiącach letnich, w których krzywica pod wpływem zabiegów higieniczno-dyetetycznych lub samoistnie może być wyleczona, co potwierdzają również przypadki (5 ostatnich), przez autora przytoczone. Nie przypisuje przeto autor wyciągowi z nadnercza

działania swoistego, a działa on skutecznie tylko przez podniecenie łaknienia i następowo poprawienia stanu ogólnego. *Jan Landau.*

Schengelidze. **O patogenezie zapalenia ucha środkowego u oseesków.** *(Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXI, Zeszyt III i IV). Wyniki badań swoich, zebranych na licznym materyale, podaje autor w formie następujących twierdzeń: I) Zapalenie ucha środkowego pojawia się bardzo często u oseesków (70,5%) i to po największej części obustronnie, towarzysząc zapaleniu płuc i nieżytom przewodu pokarmowego. II) Ze stanowiska bakteryologicznego: 1) W rozmaitych postaciach zapalenia ucha środkowego (w ropnem, surowiczem, kataralnem) znajdują się te same drobnoustroje w jamie bębenkowej. 2) Jama bębenkowa u oseesków nigdy nie jest jałowa. 3) We wszystkich prawie przypadkach znajdują się te same drobnoustroje, które stale znajdujemy w jamie nosowo-połykowej, mianowicie: *diplococcus* Frankla w 82,6%, *staphylococcus pyogenes albus* w 52,1% przypadków. 4) Obecność łańcuszkowców każe gorzej rokować. III) Co do stosunków anatomicznych, to krótkiego streszczenia tej pracy podać niepodobna. IV) Co się tyczy powstania choroby, to wywołują ją drobnoustroje ropotwórcze, dostające się z łatwością do jamy bębenkowej w przebiegu chorób narządów trawienia, oddechowego i jamy nosowo-połykowej.

Jan Landau.

Dr. Edward Spiegler. **O nowym sposobie leczenia przewlekłego wyprysku.** *(Archiv f. Dermatol. u. Syphilis.* Tom jubil. Kaposi'ego, 1900). Wiadomo, jak trudno jest wyleczyć wyprysk przewlekły, trwający nieraz już lata. Najczęściej używanym w tej chorobie lekiem jest 10% plaster salicylowy (Emplastr. saponatosalicylicum); jak długo na chore miejsce go używać, poprawa jest uderzającą, po zaprzestaniu leczenia wraca sprawa chorobowa zazwyczaj w krótkim czasie.

Zasadą w leczeniu przewlekłego wyprysku jest, aby miejsce chore podrażnić, wywołać zapalenie ostre i w ten sposób spowodować wessanie nacieku. Takimi środkami są 50% roztwór wodny ługu potasowego i 50% roztwór azotanu srebrowego: tymi roztworami leczy autor przewlekłe wypryski w następujący sposób: miejsce chore zmywa mydłem i ciepłą wodą, a następnie pędzluje wspomnianym roztworem ługu potasowego *(Kal. caust. Aq. destil. aa p. aeq)* — zapomocą pędzelka z waty i to energicznie, ale najwyżej przez minutę. Następnie prądem ciepłej wody spłókuje lek, obsusza watą wyjałowioną. Następnie miejsca, gdzie powstały przeczosy, zapuszcza 50% roztworem azotanu srebrowego, przykrywa miejsce chore watą wyjałowioną i zakłada opatrunek.

Autor bardzo zachwala ten sposób leczenia. Ból nie jest wygórowany po takim zabiegu, przykre swędzenie ustępuje doraźnie, a prawie zawsze jednorazowa ta manipulacya wystarcza do wyleczenia nawet bardzo długotrwałej choroby. I tak na 30 przypadków, leczonych tym sposobem, w 29 choroba ustąpiła po jednorazowem wykonaniu zabiegu; w jednym przypadku, gdzie choroba trwała już 23 lat, trzeba było uciec się do powtórzenia zabiegu. Ług potasowy nie niszczy tkanki zdrowej, a tylko chorobowo zmienioną; w przypadkach daleko posuniętych powstają po tym sposobie leczenia blizny w odnośnych miejscach, w lżejszych przypadkach autor tego nie zauważył. Po oddzieleniu się powstałych strupów najlepiej użyć maści borowej.

W pracy swej ostrzega autor przed użyciem tego sposobu w wypryskach rozlanych na większej przestrzeni; tylko ściśle ograniczone suche przewlekłe wypryski i to na małej przestrzeni nadają się do tego leczenia. Rozumie się, że w wyprysku ostrym i podostrym przynieślibyśmy choremu wspomnianym sposobem leczenia tylko szkodę: tu wskazane są leki osłaniające.

Dr. Żydłowicz.

R. Lepine. **O związku lewulozuryi spożywczej (alimentarnej) ze zmianami wątroby.** *(Semaine médicale* 1901, Nr. 14). Fakt spostrzegany przez licznych autorów, że niektórzy chorzy na cukrzycę, znoszą lepiej lewulozę, niż glukozę — jest nieco parodoksalnym wobec tego, że ustrój prawidłowy zdaje się lepiej przyswajać glukozę. Paradoks ten wyjaśnił Minkowski, dowodząc doświadczeniami na psach, że po wyjęciu trzustki wątroba traci w większym lub mniejszym stopniu zdolność przemiany i gromadzenia glukozy w postaci glikogenu, podczas gdy wobec lewulozy zdolności tej nie traci. Że tylko zdrowa wątroba umożliwia przyswajanie lewulozy, sprawdza się u chorych na cukrzycę, którzy ją trudno znoszą, mając wątrobę zajętą. Dlatego też przy pewnych cierpieniach wątroby lub zaburzeniach czynnościowych łatwiej jest wywołać glikozuryę spożywczą zapomocą lewulozy, niż zapomocą glukozy. W doświadczeniach Lepinea chora z żółtaczką i zajętą wątrobą nawet w stanie chory znosiła bez zmiany 150 grm. glukozy, a już 80 grm. lewulozy wywoływało lewulozuryę. Także spostrzeżenia Noordena, H. Straussa są zgodne z tą obserwacyą. Badania, uskuteczniane dotąd nad glikozuryą spożywczą z glukozą lub sacharozą, tj. mieszaniną glukozy i lewulozy, były dotąd niedostateczne. Niedomogę wątroby badać należy tylko zapomocą czystej lewulozy.

Dr. M. Blassberg.

F. Selberg. **O usypianiu mięszaniną Schleicha.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 63, Z. II). Po kilkumiesięcznem używaniu mięszaniny Schleicha (chloroform + eter + chlorek etylu) w klinice Gryfijskiej, autor takie wystawia świadectwo temu sposobowi usypiania: 1) jest to sposób nierównie droższy od usypiania czystym chloroformem (4·90 Mk.: 0·14 Mk.); 2) chory trudniej usypia, lecz budzi się łatwiej niż po chloroformie; 3) stan po tem usypianiu jest mniej przykry, niż po chloroformie lub eterze; 4) niebezpieczeństwo bezpośrednie usypiania mięszaniną Schleicha zdaje się być mniejsze właśnie po tej metodzie, niż przy każdej innej, lecz za to częściej spostrzegano powikłania ze strony płuc i serca; 5) wreszcie przygotowanie tej mięszaniny jest trudne, tem trudniejsze, że nie można jej przyrządzać na zapas.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tesmacher (Neuenahr). **Leczenie cukrzycy salolem.** Przed kilku miesiącami zalecił Ebstein z Getyngi stosowanie salolu w cukrzycy. Doświadczenia Ebsteina przerobił Tesmacher i doszedł również do przekonania, że w niektórych przypadkach cukrzycy salol jest lekiem nader pożytecznym i jeśli nie usuwa zupełnie cukru z moczu, to w każdym razie obniża jego zawartość do znikomej ilości. Tesmacher podał 8 chorym w ciągu pięciu dni po 1,3 salolu, trzy takich dawek dziennie. U trzech z tych chorych salol pozostał bez wpływu, natomiast u pięciu resztujących, których stan nie dał się poprawić innymi sposobami, ilość cukru w moczu spadła do ledwo dostrzegalnych śladów. Niestety ten zbawienny wpływ salolu trwa tylko podczas jego zażywania, a po ustaniu ilość cukru moczu wraca do pierwotnej stopy. *(La Presse médicale* Nr. 33).

A. K.

C. Trunecek. **Leczenie miażdżycy tętnic zapomocą podskórnych wstrzykiwań surowicy nieorganicznej.** *(Semaine médicale* Nr. 18. 1901). Miażdżyca polega na odkładaniu się w ścianach naczyń fosforanu wapniowego, który prawidłowo zawarty jest w surowicy krwi w ilości około 70%. Przyczyną tych złogów jest niedostatek chlorku sodowego i soli alkalicznych w ustroju, za czem przemawia fakt, że napotykamy ją z jednej strony w ustrojach starych, ubogich w chlorek sodu, z drugiej strony przy silnie kwaśnym moczu, co świadczy o niedostatku soli alkalicznych we krwi. Fakty te wyzyskał autor w celach leczniczych, sporządziwszy mieszankę, zawierającą w pierwszym rzędzie chlorek sodowy i węglan sodowy, jako zmierzające do przeciwdziałania powyższym brakom, a dla podniesienia wpływu na ustrój dodał wszystkie sole alkaliczne, składające część nieorganiczną surowicy krwi, i to w tym samym stosunku, w jakim one są zawarte w surowicy. Ten płyn, zgęszczony dziesięciokrotnie, a nazwany przez autora surowicą nieorganiczną, zawiera:

siarkanu sodowego	. . . 0·44	centigr.
chlorku sodowego	. . . 4·92	„
fosforanu sodowego	. . . 0·15	„
węglanu sodowego	. . . 0·21	„
siarkanu potasowego	. . . 0·40	„
Wody destylowanej q. s. do	100	grm.

Jestto płyn przejrzysty, smaku słonego, oddziaływania alkalicznego. Zawiera 6,12% soli i ma ciężar gatunkowy (przy 20° C) 1·04. Po wstrzyknięciu do krwi osobnika zdrowego wydzielają się sole szybko przez nerki. Aby wchłanianie uczynić wolniejszem, uciekł się T. do wstrzykiwań podskórnych, które uskutecznia na przedramieniu. Nieznaczna bolesność towarzysząca rychło ustępuje. Cztery przypadki, leczone tym sposobem, dały bardzo dobre wyniki. Zwłaszcza są one wybitne w dusznicy *(Angina)*. Zaczyna T. dawką jednego ctm³, ponawiając wstrzykiwanie co 4 lub 7 dni, i zwiększając o 0·2—0·5 ctm³. Przy dawkach większych, niż 1 ctm³, należy wstrzykiwać w kilku odstępach dla uniknięcia zbytniego napięcia skóry. Przy przykrych objawach dusznicy powtarza się wstrzykiwania codziennie. Najwyższa dawka jednorazowa nie powinna przekraczać pięciu ctm³. Alkaliczność moczu stanowi przeciwwskazanie do wstrzykiwania surowicy nieorganicznej. *Dr. M. Blassberg.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 kwietnia 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck; członków obecnych 35.

Przewodniczący przedstawia obecnym nowo przyjętego członka kol. Dr. Adolfa Wątorka.

I. Zgromadzenie uchwaliło wziąść udział w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. Delegatów zaś Towarzystwa postanowiono wybrać na najbliższem posiedzeniu.

II. Kol. Wątorek demonstruje przyrząd do wyjaławiania własnego pomysłu.

I. Przyrząd przenośny dla odkażania operacyjnego, przeznaczony dla potrzeb lekarza praktycznego, służy do wyjaławiania we wrzącym 1% ługu sodowym narzędzi, oraz do wyjaławiania opatrunków w parze i dla tych dwóch celów jest on analogicznie zbudowany, jak inne znane dotychczas przenośne sterylizatory dla lekarza praktyka. To znaczy pudło sterylizatora, złożone z naczynia spodniego i nakrywy, mieści w sobie 2 sita, jedno na narzędzia, drugie na opatrunki. Dla osiągnięcia tych 2-ch pierwszych celów, poczyniono w tym przyrządzie następujące modyfikacye: 1) sito na opatrunki posiada dno całe, niedziurkowane, wskutek czego wrzący ług sodowy wypryskując nie może moczyć opatrunków tak. iż po ukończeniu wyjaławiania są zupełnie suche. 2) Naczynie dolne daje się nakryć szczelnie nakrywą z powodu zastosowania t. zw w blacharstwie zamknięcia angielskiego. Wobec tego para wydobyć się może z przyrządu zamkniętego, dopiero osiągnąwszy pewne ciśnienie, wskutek czego ciepłota jej jest zawsze o kilka stopni wyższą nad ciepłotę wrzenia 1% ługu sodowego i mierzona ciepłomierzem maksymalnym wykazuje stopień między 104 a 108°C, zależne od czasu trwania wyjaławiania. To przegrzanie pary pozwala na pewno dokonać w 15 minutach gruntownego wyjałowienia opatrunków. 3) Nakrywa przyrządu jest tak zrobiona, że może służyć za wystarczająco głęboką i pojemną na 3—4 litrów wody aseptyczną miednicę 4) Obydwa sita mają bardzo praktyczne uszka do wyjmowania ich z wnętrza przyrządu a sito zawierające narzędzia z dnem dziurkowanem daje się ustawiać po wyjęciu z przyrządu na stół na 2ch składalnych, wysokich na 3 ctm. podpórkach, co uniemożliwia zetknięcie się wyjałowionych narzędzi z otoczeniem.

II. Sterylizator ten dla narzędzi i opatrunków zaopatrzony jest w chłodnicę, zapomocą której możemy w 4 minutach ochłodzić wrzący ług sodowy, użyty dla wyjałowienia narzędzi, zimną wodą studzienną. Znaczenie tej inowacyi jest kilkorakie i tak: 1) lekarz otwierając po ukończeniu wyjałowienia i ochłodzeniu przyrząd przez zdjęcie nakrywy, a następnie wyjmując sita z przyrządu nie narazi przytem swych rąk na oparzenie. 2) Narzędzia ochłodzone są natychmiast zdatne do użytku. 3) Procedurę wyjaławiania można wykonać zdala od miejsca operacyi, a po ukończeniu ich można cały przyrząd zamknięty przenieść w pobliże chorej bez obawy zanieczyszczenia wyjałowionych przedmiotów wewnątrz przyrządu, a wreszcie, co najważniejsze, 4) możemy użyć roztworu sody dla dokładnego obmycia rąk operatora i pola operacyjnego. Ku temu też celowi dodano do przyrządu odpowiednio zrobiony kurek, który nadaje sterylizatorowi temu cechy idealnie aseptycznej umywalni i idealnie aseptycznego irygatora.

Chłodnica, wykonana z rurki miedzianej o świetle 8 mm., długości $2^1/_2$ m., daje się wkładać i wyjmować dowolnie, przez co tak wnętrze przyrządu, jako też i samą wężownicę możemy dokładnie oczyścić. Obydwa końce chłodnicy wystercząją z przyrządu po nakryciu go nakrywą przez 2 otwory, które powstały przez złożenie się 2-ch wycięć półkolistych w 2ch naprzeciwległych narożach naczynia spodniego i nakrywy. Do tych 2ch wystających końców wężownicy przyczepia się bardzo łatwo i szybko zapomocą odpowiednio urządzonych szlifowanych nasadek 2 gumy, długie każda na 80 ctm., z ciężarkami na końcu, z których jedną wkładamy do konewki z wodą studzienną, zaś na drugą nakładamy strzykawkę 100 gramową i zapomocą niej wyciągamy powietrze z chłodnicy tak, iż woda z konewki może przez chłodnicę przepływać na mocy praw lewarowych i zlewać się do podstawionej miednicy czystej gospodarczej. W braku odpowiedniej strzykawki możemy ssanie to uskutecznić także wprost ustami. Czysta woda studzienna, przeszedłszy przez chłodnicę, zanurzoną w gorącym ługu sodowym, nabiera znacznej ciepłoty, a zebrana na czystą gospodarczą miednicę lub miskę, może posłużyć do mechanicznego pierwszego oczyszczenia rąk operatora i pola operacyjnego tak, iż roztworu sody z przyrządu użyje się tylko dla procedur wyjaławiania rąk operatora i pola operacyjnego; do tego celu ilość jej 3—4 litrów zupełnie wystarcza tak, iż doświadczenie kol. W. pouczyło, że po operacyi zawsze jeszcze przeszło litr roztworu sody pozostaje niezużyty.

Kurek dodany do przyrządu daje się wyjmować i umieszczać trwale i pewnie w tarczce wlutowanej do dolnego naczynia przyrządu. Posiada on 2 wyloty: jeden służy jako wylot umywalni, 2 jako wylot irygatora. Na 2gi wylot nasadza się w razie potrzeby irygacyi analogicznie urządzoną, jak przy gumach wężownicy nasadkę z gumą $1^1/_2$ m. długości, zakończoną kurkiem irygatora Klucz kurka przewiercony jest w kształcie litery T, wskutek czego możemy dowolnie wypuszczać płyn z przyrządu albo jednym albo drugim wylotem. Do główki klucza wkręca się rączkę metalową, długą na 20 ctm. wskutek czego odpowiednie regulowanie, odmykanie i zamykanie kurka daje się uskutecznić nie palcami ręki operującej, ale łokciem. Przystosowanie tak długiej rączki nadaje kurkowi temu cechy kurka aseptycznego.

III. Aby lekarz mógł w każdej chwili użyć przyrządu tego w przypadkach nagłych chirurgicznych i położniczych, jest on zaopatrzony w sztelaż i lampę, zawierającą w sobie reze woar ze spirytusem. Sztelaż lekki, zbudowany jest z jednej cienkiej 1 mm. blachy żelaznej dla sztywności i mocy na zasadzie kątówek (zasada konstrukcyi belek, używanych przy mostach żelaznych kratowych). Kształt i wymiary jego są tak dobrane, aby: 1) mieścił się w bezużytecznych miejscach przyrządu; 2) aby wystawiał na działanie płomienia lampy całą powierzchnię dna; 3) aby mając boki do połowy nakryte chronił przed utratą ciepła z lampy, a zarazem nie pozwalał opalać się bokom przyrządu. Dla utrwalania przyrządu w sztelażu są nalutowane 4 pukle na dnie przyrządu, które wchodzą w 4 odpowiednie kąty wycięcia górnej powierzchni sztelaża Lampa, dodana do przyrządu, jest przytem pudełkiem, mieszczącem w sobie zbiornik ze szczelną zatyczką, mieszczący w sobie ilość spirytusu, wystarczającą do 2-ch operacyj, rączkę lampy, oraz pudełko zawierające 40—50 grm. sody. Zbudowaną jest ona na zasadzie lampy Bunzenowskiej bez knotków, na spirytus, którego wszędzie czy w mieście, czy na wsi, z łatwością można dostać, daje bardzo silny płomień zupełnie utleniony, a przez to niekopcący, tak, iż 3 litry wody wodociągowej o ciepł. 10° C., doprowadza w 20 minutach do wrzenia. Wybuch w tej lampie jest bezwarunkowo wykluczony.

IV. Dzięki temu, iż gumy zajmują miejsce pod wężownicą, sztelaż mieści się w bokach, i dnie przyrządu tak, iż zajmuje miejsce bezużyteczne w przyrządzie, kurek z odkręconą rączką, płaski, bardzo łatwo mieści się między narzędziami w dolnem sicie, a lampa złożona z nakrywką do gaszenia płomieni, z zbiornikiem w środku, rączką lampy i pudełkiem sody, zajmuje tylko małą część górnego sita; przyrząd ten może lekarzowi w zupełności zastąpić torbę lekarską, potrzebną dla przenoszenia narzędzi, opatrunków i innych utensyliów, koniecznych przy operacyi, zwłaszcza, iż konstrukcya jego jest tak lekką, że w komplecie z gumami, ale bez pokrowca i pasków, waży zaledwie o 1 klgr. więcej, niż torba skórzana tych wymiarów, tj. 4 klgr. 600 grm. Przyrząd okryty pokrowcem lekkim, łatwo i szybko zdejmować i nakładać się dającym, trwałym, nieprzemakalnym, wraz z eleganckimi paskami mocnymi, waży kilkadziesiąt gramów więcej nad 5 kg. a więc jest tak lekki i dogodny do przenoszenia, że lekarzowi opłaci się go brać nawet do drobniejszych, mających się wykonać aseptycznie operacyj. Zatem przyrząd jest: sterylizatorem dla narzędzi we wrzącej sodzie, sterylizatorem w parze przegrzanej dla opatrunków, aseptyczną umywalnią, aseptycznym irygatorem i torbą lekarską dla narzędzi, opatrunków i innych utensiliów. (*Autoreferat*).

W rozprawie nad demonstrowanym przyrządem zabierali głos koll.: Sołowij i Hojnacki, którzy potwierdzają jego sprawność w praktyce ginekologicznej. Kol Kośmiński uważa go na razie za model, który jeszcze dużo wymaga poprawek; zaznacza, że żaden przyrząd uniwersalnym być nie może; albo będzie dobrym do wyjaławiania narzędzi, albo do wyjaławiania opatrunków, albo do mycia rąk.

Kol. Wehr wątpi, czy czas dwudziestu minut będzie dostateczny do zupełnego odkażenia; zaznacza, że obawiałby się wody, w której gotowały się narzędzia, używać jako płynu aseptycznego do mycia się i przepłókiwania i radzi przeprowadzić dokładne badanie bakte-

ryologiczne w tym kierunku; co do palnika, to sądzi, że traci on dużo ciepła i że może odpowiedniejszym byłby palnik benzynowy. Kol. Skałkowski jest zdania, że przyrząd w praktyce prywatnej będzie wystarczającym; zaznacza jednak, że nie chowałby po dokonanej operacyi doń narzędzi z powrotem, postument (stelaż) zdaniem jego jest za słaby, a rura gumowa do chłodnicy powinna być dłuższą. Kol. Mars uważa, że przyrząd ten jest wystarczający dla lekarza praktycznego, a nie do celów klinicznych. Kol. Gluziński jest zdania kol. Marsa; stelaż zaś i lampę uważa za dobre, gdyż spełniają swe przeznaczenie; przyrząd sam zaś odpowiada celowi.

W odpowiedzi kol. Wątorek pomija sprawy techniczne; w kwestyi zaś zasadniczej zaznacza, że oparł się na znanym pewniku, wrzący jednoprocentowy ług sodowy niszczy wszystkie drobnoustroje i ich zarodniki; stosując go zaś przez 20 minut nabiera się pewności, że narzędzia i płyn stają się jałowe.

III. Kol. Sieradzki: O t. zw. hemotoksynach i ich zastosowaniu w medycynie sądowej. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XXV., odbyte w dniu 19 marca 1901.

Przewodniczący Prof. Dr. Edward Korczyński; członków obecnych 22.

1. Przewodniczący, zagajając zgromadzenie, zaznacza, że wydawnictwo w listopadzie 1900 r. skończyło 25 lat swego istnienia. Zawiązane zostało ze współudziałem 80 członków, tak lekarzy jakoteż studentów medycyny. Początki były trudne a przeciwności liczne. Trzeba było dużo dobrej woli, pracy i cierpliwości, by te trudności pokonać. To się udało. To też po 25 latach istnienia Wydawnictwo, wydawszy 22 dzieł (a z pośród tych tylko 3 tłómaczenia z języków obcych) i 2 tomy rozpraw z zakresu medycyny praktycznej i widząc, że dzieła bywają chętnie nabywane i że 2 z nich doczekało się II-go wydania, z niekłamaną chlubą oddaje dotychczasową swą działalność pod ocenę społeczeństwa lekarskiego. W przeważnej części nie autorowie zgłaszali się z propozycyą wydania dzieł, lecz przeciwnie osobiste zabiegi przewodniczącego zachęcały autorów do pisania dzieł oryginalnych. To też należy się prawdziwa podzięka autorom za to, że wzbogacili swemi pracami piśmiennictwo lekarskie polskie i przyczynili się wraz z innemi pokrewnemi wydawnictwami do tego, by młodzież lekarska kształciła się na dziełach, wydanych w języku ojczystym.

2) Przewodniczący zawiadamia, że na Wystawie, urządzonej w lipcu 1900 r. podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie otrzymało wydawnictwo dyplom honorowy. Jestto już 7 z rzędu uznanie pożytecznej działalności wydawnictwa, otrzymane na wystawach przyrodniczych i higienicznych krajowych.

3) Na 500-letni Jubileusz odrodzenia Uniwersytetu Jagiellońskiego przesłało Wydawnictwo Uniwersytetowi ozdobny adres, za co otrzymało podziękowanie od Senatu akademickiego w d. 10 lipca 1900 r.

4) Skontrum rachunków z r. 1900, dokonane przez komisyę kontrolującą (Dr. Buzdygan i Dr Różecki), wykazało księgi i rachunki w zupełnym porządku. Na tej podstawie Zgromadzenie udzieliło zarządowi Wydawnictwa absolutoryum za rok 1900 i wybrało na rok następny tę samą komisyę kontrolującą.

5) W r. 1900 wydano obszerne dzieło Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego p. t. „Zarys Balneoterapii i Balneografii krajowej“, stronnic 487 i XV. Dzieło to, przeznaczone dla członków i prenumeratorów jako premium bezpłatne za rok 1901 i 1902, oceniły bardzo korzystnie wszystkie pisma lekarskie polskie, a nadto »Czasopis lekarzów czeskich« (Nr. 49, r. 1900) do pochlebnej oceny dodał i tę uwagę, że Czesi zazdrościć mogą literaturze polskiej takiego dzieła, którego nie posiadają, mimo tylu wszechświatowych zdrojowisk, jakie w kraju ich istnieją.

6) Rozsprzedaż wydanych dzieł odbywa się w sposób prawidłowy. Koszta wydania Balneologii wynosiły 1849 złr. 36 ct., czyli 3,698 k. 72 h., skutkiem czego majątek wydawnictwa zmniejszył się o sumę 1474 k. = 737 złr. To też wobec tego uszczuplenia funduszów wydział wydawnictwa nie mógł przyjąć oferty kilku autorów na wydanie nowych dzieł, a to tembardziej, że dzieła te nie obejmowały całości przedmiotu.

7) W r. 1900 wstąpiło nowych członków 16. Wystąpiło 2, umarło 4 (Dr Edward Brühl, Dr Mieczysław Gedl, Dr Czesław Stiche i prof. Dr Aleksander Zarewicz), których pamięć zgromadzeni uczcili przez powstanie. Ogólna liczba członków zwiększyła się o 10 i wynosi z końcem 1900 r. 322, z tego honorowych 4, czynnych 84, prenumeratorów 234.

8) Według sprawozdania podskarbiego i administratora dochód w r. 1900 wynosił 2625 k. 52 h. (mianowicie: pozostałość kasowa 13 k. 9 h., wkładki członków 556 k. 52 h., sprzedaż nakładów 1664 k. 75 h., kupony obligacyi propinacyjnych 224 k. i % od książeczek kasowych 167 k. 16 h.). Rozchód wynosił 4099 k. 52 h. (mianowicie: 11 k. 21 h koszta ściągania zaległych wkładek, portoryum od sprzedanych książek 16 k. 64 h., portoryum od bezpłatnych premii 16 k. 41 h., administracya 356 k. 54 h.). Wobec tego majątek wydawnictwa wynosi 9022 k. 89 h.; kwota umieszczona jest w obligacyach i na książeczkach Kasy oszczędności.

9) Na następne dwulecie wybrano wydział w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Edward Korczyński, wiceprezes: Prof. Dr. St. Domański, Sekretarz, Administrator, Podskarbi Dr. St. Kwiatkowski. Członkowie wydziału: Prof. Dr Jaworski Walery, Dr Kwaśnicki August, Dr Pieniążek Przemysław, Dr. Surzycki Józef, zastępcy: Dr Buzdygan Mikołaj, Dr Bielański Gustaw.

Dr. St. B. Kwiatkowski, sekretarz.

* * *

VIII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

(Ciąg dalszy).

Drugie posiedzenie rozpoczął Kocher wykładem *o wycinaniu wola*. Podkładem dla prelekcyi był drugi tysiąc strumektomii, wykonany przez Kochera. W ostatnich czasach operuje on wyłącznie w znieczuleniu miejscowem, używa cięcia kołnierzykowego, a mięśni nie przecina. Dawniej po operacyi umierało mu 4%, obecnie wykonał 302 operacyj (a między tymi 9 wola złośliwego, a 8 w chorobie Basedowa) i z tych chorych nie stracił ani jednego. W przypadkach wola dużego i zastarzałego podaje przed operacyą zapobiegawczo przez jakiś czas przetwory tyroidynowe (?). Zasadniczo wykonuje wycięcie (ekscyzyę) wola, wyjątkowo tylko wyłuszczenie. Szczególniejsze trudności przedstawia operacya w przypadkach tak zw. wola głębokiego. W rozpoznaniu tej postaci trzeba się kierować nietylko opukiwaniem, lecz zużytkować także fotografie röntgenowskie i zwrócić uwagę na objawy uboczne (rozedma płuc, nieżyt oskrzeli, przyśpieszone kołatanie serca, wysadzenie gałek ocznych i t. d.). Operując, trzeba przedewszystkiem podwiązać wszystkie odpowiednie naczynia na szyi, przedzielić przesmyk, a potem przystąpić do wytoczenia guza ze śródpiersia. Ze względu, że górny otwór piersiowy *(apertura thoracica superior)* nie daje wiele wolnego przystępu dla rąk, używa Kocher do wytaczania wola osobnych kleszczów i łyżeczek. Operując, stara się pozostawić przynajmniej ¼ część gruczołu, aby uniknąć chory swoistej.

Równocześnie jednak czyni uwagę, że znaczną część przypadków wola można wyleczyć bez operacyi. Ponieważ przetwory gruczołu tarczykowego nie więcej robią jak jod, używał do niedawna wyłącznie tego ostatniego. Jedyną niedogodnością, jaką się podczas tego leczenia od czasu do czasu zauważyć zdarza, jest „jodismus“. W ostatnich przeto czasach zaniechał jodu, a począł używać fosforu. Syn bowiem jego, Alb. Kocher, wykazał, że ilość jodu w gruczole, zajętym wolem, zmniejsza się stale, w miarę zaś podawania przetworów fosforowych zwiększa się (n. p. z 0·018 do 0·4, albo z 0·00862 aż do 1·2), a równolegle z tem spada ilość wydzielonego fosforu. Kocher *sen.* zwraca następnie uwagę, że w okolicach, w których wól jest cierpieniem częstem, ludzie żywią się pokarmami mało fosforu zawierającymi, podczas gdy w Anglii, gdzie wól nie istnieje, jaja i mięso, a zatem pokarmy obfite w fosfor, stanowią główną część pożywienia. Na tej zatem podstawie poleca fosfor, jako lek przeciw wolu, podając fosforan sodowy (6 gr. dziennie), lub czysty fosfor. — O tym samym przedmiocie mówił Kraske, mianowicie o swoich 400 strumektomiach. Również i on używa wyłącznie znieczulenia miejscowego. Jest przeciwnikiem podawania tyreojodyny, ta bowiem wpływa niekorzystnie przedewszystkiem na tkankę gruczołową niezmienioną. Goldmann operował raz *torbiel śródpiersia* przodkowego, który, wydobyty po wypiłowaniu mostka, wykazał, że był to wól torbielowaty, zajęty gruźlicą. W rozprawach między innymi przemawiał Rehn, wspominając o przypadku dużego wola głębokiego, tak dużego, że namyślał się, czy wogóle można odważyć się na operacyę, a który wyleczył się zupełnie przez używanie tyreojodyny.

Następną grupę wykładów stanowiła rzecz *o chirurgii mózgu*. Najpierw Krause mówił o 25 przypadkach *wyłuszczenia zwoju Gassera*. Operacyę tę wykonywa on jednoczasowo (o ile to możliwe) i tylko w przypadkach typowego nerwobólu n. trójdzielnego. Nawrotu cierpienia nie stwierdził ani w jednym przypadku, jakkolwiek w nie jednym już upłynęło 5—6—8 lat od operacyi. Jeden z operowanych umarł w zapadzie, drugi po trzech tygodniach z obrzęku mózgu, trzeci siódmego dnia z porażenia serca. Objawy z braku zwoju Gassera przy odpowiednich ostrożnościach szybko przemijają. W następnym wykładzie Heidenhain mówił *o nowotworach mózgu*. Operował 4 razy i w jednym przypadku wydalił z ośrodka dla lewej nogi pojedynczy gruzełek; chory żyje, lecz cierpi jeszcze na napady padaczkowe, kurcze w ramieniu bez równoczesnej utraty świadomości i niezupełne porażenie kończyny. W drugim przypadku usunął przed ośmioma miesiącami mięsaka torbielowatego z lewego ośrodka dla ramienia; od czasu operacyi ustąpił ból głowy, pozostały jednak pewne zaburzenia w sferze czucia i ruchu. W 3-cim przypadku musiał usunąć cały prawy płat skroniowy z powodu mięsaka barwikowego i następowego wodogłowia. Chory ten zmarł w $\frac{1}{4}$ roku po operacyi z powodu nawrotu nowotworu. W 4-tym przypadku rozpoznawano nowotwór móżdżku, wypiłowano osteoplastycznie całą potylicę, lecz nowotworu podczas operacyi nie znaleziono. Dopiero podczas sekcyi przekonano się, że w środku móżdżku rozwinął się duży rozmiękający mięsak. Barth mówił *o operacyjnem leczeniu zapalenia ropnego opon;* przedstawił chorego, u którego z powodu przebicia nożem kręgosłupa w okolicy IX kręgu piersiowego wystąpiły objawy zapalenia opon rdzeniowych. W miejscu tem wykonał laminektomię i odsłonił ognisko ropne okołooponowe. Później z powodu gorączki musiał wykonać drugą laminektomię w części lędźwiowej; przeciął tam oponę twardą i wypuścił ropę. Nastąpiło przemijające porażenie kończyn. W końcu chory wyzdrowiał. Mimo gorsetu wytworzył się w części operowanej garb. Merkens opisuje przypadek *nieropnego zapalenia opon płatu skroniowego* skutkiem zapalenia ucha środkowego, i drugi, w którym w dwa lata po wypuszczeniu ropnia mózgowego wystąpiła padaczka, uleczona przez wycięcie blizny (?). Krönlein opowiada o chorym, u którego przed 6 laty wydalił *gruzełek z ośrodków ruchowych mózgu* z wynikiem korzystnym i trwałym i następnie o zamierzonej operacyi z powodu nowotworu mózgu, którego podczas operacyi nie odkrył, a dopiero wykazała go sekcya w $1\frac{1}{2}$ roku później. Braun w 9 przypadkach padaczki przecinał nerw spółczulny na szyi bez wyraźnego efektu — zaledwie bowiem w 4 przypadkach zauważył bardzo wątpliwą poprawę.

Na osobnem wieczornem posiedzeniu demonstrowano szereg fotografij zapomocą przyrządu rzutowego projekcyjnego, odnoszących się przeważnie do patologii kości.

Następnego dnia posiedzenie rozpoczęło się wykładem Schjerninga: *O ranach postrzałowych* bronią nowoczesną. Sądzi, że w przyszłej wojnie postrzały z armat będą o wiele częstsze, w szczególności zaś groźnemi będą zranienia shrapnelami z powodu zakażenia rany porwanymi strzępami odzieży. Podobnie ciężkiemi będą zranienia zupełnie atypowe od granatów. Rany z drobnej broni palnej będą w przyszłej wojnie częściej bezpośrednio śmiertelne, gdyż prawdopodobnie bitwy odbywać się będą w mniejszej odległości, jak to np. było w ostatniej wojnie z Burami. Doświadczenie jednak z wojen i praktyki pokojowej poucza, że zranieni będą mieli lepsze widoki wyleczenia się, niż dawniej. Przy zranieniach jamy brzusznej Schjerning uważa laparatomię za wskazaną tylko wówczas, gdy ją będzie można wykonać w pierwszych 12—24 godzinach po zranieniu i gdy nie będzie trzeba chorych dalej transportować. Potem nastąpił cały szereg wykładów o tym przedmiocie; kilku zabierało głos w rozprawach, nie mówiono jednak o rzeczach, mogących obudzić szersze zainteresowanie.

Z porządku nastąpiły wykłady *o gruźlicy jąder i jej leczeniu*. Bogatą kazuistyką, gdyż obejmującą ponad 100 przypadków, rozporządza v. Bruns. Oparty na takiej podstawie przemawia on stanowczo za trzebieniem, a nigdy nawet po obustronnem trzebieniu nie widział objawów z braku jąder. Do takiego radykalnego postępowania zachęcają również doświadczenia Baumgartena, któremu przez jądro, względnie przez sznurek nasienny, udawało się zakazić gruźlicą pęcherz, cewkę moczową i gruczoł krokowy, nigdy jednak odwrotnie. Również Simon zaleca trzebienie. Büngner przypomina, aby po wytrzebieniu wyrywać sznurek nasienny. W ten sposób udaje się wydalić 4—5 ct. przewodu, a on sam nigdy po tym zabiegu nie widział przerwania otrzewnej, lub daleko sięgających podbiegnięć krwawych. W przypadkach bardzo rozszerzonej gruźlicy narządu rodnego, z zajęciem pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego i t. d., radzi wstrzykiwać przez przewód nasienny jodoform z gliceryną; ci bowiem chorzy są zwykle tak wycieńczeni, że o zabiegu doszczętnym, n. p. po wypiłowaniu kości krzyżowej mowy niema. Bardziej radykalnym niż poprzedni mówcy okazał się König *jun.* Trzebiąc bowiem z powodu zapalenia przyjądrza gruźliczego przecina König kanał pachwinowy, podwiązuje naczynia, odsłania sobie sznurek nasienny i przecina go w częściach napewno zdrowych. Gdzie gruczoł krokowy jest zajęty, wyłuszcza go z cięcia pozasakralnego Schlangego. König *sen.* nie sądzi, żeby gruźlica jąder była zawsze sprawą pierwotną; zakażenie może się szerzyć w kierunku odwrotnym krążenia soków. Postacie lekkie można leczyć zabiegami częściowymi; postacie zaś ciężkie muszą być operowane doszczętnie. Gussenbauer operuje tylko w postaciach ostrych, wówczas jednak doszczętnie i uważa gruźlicę jąder tylko za jeden z objawów zakażenia ogólnego. Payr wspomina o przecinaniu jąder *(Sektionsschnitt)* z natychmiastowem zeszyciem osłonki. Operacya ta w jednym przypadku nie miała żadnych następstw czynnościowych. Bier i Henle wykonują obustronne wytrzebienie tylko w nieodzownej potrzebie. Zresztą zalecają kąpiele morskie. Schlange, zwracając uwagę na przypadki, w których nastąpiło dobrowolne wyleczenie, zaleca zabiegi częściowe. Stempel przytacza przypadek, w którym 10 dni po wytrzebieniu nastąpiła prosówka ogólna. Wykład Bessel-Hagena: *O plastycznem pokryciu prącia* skórą moszen lub powłok brzusznych zakończył ten dział wykładów.

Sarfert wyleczył *jamę gruźliczą w prawym szczycie płuc* przez wypiłowanie II-go żebra, odsłonięcie i wytamponowanie jamy. Chora zmarła po 6 miesiącach z powodu zapalenia płuc po drugiej stronie. Jama w prawym szczycie była zupełnie wygojoną. W końcu wspomina Sarfert, jak to trudno jest wywołać sztucznie zrost blaszek opłucnej. Heidenhain zdaje sprawę z przypadku, w którym wykonał rozległe wycięcie ścian klatki piersiowej, a po odsłonięciu płuca rozciął wszystkie rozstrzenie oskrzelowe tak, aby wydzielina nie mogła się wcale zatrzymać. Wkrótce nastąpiło zupełne wyleczenie. Goebel wspomina o podobnym przypadku, w którym szybkie przerastanie naskórka na odsłoniętą powierzchnię płuc było bardzo wydatnem. (Dok. nast.).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Rudolf Abel. **W sprawie sporu o używanie przetworów przeciwgnilnych w celu konserwowania produktów spożywczych.** *(Hygienische Rundschau*, Nr. 6, 1901 r.).

Pod tym tytułem ogłosił Abel, docent higieny i fizyk miasta Hamburga, artykuł godny obszerniejszego sprawozdania, a to ze względu na praktyczne znaczenie poruszonego przedmiotu. Wobec coraz częściej pojawiających się rozpraw sądowych, spowodowanych przekroczeniem ustawy o fałszowaniu środków spożywczych, sądy wzywają nader często lekarzy do wydania orzeczenia o szkodliwości produktu, zaprawionego przetworami przeciwgnilnymi. Wielu lekarzy i u nas, jak o tem świadczą rozprawy sądowe, jest za dopuszczeniem przetworów przeciwgnilnych do konserwowania pewnych produktów spożywczych; higiena stoi jednak na stanowisku odmiennem, a stanowisko to określa dokładnie Abel we wspomnianym artykule, zwracając się szczególnie przeciw trzem, obecnie głównie w Niemczech stosowanym kwasom: borowemu, siarkawemu i salicylowemu, oraz ich solom. Higiena potępia użytek tych przetworów do wspomnianego celu z powodu, że podobnie jak wszystkie inne chemiczne środki przeciwgnilne, nie są one obojętne dla zdrowego ustroju ludzkiego, a niektóre ich produkta mogą je zawierać w ilości, która bezwarunkowo szkodzi zdrowiu. Jeżeli nawet poszczególny artykuł nie zawiera ilości szkodliwej, to przy spożyciu kilku produktów, konserwowanych tym samym sposobem, można je spożyć w takiej ilości, która bezwarunkowo jest szkodliwą. Używanie tych przetworów w przemyśle produktów spożywczych należy prócz tego potępić z ogólnych względów zdrowotnych, nietylko z powodu bezpośredniej szkodliwości dla zdrowia. Producent, oraz handlarz produktów spożywczych, świadomy konserwujących własności tych przetworów, spuści się na nie, a zastosowując je w swoim towarze, niechybnie zaniedba przyrządzać go starannie i czysto; nie używając zaś tych przetworów, musiałby się starać o wielką czystość przy ich wyrobie i przechowywaniu, by zapobiedz rozkładowi towaru, a ztąd i stracie materyalnej. Niektóre z produktów, n. p. mięso, znajdujące się już w stanie początkowego rozkładu, które zatem może już posiadać pewne zdrowiu szkodliwe własności, po dodaniu tych przetworów udaje się jeszcze zakonserwować. przyczem zachowuje ono pozór produktu prawidłowego, dzięki zastosowaniu tych przetworów. Gló-

wnie ta własność przetworów przeciwgnilnych, że po dodaniu ich produkty częściowo już zepsute nabierają pozorów produktów prawidłowych, winna sama wystarczyć, by potępić używanie ich w powyższym celu. Przy zastósowaniu jednak w orzeczeniu wobec sądów zasad powyższych napotyka lekarz trudność dwojakiego rodzaju: przedewszystkiem wiedza nasza co do szkodliwości dla zdrowia powyższych środków przeciwgnilnych nie jest jeszcze dokładną, by ściśle i sumiennie można odpowiedzieć na zapytanie w tym kierunku. Z zestawienia wyników badań i spostrzeżeń widać, że mimo poszczególnych przypadków, któreby zdawały się przemawiać za ujemnemi własnościami tych przetworów przeciwgnilnych, nie jest nam wiadomo, w jakiej ilości wspomniane przetwory działają już szkodliwie na ustrój ludzki. Poddając krytyce dotychczasowe sposoby badania wpływu tych przetworów, oraz zastósowanie wniosków z tych badań do oceny szkodliwości powyższych związków chemicznych, jako środków konserwujących, twierdzi A., że sprawę szkodliwości rozstrzygnąć mogą jedynie liczne doświadczenia, robione na ludziach zdrowych, spożywających produkty, które zostały konserwowane dokładnie znaną ilością przetworów przeciwgnilnych. Dopóki nie będzie wyników tego rodzaju badań, sprawy szkodliwości kwasu salicylowego, borowego, siarkawego oraz ich soli, nie będzie można ściśle rozstrzygnąć.

Trudność innego rodzaju napotka rzeczoznawca sądowy w tem jak ocenić produkt konserwowany? uważaćby go można jedynie za fałszowany, gdyż dodatkiem przetworu konserwującego nadano mu pozór produktu lepszego, albo też zatajono tym sposobem zepsucie, jakiemu poprzednio produkt uległ. Trudno jednak stósować ten rodzaj oceny do wszystkich produktów, konserwowanych sposobem chemicznym zapomocą przetworów przeciwgnilnych, a w szczególności do produktów niezepsutych: winny nie przyzna się nigdy do tego, że używał do wyrobu materyału zepsutego, a dowieść mu tego zazwyczaj nie można i sąd wobec tego uwolni go od winy. Z wyjątkiem zatem tych rzadkich przypadków, w których udowodnić można producentowi, że konserwował produkty, wyrobione z materyału zepsutego, ocena produktu konserwowanego, jako fałszowanego, wobec sądu nie będzie rozstrzygającą przy wydaniu wyroku zasądzającego. Mimo to bronić się należy z powyżej przytoczonych powodów przeciw konserwowaniu produktów spożywczych przetworami przeciwgnilnymi: nie stanowi jednak środka obrony przymus deklarowania produktu konserwowanego wobec kupującego. Nawet publiczność inteligentna wobec braku zakazu sprzedawania produktów, konserwowanych przetworami przeciwgnilnymi, nie ocenia należycie obniżania tym sposobem ich wartości, tem mniej ludzie nieoświeceni. Za jedynie właściwe rozwiązanie sprawy konserwowania produktów przetworami przeciwgnilnymi uważa A. wydanie odpowiedniej ustawy, względnie rozporządzeń, obowiązujących w całem państwie. Jeżeli stósowanie przetworów przeciwgnilnych potępić należy przy konserwowaniu najbardziej rozpowszechnionych produktów spożywczych, to możnaby zgodzić się na nie w konserwach mało używanych, a podlegających zepsuciu przy innych sposobach konserwowania (gotowanie), n. p. do konserw soków owocowych i t. d. w każdym razie tylko zapomocą takich środków, które wypróbowano co do ich obojętnego wpływu na zdrowie i w znanej ilości Nowe przetwory przeciwgnilne winny być badane co do swych własności, zanim zostaną dopuszczone do użytku jako przetwory konserwujące.

(W Austryi wkrótce będą ogłoszone dwa rozporządzenia: jedno zabraniające konserwowania wszystkich produktów spożywczych zapomocą kwasu salicylowego, borowego, krzemowego, będźwinowego i siarkawego, formaldehydu, oraz ich soli i przetworów; drugie, wzbraniające dowozu produktów, konserwowanych tymi środkami. Jedynie do konserwowania moszczu i wina dozwolono używać kwasu siarkawego w ilości nie przekraczającej 8 mgr. SO_2 na hl. *Przyp. referenta).* *Bier.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 maja.

— Wobec zawiązania się Towarzystwa higienicznego we Lwowie i tworzenia się takiegoż w Krakowie, warto wspomnieć choć w kilku słowach o działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego, którego sprawozdanie za rok ubiegły dołączone zostało do kwietniowego zeszytu warszawskiego „Zdrowia“. — Niejeden bowiem godny naśladowania szczegół dałby się może i w galicyjskich Towarzystwach przeprowadzić. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że na przedstawienie rozmaitych wydziałów Towarzystwa udzielono zapomogi na budowę łaźni ludowych na prowincyi, szerzono broszury i rozsyłano pouczenia o łaźniach ludowych z planami i kosztorysami, a to za pośrednictwem fabryk i Towarzystw rolniczych. Podjęto dalej u władz starania w sprawie opieki nad umysłowo chorymi Wydano kwestyonaryusz w sprawie mieszkań letnich, zdrojowisk i uzdrowisk, który z wiosną r. b. został rozesłany. Wydrukowano 6000 egzemplarzy „Rad dla matek“ Dra Kramsztyka i rozdawano je za pośrednictwem szpitali (chorym stałym i przychodnim). Wysłano 4 osoby do Szwecyi na naukę slöjdu i dla zapoznania się z prowadzeniem gier i zabaw dziecięcych. (Nasuwa się tu zapytanie, czy i do parku Jordana, uznanego za jedną z najlepszych instytucyi na kontynencie, zajrzeli stypendyści Towarzystwa, a jeżeli nie, to czemu się tak stało? Wartoby także stwierdzić, co się stało z kursami slöjdu, urządzanymi dawniej w Krakowie). Urządzono z ogromnem powodzeniem szereg odczytów z higieny wychowawczej, gromadząc tym sposobem prawie 1 00 rubli na cele szerzenia higieny; sprawa odczytów higienicznych na prowincyi jest w toku. Dwie ważne sprawy, t. j. fundacya Lenvala i ogródki dziecięce Raua nie mogły wejść w życie, gdyż nie uzyskały jeszcze zatwierdzenia władz. — Zasługuje też na uwagę działalność wydziałów we własnym ich zakresie; co do tego odsyłamy ciekawych do samego sprawozdania. Członków liczyło Towarzystwo z końcem roku 1900 razem 686, z tego 429 z Warszawy, reszta z prowincyi. Organem Towarzystwa było „Zdrowie“, redagowane przez Dra W. Janowskiego. Pismo to wydało w ciągu 6 miesięcy 396 stronic tekstu redakcyjnego w 6 zeszytach. (Prenumerata roczna wynosi 6 złr. jest więc stosunkowo bardzo niską). Prac oryginalnych wydrukowano w tym czasie 13; streszczenia prac zagranicznych układane są według stałego planu przez stałe grono uproszonych sprawozdawców. — Bardzo ciekawy jest dział rachunkowy, z którego wynika, że Towarzystwo rozporządza dochodem rocznym około 6·500 rubli (z tego około 5.500 rubli przynoszą wkładki członków). Na fundusz sanatoryum dla suchotników zebrało Towarzystwo po koniec roku zeszłego bezmała 70.000 rubli z ofiar prywatnych. Rzecz godna uznania. U nas inaczej!

* Za najlepszą pracę z zakresu dermatologii i syfilidologii na konkursie Towarzystwa dermatologicznego w Paryżu (*prix Zambaco Pacha*) otrzymał Dr. Franciszek Krzysztalowicz z Krakowa nagrodę 800 fr. Praca nagrodzona, która obecnie drukuje się w »Rocznikach krak. Akademii Umiejętności«, została wykonaną w pracowni histologiczno-bakteryologicznej prof. L. Nowaka. Tytuł jej: »Cechy histologiczne zmian kiłowych w porównaniu ze zmianami klinicznie do nich podobnemi«.

— Zeszyt 5 »Nowin lekarskich«, który wyszedł z druku z wzorową punktualnością, zawiera 101 streszczeń prac lekarskich, nie licząc obfitych wiadomości drobniejszych i zapisków leczniczych. Rozpatrzenie się w treści jest bardzo łatwe dzięki starannym i wyczerpującym opisom rzeczy, obejmującym także przedmioty wiadomości drobniejszych. W tym zeszycie widocznem jest staranie, aby czytelnikowi dać obraz ruchu naukowego u nas; znajdujemy bowiem sprawozdania z towarzystw lekarskich: poznańskiego warszawskiego, krakowskiego i łódzkiego.

— Kwietniowy (4) poszyt warszawskiego »Zdrowia« poświęcony jest przeważnie sprawie zaopatrywania miast w wodę i kanalizacyi. Oprócz 3 prac oryginalnych odnoszących się do tej sprawy zawiera ten poszyt cały szereg streszczeń nowszych prac w tym kierunku, który zajmuje też dużo miejsca w »Wiadomościach drobniejszych«. Z tego widać, że »Zdrowie« jest redagowane według systematycznego planu.

* Liczba członków III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w d. 11 maja wynosiła 750; odczytów do tej daty zgłoszono 321. Zarządy kolei żelaznych trzymają się odpornie i odmawiają wszelkich zniżek: Komitet gospodarczy odwołał się do decyzyi ministerstwa kolei żelaznych.

* Towarzystwo lekarskie wiedeńskie rozpisało konkurs im. Maurycego Goldbergera na 2000 kor. za najlepszą pracę na temat: »Tło zakaźne nowotworów złośliwych« Do współubiegania się powołani są lekarze Austro-Węgier i całej rzeszy niemieckiej. Rozprawę, napisaną w języku niemieckim, należy przesłać do prezydyum Tow. lekar. w Wiedniu przed 15 maja 1903 roku, z zachowaniem zwykłych przepisów. Temat konkursowy może być opracowany tak ze stanowiska klinicznego, jak bakteryologicznego i anatomicznego.

* Izba lekarska wyższo-austryacka uchwaliła nie brać udziału w uroczystym obchodzie 80 rocznicy urodzin Virchowa.

— Sposób żywienia się wywiera jak wiadomo wpływ na wydzielanie mleka u karmiących. Według nowszych badań najmniej mleka wydziela się przy pokarmie przeważnie roślinnym, najwięcej przy obfitem pożywieniu mięszanem, najtłustszy zaś pokarm przy zwykłem żywieniu z dodatkiem 3/4 L. piwa dziennie. Żywienie roślinne jest najgorsze pod każdym względem: dzieci matek, w ten sposób się żywiących, najwięcej ulegały chorobom i najwolniej rosły (Zdrowie 4).

* Błąd druku: W artykule prof. Bujwida N. 19, str. 256 w szpalcie 2-giej, w wierszu 1 szym z góry liczba 50 ma być 30.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Weeks mianowany został prof. okulistyki w New-Jorku. Habilitowali się w Pradze na Wydziale czeskim Dr. Syllaba (medycyna wewn.), Dr Růžička (higiena) i Chalupecký (okulistyka).

Nekrologia. Zmarli: prof. Panzeri w Medyolanie. Prof. chirurgii Dr. Jan Iterson zmarł w Leyden. Dr. William Hay lat 48, zmarł w Warszawie.

Bibliografia.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 5: Koliński: Przypadek wrzodu toczącego rogówki z opisem wyniku badań bakteryologicznych. Goldenberg: Zanik mięśni postępujący neurotyczny z obostrzeniami wiosennemi. Dobrzycki: Obecnie używane spluwaczki kieszonkowe dla kaszlących i ich znaczenie pod względem profilaktycznym w gruźlicy.

— *Przegląd Dentystyczny* N. 4: Judt: Złamanie zęba samoistne.

— *Postęp Okulistyczny* N. 4: Noiszewski: Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Strzeminski: Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego. Sędziak: O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych (dok.).

— *Medycyna* N. 19: Ziarko: Przyczynek do nauki o leukocytozie trawiennej. Puławski: Działalność lecznicza Nałęczowa za rok ubiegły (1900).

— *Gazeta Lekarska* N. 19: Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty. Grünbaum: Dalsze trzy przypadki ropnia podprzeponowego. Nencki i Lieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chem. enzym. (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* N. 19: Mladějowský: O nové methodě odtučňovaci. Zahradnický: Spinálni analgesie eukainem β.

— *La Presse medicale* N. 36: Legrain: Kongres międzynarodowy przeciw alkoholizmowi. Romme: Sanatorya ludowe i projekt p. Guieysse.

— N. 37: Luc: Zapalenie okostnej kości skroniowej, wychodzące z ucha, bez jednoczesnego ropnego wyrostka sutkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* N. 19: Pichler: O symptomatologii gośćca (gośćcowe zapalenie ścięgien mięśni ocznych). Höniger: Przyczynek do rozpoznawania guzów w płacie czołowym mózgu. Simmonds: O zapaleniu gruźliczem opon mózgowych w przebiegu gruźlicy męzkiego narządu płciowego. Leusser: O skuteczności kissingeńskich zawierających kwas węglowy kąpieli solankowych w chorobach serca. Stifler: O kąpielach leczniczych w chorobach serca. Bayerl: O zranieniach postrzałowych pęcherza moczowego. Görl: Przyczynek do leczenia światłem, mianowicie promieniami ultrafioletowymi. Schwarz: Zewnątrz czaszkowe zmiany w oczach na tle kiły (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 19. Schmidt: O rozpoznawaniu klinicznem zawałów nerkowych i następowych przypadłości kolki nerkowej. Harmer: O działaniu wyciągów nadnercza na błonę śluzową nosa i krtani. Ludwig: Pęknięcie sklepienia pochwowego podczas porodu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* N. 19: Hirschberg: Sala operacyjna, zaopatrzona w przyrząd magnetyczny. Meffert: Przyczynek do leczenia hidryatycznego w domu gruźlicy początkującej. Romberg: Rozpoznawanie gruźlicy zapomocą surowicy (dok.). Brat: Zatrucia zawodowe i ich leczenie wdychiwaniami tlenu. Ráskai: Patologia i terapia bliznowatego skurczenia pęcherza.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 19 Lucae: Otyatrya w wieku XIX. Beck: Obraz kamieni żółciowych, uzyskany przy pomocy röntgenowskiego prześwietlania, oraz kilka uwag o dziedzicznej skłonności do wytwarzania się kamieni żółciowych. Pinkuss: Patologia i terapia opadnięcia żeńskiej cewki moczowej. Sclavo: Nowe badania doświadczalne o wartości leczniczej surowicy wąglikowej (dok.). Reckzech: Przyspieszone oddechanie *(Tachypnoe)* na tle nerwowem (dok).

Redakcya otrzymała: Küstner: Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie. Arnstein: Ciechocinek, jego czynniki lecznicze i urządzenia. Truneček: Traitements de l'artériosclérose par les injections souscutanées de sérum inorganique.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w **Andrychowie** z płacą roczną 1000 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę oprócz fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Andrychowie należą następujące gminy i obszary dworskie: Andrychów, Inwałd, Frydrychowice, Głębowice, Nidek, Wieprz, Roczyny Brzezinka ad Andrychów, Targanica, Sulkowice, Rzyki, Zagórnik i Kaczyna.

Prawa i obowiązki lekarza obręgowego określa dokładnie ustawa z 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 15-go czerwca 1901.

Wadowice, dnia 29 kwietnia 1901.

Za Prezesa: *Dr. Iwański.*

Rząd krajowy Bośni i Hercegowiny rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych i prymaryusza oddziału ginekologiczno-położniczego w szpitalu krajowym w Sarajewie.**

Posady te systemizowane są z VII klasą rangi urzędników w krajowej bośniacko-hercegowińskiej służbie i połączone z poborami 4800 koron i dodatkiem 1400 koron, ewent. z mieszkaniem w szpitalu.

Ubiegający się o powyższe posady winni do 1 lipca b. r. wnieść podania do Rządu krajowego dla Bośni i Hercegowiny w Sarajewie z dołączeniem metryki urodzenia, stanu, dyplomu doktorskiego, świadectwa odbytych specyalnych studyów.

Ubiegający winni się wykazać znajomością jednego z języków słowiańskich i muszą się zobowiązać, że w ciągu roku nauczą się języka bośniackiego.

Kompetenci o prymariat oddziału dla chorób wewnętrznych muszą się wykazać nadto znajomością laryngologii, rhinologii i otiatryi.

Posada powyższa nadaną zostanie na razie prowizorycznie, po roku będzie stabilizowaną z wszystkimi prawami, przepisanemi dla urzędników Rządu krajowego.

Podania należy wnosić w drodze służbowej lub za pośrednictwem władz.

Podanie należy opatrzyć stemplem bośniackim za 80 heler., a każdy załącznik stemplem bośniackim za 20 hel., ewentualnie należytość odpowiednią dołączyć w gotówce.

Z krajowego Rządu Bośni i Hercegowiny.

Sarajewo, 29 kwietnia 1901.

Konkurs na posadę **asystenta** przy katedrze patologii ogólnej i dośw. z płacą roczną 1400 koron — Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w Krakowie do 30 czerwca 1901

Rok XL. Kraków, 25 Maja 1901. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dwa przyczynki do techniki barwienia włókien nerwowych.

Doniesienie tymczasowe.

Podali

Dr. Karol Rychliński, ordynator szpit. św. Jana Bożego i Dr. Teodor Łapiński, asystent szpitala.

Barwienie włókien nerwowych zapomocą metody Weigerta, Pala i Kulczyckiego obok bardzo ładnych obrazów drobnowidowych posiada tę niedogodność, że kawałki tkanki nerwowej, którą pragniemy zabarwić, musimy utrwalać przez dłuższy czas w płynie Müllera, Erlickiego lub w czystym roczczynie dwuchromianu potasowego. Mitręga, na którą narażony jest każdy badacz, zmuszony posiłkować się dotychczas znanemi metodami barwienia włókien nerwowych, była powodem, że wielu z nas szukało dróg, za pomocą których możnaby było uniknąć 1) dłuższego, bo przynajmniej 4—5 tygodni wymagającego utrwalenia w solach chromowych i 2) przeprowadzania utrwalonego preparatu przez wyskok, parafinę lub płynną celoidynę.

W formalinie, którą zaczęto używać od kilku lat, znaleźliśmy wyborny środek utrwalający; zamiast zaś zatapiania preparatu w parafinę, lub celoidynę, zaczęto przygotowywać skrawki z zamrożonych kawałków. Dwa te czynniki zdziałały, że obecnie pracownie są w stanie badać tkanki wkrótce po dokonanej obdukcyi z tym tylko wyjątkiem, że włókien nerwowych nie udało się zabarwić w sposób zadawalniający, gdyż wszelkie modyfikacye metody Weigerta tylko do pewnego stopnia zadość czyniły zamiarom naszym.

Sposoby barwienia, o których poniżej mówić będziemy, wypróbowane przez nas na wielu skrawkach, być może grzeszą jednostronnością przez to, że nie były dotąd stósowane do tkanki nerwowej o wyraźnych zwyrodnieniach.

Pozwalamy sobie jednak już teraz podać opis naszych modyfikacyj, ufając, że dalsze badania pozwolą nam lub innym badaczom wyprowadzić wnioski, w jakich razach proponowane przez nas sposoby mogą być zastósowane, w jakich zaś należy stosować inny sposób barwienia.

Sposoby nasze różnią się jeden od drugiego tylko różną zaprawą (bejcowaniem), gdy tymczasem w całem uprzedniem traktowaniu postępowanie w głównych zarysach jest jednakowe.

Przezemnie dokonana modyfikacya (Rychliński) polega na tem, że skrawki z kawałków, utrwalonych w ciągu 24 godzin w 5% rozczynie formolu, otrzymane na mikrotomie zamrażającym, po rozprostowaniu w wodzie przekroplonej, przenoszę na 1 do 10 minut (stosownie do grubości i wielkości skrawka) do słabego wodnego rozczynu hematoksyliny (przygotowanie barwnika takie same jak u Weigerta, z tą różnicą, że bardzo znacznie rozcieńczam rozczyn wyskokowy [0,8 hem.: 10,00 alkoholu] hematoksyliny przed samem zamierzonem barwieniem).

Skrawek zabarwiony przepłokuję w wodzie przekroplonej i następnie przenoszę na kilka minut (1—4) do słabego rozczynu (2%) sody, lub nasyconego rozczynu węglanu litowego. W płynach tych następuje różniczkowanie, polegające na tem, że istota szara nabiera niebieskawego zabarwienia, biała zaś pozostaje blado różowa.

W tym okresie odbarwienia skrawek przenoszę do 5% rozcz. dwuchromianu potasowego, w którym włókna nerwowe zabarwiają się natychmiastowo na kolor czarno-fioletowy.

Po przepłókaniu zabarwionego skrawka w wodzie i po przeniesieniu go na szkiełko przedmiotowe odbywam zwykłe rękoczyny w celu prześwietlenia i utrwalenia w balsamie preparatu.

Pod drobnowidem spostrzegamy, że wszystkie włókna myelinowe barwią się na kolor ciemny i wyraźnie odbijają od niezabarwionego tła szarej istoty mózgowej. Na cienkich skrawkach (5 μ) z kory mózgowej wybornie zarysowuje się drobna siatka włókien tangencyalnych; otoczka zaś włókien poprzecznie przeciętych widoczną jest bardzo wyraźnie.

Słabą poniekąd stroną opisanego powyżej sposobu, na mój pogląd, jest ta okoliczność, że włókna nerwowe, rozpatrywane pod 7-ką Reicherta, mają wejrzenie napęczniałe i bardzo wyraźną paciorkowatość. Nie śmiem utrzymywać, czy napęczniałość i paciorkowatość jest wynikiem sprawy chorobowej za życia (badałem tkankę nerwową osób zmarłych na porażenie postępujące), czy też zależy od sposobu utrwalania, lub od zamrażania, lub wreszcie od pęcznienia w rozczynie sody. Preparaty w ten sposób zabarwione dają się podbarwiać van-Giesonem, który, oprócz innych części, zabarwia wybornie osiowe cylindry.

Wyjaśnienie tych wątpliwości muszę pozostawić do czasu, aż będę w stanie podać bliższe szczegóły, niż na to pozwala tymczasowe doniesienie, którego formę pragnąłbym utrzymać dla niniejszych słów.

II-gi sposób (Łapiński) polega na tem, że skrawki, barwione (15 minut) w hematoksylinie, przenoszę na 24 godzinę do nasyconego rozczynu octanu miedziowego. W płynie tym odbywa się różniczkowanie samo przez się i skrawek nabiera intenzywnie niebieskiego zabarwienia tam, gdzie są włókna myelinowe i blado niebieskiego — w miejscach, odpowiadających szarej istocie. Różniczkowanie przyspieszyć można przez opłókanie zabarwionego hematoksyliną skrawka w 2% rozczynie sody. Wtedy już po 4-ch go dzinach skrawek może być z dobrym wynikiem utrwalony w balsamie. Pod drobnowidem włókna myelinowe przedsta-

wiają się pod postacią ciemno-niebieskich niteczek, bardzo jaskrawo odbijających od nader mało zabarwionego, gdyż niemal jasnego tła.

Przy zaprawie octanem miedziowym jądra komórek barwią się na kolor ciemny wyraźniej, niż przy użyciu zaprawy chromowej.

Myelinowe włókna i przy użyciu tego sposobu barwienia mają również wejrzenie napęczniałe i paciorkowatość, co być może zależy od użycia do badania identycznego z poprzednio wspomnianym materyału badanego.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

2 Gruczoł tarczykowy.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Z pośród wszystkich narządów gruczoł tarczykowy wymieniamy na pierwszem miejscu z tego powodu, że najwcześniej zaczęto go stosować jako środek leczniczy, najwszechstronniej badano jego wpływ i najdokładniej poznano biologiczne jego znaczenie. Stało się to przedewszystkiem za sprawą chirurgii. Chirurdzy pierwsi poznali, że po wyjęciu gruczołu tarczykowego, wykonanem w celach leczniczych, zjawia się cały szereg objawów, które nie inaczej rozumieć należy, jak tylko jako następstwo wygaśnięcia czynności gruczołu tarczykowego. Stwierdzenie samego faktu wywołało dalsze poszukiwania doświadczalne, a badania Brunsa, Fuhra, Rogowicza, Albertoniego, Wagnera, Schiffa, Elsenberga i in., wykonywane na zwierzętach, wykazały dowodnie, że gruczoł tarczykowy w ekonomii ustroju istotnie nader ważną odgrywa rolę, że wytwarza jakąś istotę, która, jak o tem już z doświadczeń Rogowicza [1]) wnosić można, według wszelkiego prawdopodobieństwa zobojętnia związki trujące, wytworzone w ustroju jako wytwory przemiany materyi. Jaką drogą odbywa się to zobojętnianie nie umiano sobie na razie wytłómaczyć.

W toku doświadczeń poznano nadto jeszcze jeden ważny szczegół, stwierdzono mianowicie, że można zapobiedz charłactwu, występującemu u zwierząt po wyjęciu gruczołu tarczykowego, jeśli wszczepi się im gruczoł tarczykowy do jamy otrzewnowej. Następstwa tego były bardzo doniosłe dla leczenia wszystkich tych chorób, których istotna przyczyna leży w ustaniu czynności gruczołu tarczykowego, a więc dla leczenia obrzęku śluzakowego, pierwotnego lub pooperacyjnego, matołectwa, tężyczki Mikulicza. Pokuszono się o wykonywanie wszczepienia (implantacyi) także u ludzi. Gdy pierwsze próby, przedsięwzięte przez Birchera [2]) i Kochera w r. 1889 i 1890 wypadły dodatnio, poszli wskazanym szlakiem inni, jak Lannelongue i Legroux [3]) Walter i Merklen [4]), Macphersen [5]), i tak rozpoczęła się era terapii zastępczej (substytucyjnej), jak ją w początkach nazywano, terapii, polegającej na wszywaniu pod skórę zdrowego gruczołu tarczykowego.

Nie zawsze jednak udawało się w ten sposób osiągnąć trwałe wyleczenie. Wszyty gruczoł dość często ulegał powolnemu zanikowi i wessaniu: objawy choroby powracały, a wtedy znów trzeba było uciekać się do zabiegu chirurgicznego. Dlatego też już w r. 1891 zaczęto próbować, obok wszczepiania, leczenia wewnętrznego, stosując je bądź w postaci wstrzykiwań wyciągów, otrzymywanych z gruczołu tarczykowego, jak to czynili G. Murray [6]), H. W. G. Mackensie [7]), E. L. Fox [8]), bądź też podając wprost do spożywania gruczoł tarczykowy za przykładem Howitza [9]).

Leczenie wewnętrzne, o wiele wygodniejsze, nie wymagające od lekarza specyalnej wprawy chirurgicznej, coraz bardziej zaczęło się przyjmować i wyrugowało wkrótce zupełnie polecany pierwotnie zabieg chirurgiczny.

Równocześnie starano się postać leku uczynić bardziej przystępną i bardziej estetyczną, zastąpić gruczoł jako taki przetworem farmaceutycznym, któryby zawierał istotę działającą gruczołu tarczykowego, dawał się łatwo przez dłuższy czas przechowywać, nie raził chorych swem wejrzeniem. Sposoby otrzymywania takiego przetworu podali najpierw Vermehren [10]) i White [11]). Pierwszy z nich uzyskał go przez strącenie istoty leczniczej z wyciągu glicerynowego gruczołu, za pomocą wyskoku, drugi zapomocą kwasu fosforowego. Osobny sposób podali w parę lat później Haaf i Traczewski, a przetwór ich, wyrabiany fabrycznie przez Knolla w Friedrichshafen, wszedł w użycie pod nazwą *thyraden* lub *extractum thyroideae*. Największe wszakże znaczenie miało odkrycie przez Baumanna [12]) połączenia, zawierającego znaczne ilości jodu w związku organicznym, działającego prawie tak samo, jak gruczoł tarczykowy w całości, a przedstawiającego zalety czystego przetworu farmaceutycznego. Przetwór ten, nazwany jodothyryną lub thyrojodyną, zasługuje ze wszystkich na największą uwagę i najbardziej się też rozpowszechnia. Nie zupełnie jeszcze w skutkach działania oceniona jest tyreoantitoksyna Fränkla [13]), tyreoproteid Notkina [14]) i tyroglandina Stanforda [15]), to też bezwzględnie przetworów tych jeszcze polecać nie można.

W ścisłym związku z samą terapią, ze stwierdzeniem wyników leczniczych i gromadzeniem coraz liczniejszego materyału statystycznego, były także badania dokładniejsze, zmierzające do poznania i do określenia istoty działania gru-

[1]) Rogowicz: Zur Physiologie der Schilddrüse. »Centrblt. f. d. med. Wissensch.« 1886. S. 530.

[2]) Bircher: Das Myxödem u. d. cretinische Degeneration »Volkmanns Saml. kl. Vortr. 1890.

[3]) Lannelongue i Legroux: »Virchow-Hirsch. Jahresbericht“ 1890 II. S. 330.

[4]) Walter i Merklen: Ibidem.

[5]) Macphersen: »Centrblt. f. inn. Med.« 1892. S. 871.

[6]) G. Murray: »British med. Journ.« 1891. Ref. »Schmidts-Jahrb.« 1892.

[7]) H. W. G. Mackensie: »British med. Journ«. 1892. Ref. »Schmids Jahrb.“ 1895. S. 237.

[8]) E. L. Fox: Ibidem.

[9]) Howitz: Cyt. przez Vermehrena. »Deut. med. Wochschft.« 1893. Nr. 11.

[10]) Vermehren: »Deut. med. Wochschft.« 1893. S. 255.

[11]) White: »Britsh. med. Journ.« 1893 Ref. »Therap: Monatshefte.« 1893.

[12]) Baumann: »Zeitschr. f. Physiologie« 1895. T. XXI. S. 319.

[13]) Fränkel: Thyreoantitoxin, der phvsiologisch wirksame Bestandtheil der Thyroidea. »Wiener klin. Wochschft« 1895. Nr. 48. i tegoż autora: Beiträge zur physiologischen Chemie der Thyroidea »Wiener klin. Blätter« 1896.

[14]) Notkin: Ref. Therap. Monatshefte 1894. S. 280.

[15]) Standtford: Deutsche med. Wochschft. 1899. LB. S. 20.

czołu tarczykowego. Zmuszały do nich spostrzeżenia wykazujące, że wśród podawania gruczołu tarczykowego, lub jego przetworów, występuje cały szereg objawów, nie zawsze obojętnych, niekiedy nawet wprost groźnych dla życia, które ostatecznie wbrew pierwotnemu zdaniu Leichtensterna [16]) i późniejszym zapatrywaniom Lanza [17]), trzeba odnosić do bezpośredniego wpływu, wywieranego przez istotę działającą gruczołu tarczykowego na ustrój. Najwcześniej zwrócono uwagę na zachowanie się przemiany materyi, która, jak słusznie sądzono, nie odbywa się prawidłowo w przebiegu obrzęku śluzakowego i pokrewnych mu chorób. Potrzebę tych badań wskazywał nadto spostrzegany prawie stale ubytek ciężaru ciała chorych, leczonych gruczołem tarczykowym.

Pierwsze, jakkolwiek nie zbyt ścisłe oznaczenia pochodzą od lekarzy angielskich Orda i Whitego [18]). Stwierdzają one, że pod wpływem wstrzykiwań wyciągów gruczołu tarczykowego zwiększa się u chorych, dotkniętych obrzękiem śluzakowym, ilość azotu wydzielanego w moczu. Późniejsze, z całą ścisłością wykonywane rozbiory Vermehrena [16]), Bleibtreua i Wendelstadta [17]), Magnusa Levy'ego [18]), Treupla [19]), Głuzińskiego i Lembergera [20]) i in., potwierdziły w zupełności spostrzeżenia angielskie, wykazując, że pod wpływem przetworów gruczołu tarczykowego przyspiesza się istotnie proces spalania istot azotowych, w tym nawet stopniu, że ustrój traci swoje własne białko. W wyższym jeszcze stopniu działa gruczoł tarczykowy na spalanie się istot bezazotowych, co wykazały dokładne gazometryczne pomiary Magnusa Levyego [21]), Thiela i Nehringa [22]). Spalanie tłuszczu bywa w niektórych przypadkach bardzo energiczne i bardzo szybkie i ono to sprawia znaczną utratę wagi ciała.

Nie zawsze jednak wpływają przetwory gruczołu tarczykowego w jednakim stopniu na przemianę pierwiastków. Znane są spostrzeżenia, n. p. Scholza [25]), Richtera [26]) i in., w których chorzy nie tracili na wadze, u których utrzymywał się dodatni bilans azotu. Wyjątek od ogólnej zasady może być następstwem pewnych osobniczych właściwości ustroju, szczegół, który podnosi Dennig [27]) ilości spożywanego pokarmu, a prawdopodobnie także i jakości podawanego przetworu. Mamy już bowiem sprawozdania dowodzące, że gruczoł tarczykowy zawierać może różne ilości działającej istoty, zależnie nie tylko od rodzaju zwierzęcia, ale także od sposobu jego żywienia i od pory, w której dokonano wycięcia gruczołu. Na ten ostatni szczegół zwraca uwagę między innymi Rother [28]) w kazuistycznej pracy: O obrzęku śluzakowym.

Wyjątki takie nie mogą jednak osłabiać ogólnej zasady, opartej na licznych już i ścisłych spostrzeżeniach, wykazujących, że pod wpływem gruczołu tarczykowego odbywa się szybciej cała przemiana materyi. Opiera się na nich obecna teorya przyjmująca, że zadanie istoty, wytwarzanej w warunkach fizyologicznych przez gruczoł tarczykowy, polega na podniecaniu żywotności tkanin w kierunku przemiany pierwiastków.

Przypomina ona po pewnego przynajmniej stopnia teoryę Poehla o t. zw. utlenianiu wewnętrznem. Być może że w tem podnieceniu spalania się wytworów wstecznej przemiany ciał azotowych tkwi istota odtruwającego działania gruczołu tarczykowego, spostrzegana tak wybitnie w przypadkach chery lub tężyczki pooperacyjnej. Przypuszczenie to uzasadniać by mogły doświadczenia De Luci i D Angerio [30]) wykonywane na psach, a wykazujące, że mocz zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczykowego, posiada w wyższym stopniu własności trujące, że działanie trujące zmniejszyć można przez wstrzykiwania soku gruczołowego do jamy otrzewnowej.

Zagadnień biologicznych, co do wpływu gruczołu tarczykowego na przemianę materyi, dotyka bezpośrednio zajmująca praca Prof. Głuzińskiego i Docenta Lembergera [31]) z r. 1898. Autorowie użyli do doświadczeń dwóch psów, młodej i starej suki. Po dokładnem wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego oznaczali bilans azotu i fosforu. U psa młodego stwierdzono większy rozpad białka, zmniejszone wydzielanie kwasu fosforowego z moczem i prawdopodobnie mniejszy rozpad tłuszczu. Stosunki zmieniły się bardzo rychło, gdy zwierzę dostawać zaczęło z pożywieniem świeży gruczoł tarczykowy; wystąpił wtedy dodatni bilans azotu, zwiększyła się ilość wydzielanego w moczu kwasu fosforowego, a równocześnie dostrzeżono wyraźny spadek ciężaru ciała; ztąd wniosek, że zwierzęciu przybywało białka, czyli mięśni, ubywało tłuszczu. U starej suki stwierdzono po wyjęciu gruczołu dodatni bilans azotu, a więc przybytek tkanki mięsnej; odmiennie niż u psa młodego działał w tym przypadku gruczoł tarczykowy, dodany do pożywienia. Stwierdzono wtedy, że ilość wydzielanego azotu, pomimo jednakowego pożywienia i jednakiej wessalności, stawała się większa, a wreszcie że wystąpił ujemny bilans; waga ciała, która od dnia wyłuszczenia gruczołu nieznacznie, ale stale spadała, podniosła się w okresie, w którym zwierze otrzy-

[16]) Leichtenstern: Ueber Myxödem u. über Entfettungskuren mit Schilddrüsenfütterung. »Deut. med. Wochschft« 1894.—S. 932.

[17]) Lanz: „Deutsche. med. Wochschft« 1896.

[18]) W. M. Ord i F. White: »British med. Journ«. 1893.

[19]) Vermehren: Stoffwechseluntersuchungen nach Behandlung mit Glandula thyroidea an Individuen mit und ohne Myxödem. »Deutsch. med. Wochsch.t.« 1893.

[20]) Bleibtreu i Wendelstadt: Stoffwechseluntersuchungen bei Schilddrüsenfütterung. »Deut. med. Wochschft« 1895. Nr. 29.

[21]) Magnus Levy: Untersuchungen zur Schilddrüse. »Zeitschft f. kl. M.« T. 33. 1897.

[22]) Treupel: Stoffwechseluntersuchungen bei einem mit Jodothyrin behandelten Falle v. Myxödem. »München. med. Wochschft« 1896 Nr. 38.

[23]) Głuziński i Lemberger: O wpływie istoty gruczołu tarczykowego na wymianę materyi i t. d. «Przegl. lek.« 1896 str. 482 i Centrblt f. inn Med. 1897 S. 89.

[24]) Lévy: Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage. »Zeitschft. f. kl. Med.« XXXIII. 1897.

[25]) Thiele i Nehring: Untersuchungen des respiratorischen Gaswechsels. i t. d. »Centrblt. f. kl. Med.« XXX. 1896.

[26]) Scholz: Ueber den Einflus der Schilddrüsenbehandlug i t. d. »Centrblt. f. inn. Med.« 1895.

[27]) Richter: Zur Frage des Eiweisszerfalles nach Schildrüsenfütterung. »Centrblt. inn. Med.« 1896.

[28]) Dennig, »Münch. med. Wochschft« 1895. Nr. 20.

[29]) Rother: »Nowiny lekarskie« 1897. S. 321. — Por. także pracę J. Weissa: Ueber den Jodgehalt von Schilddrüsen in Schlesien. »Münch. med. Wochschft« 1894. Nr. 1.

[30]) De Luca e V. D'Angerio: Sul potere antitossico delle glandole tiroide. (Ref. »Centrblatt f. inn. Med.« 1898. S. 181).

[31]) W. A. Głuziński i I. Lemberger. O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi. »Rozpr. wydz. mat. przyrodn. Akad. Um.« S. II. T. XIV. 1899.

mywało świeży gruczoł z pokarmami. Na podstawie swych badań wnoszą autorowie, „że znaczenie gruczołu tarczykowego nie jest równe w każdym wieku, że jest o wiele donioślejsze w wieku młodym, podrzędniejsze w wieku późniejszym. U młodego zwierzęcia wywołuje usunięcie gruczołu żywszy rozpad istot białkowatych, mniejszy rozpad tłuszczu, powoduje, że w ustroju nagromadza się kwas fosforowy; u zwierzęcia starego dostrzedz można przeciwnie mniejszy rozkład istot białkowatych i zatrzymywanie się w mniejszym stopniu kwasu fosforowego“.

Zmiany w wydzielaniu kwasu fosforowego, spowodowane wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego i wpływ, wywierany przez fosforany na zwierzęta, pozbawione tego gruczołu, wywołały potrzebę bliższego zbadania możliwego związku między czynnością gruczołu, dowozem soli kwasu fosforowego i stanem operowanych zwierząt. Sprawą tą, poruszoną najpierw przez Roosa[32]), zajmował się Traczewski[33]). Doświadczenia jego wykazały, że u zwierząt, pozbawionych części gruczołu tarczykowego, a nie okazujących jeszcze żadnych chorobliwych objawów, zjawiały się bardzo rychło te objawy, gdy podawać im zaczęto w nieco większej ilości sole kwasu fosforowego, znikały po ich usunięciu. Widocznie więc działać muszą fosforany w jakiś sposób na istotę wydzielaną przez gruczoł tarczykowy, zobojętniają ją poniekąd i pozbawiają w ten sposób ustrój ciała, sprowadzającego równowagę w pewnych jego czynnościach; — to znów przypomnienie czynnej i nieczynnej sporminy Poehla. Wynikałoby ztąd, że w przypadkach niedostatecznej czynności gruczołu tarczykowego, w stanie nazwanym przez Ferriera[34]) hipotyroidyzacyą, ograniczać należy dowóz fosforanów, w przypadkach czynności nadmiernej, jak to przypuszczalnie ma miejsce w chorobie Basedowa, działać mogą fosforany jako skuteczny środek leczniczy.

Badaniom przemiany materyi, niewątpliwie bardzo pożądanym nie tylko ze stanowiska teoretycznego, ale także praktycznego, nie ustępują pod względem ogólnego znaczenia doświadczenia, przedsiębrane na zwierzętach w innym kierunku. Na małą skalę rozpoczął je jeszcze w r. 1887 Ewald[35]), a dalej prowadzili Chantemesse i Marie[36]) Heinatz[37]), Schaefer[38]), Ballet i Enriquez[39]), Lanz[40]), Georgiewsky[41]) i in. Wyniki wszystkich prawie prac są zasadniczo zgodne ze sobą; wykazują, że przez dłuższe podawanie większych dawek sprowadzić można zatrucie, a w końcu śmierć zwierząt, użytych do doświadczeń. Georgiewsky, który bardzo szczegółowo zajął się tym przedmiotem, zestawił sumiennie piśmiennictwo tego przedmiotu i wykonał cały szereg ścisłych doświadczeń, nakreślił w swej pracy nader dokładny obraz objawów i następstw zatrucia tyroidynowego. Po dłuższem podawaniu surowego lub gotowanego gruczołu tarczykowego, podobnie jak po wstrzykiwaniach otrzymanego zeń soku lub wyciągu glicerynowego, występowało u zwierząt przyspieszenie czynności serca, podniesienie parcia krwi, wzmożenie liczby oddechów podniesienie ciepłoty ciała, zwiększone wydzielanie azotu niekiedy cukromocz. W początkach doświadczeń bywały zwierzęta nieco podniecone, żywsze, okazywały zwiększoną chęć do jadła i do picia; później stawały się bardziej posępnemi, traciły apetyt, dostawały wymiotów i biegunki, a dalej pojawiały się niedowłady kończyn, nie rzadko zupełne porażenie czucia, wreszcie wśród ogólnego zapadu i wyniszczenia następowała śmierć, niekiedy wśród drgawek i kurczów drgawkowych.

Na zwłokach zwierząt uderzało przedewszystkiem wielkie wychudnienie i zupełny prawie zanik tkanki tłuszczowej. W narządach wewnętrznych stwierdzono przekrwienie nerek i ograniczone stłuszczenie nabłonka kanalików nerkowych, przekrwienie mózgu, zwłaszcza zaś rdzenia przedłużonego i drobne wynaczynionki w okolicy dna komórki IV. Gruczoł tarczykowy znajdowano bladym, nieco żółtawym, najczęściej objętości mniejszej; w preparatach drobnowidowych stwierdzono rozszerzenie mieszków, a w nich treść koloidową; nabłonki wyścielające mieszki spłaszczone, jądra ich barwią się silniej, pierwoszcza słabiej; w niektórych miejscach znaleziono przedarte ścianki międzymieszkowe; naczynia krwionośne i chłonicze zgniecione. (c. n. d.)

[32]) Roos: Ueber die Einwirkung der Schilddrüse auf den Stoffwechsel. »Zeitschft. f. phys. Chemie« T. 21. Ref. Centrb. f. i. M. 1896. str. 537.

[33]) Traczewski C. F. Zur Theorie der Schilddrüse i t. d. »Neurol. Centrblt.« 1897.

[34]) Ferrier: Symptomatologie et traitement du goitre épidémique. »Arch. génér. de med.« 1897. Ref. »Centrblt. f. inn. Med.« 1898. S. 644.

[35]) Ewald: »Berl. kl. Wochschft.« 1887.

[36]) Chantemesse et Marie: »Semaine méd.« 1894. S. 85.

[37]) Heinatz: cyt. według Georgiewskyego l. c. niżej.

[38]) Schaefer: »Deutsche med. Wochschft.« 1895.

[39]) Ballet et Entriquez: »Semaine méd.« 1894. Str. 536 i 1895, Str. 329.

[40]) Lanz: »Deutsche med. Wochschft.« 1895.

[41]) Georgiewsky: Ueber die Wirkung der Schilddrüsenpräparate auf. den thierischen Organismus. »Zeitschft f. kl. Med.« T. 33. Str. 153.

III. Z oddziału chirurgicznego szpit. św. Łazarza w Krakowie

O znieczuleniu sposobem Biera.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

(Dokończenie).

III. Liczba operacyj, wykonanych w moim oddziele przy znieczuleniu rdzenia kokainą, wynosi, jak już wspomniałem, obecnie 138, a mianowicie:

	Wynik dodatni	Przemijające znieczulenie	Wynik ujemny
Odjęcie podudzia	1	—	—
Wyłuszczenie palców	1	—	—
Wyłuszczenie guzów	3	1	1
Nacięcie rozległych ropni tkanki podskórnej	3	—	—
Wstrzyknięcie mięszanki jodoformowej .	44	—	15
Podwiązanie żyły udowej	1	—	—
Osteotomia według Mac Evena . . .	2	—	—
Sekwestrotomia	5	1	2
Plastyka według Thierscha	1	1	—
Redressement forcé	1	—	—

	Wynik dodatni	Przemijające znieczulenie	Wynik ujemny
Odprowadzenie krwawe zwichnięcia stawu biodrowego	1	—	—
Odjęcie prącia	1	—	—
Stulejka	3	—	—
Wytrzebienie	3	—	1
Operacya doszczętna wodniaka	4	—	1
Plastyka worka mosznowego	1	—	—
Cięcie nadłonowe	1	—	1
Uretrotomia zewnętrzna	1	—	—
Guzy krwawnicowe	5	—	3
Przetoki odbytnicze	3	—	1
Wycięcie wypadniętej kiszki ślepej	1	—	—
Operacye przepukliny uwięzniętej	5	—	—
Operacya doszczętna przepukliny wolnej	8	1	3
Operacya doszczętna zapalenia wyrostka robaczkowego	2	—	1
Operacya w jamie brzusznej wskutek zapalenia otrzewnej gruźliczego	1		—
Laparotomia z powodu niedrożności przewodu pokarmowego	—	—	1
Owaryotomia	—	—	1
Nacięcie ropnia okołonerkowego	1	—	—

Udział poszczególnych przetworów znieczulających w powyższej tabeli jest następujący:

Na 111 przypadków, w których używano czystej kokainy, doznaliśmy zawodu 23 razy, na 15 przypadków zastosowania eukainy β—7, a na 12 przypadków chlorku eukainy α 5 razy.

Pomiędzy przypadkami z wynikiem ujemnym jest kilka takich, jak np przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie chorzy wprawdzie nie odczuwali głębokiego kłócia szpilką, mimoto jednak zachowywali się podczas operacyi tak niespokojnie, że już dla ich ukojenia musiano przejść do uśpienia chloroformowego. Na ujemny skutek wpłynęły kilka razy błędy techniczne, używanie starych rozczynów eukainy i t. p.

Prócz tego muszę dodać, że w niektórych razach podczas dłużej trwającej operacyi chorzy doznawali bólu pod koniec jej tak, że wtedy uśpienie stawało się konieczne. Bardzo zajmująco przedstawia się jeszcze przypadek raka prącia. Znieczulenie bólu sięgało w tym przypadku tylko do krętaczy tak, że odjęcie prącia dało się zupełnie bezboleśnie wykonać. Do wyłuszczenia jednak gruczołów chłonnych w pachwinach musiano chorego uśpić pomimo utrzymującego się jeszcze zupełnego znieczulenia poniżej wielkich krętarzy.

Z pomiędzy naszych chorych było 74 mężczyzn, 47 kobiet i 17 dzieci powyżej lat 8. Prób z dziećmi młodszemi z łatwo zrozumiałych powodów nie robiłem. Jakiegokolwiek wpływu płci i wieku na występowanie znieczulenia [1]) nie można było wykazać, jak wogóle nie mogliśmy stwierdzić stosunku zależności między wystąpieniem bezbolesności (analgezyi), a jakimkolwiek innym znanym lub oznaczyć się dającym szczegółem tak, że nigdy z góry przewidzieć nie zdołaliśmy, czy w danym przypadku bezbolesność wystąpi lub też nie.

Pomijając błędy techniczne i użycie złego przetworu, pod tym względem zupełnie zależnym od przypadku jest chirurg, brak wyniku często bowiem zawisł wyłącznie tylko od osobniczych właściwości chorego, jak to już z tego faktu wynika, że u niektórych osób pomimo kilkakrotnie i zupełnie poprawnie wykonanych wstrzykiwań różnymi przetworami nie udało się wogóle osiągnąć nigdy znieczulenia.

W tych wszystkich przypadkach, gdzie był widoczny dodatni wpływ kokainy, uskarżali się niektórzy chorzy mniejwięcej w 3 minuty po wstrzyknięciu na cierpnienie w nogach, postępujące ku górze; inni zaś doznawali mrowienia i uczucia ciepła. Tym objawom towarzyszył zupełny brak uczucia bólu, stwierdzony zapomocą kłócia wyjałowioną igłą. Dokładniejsze przeprowadzenie badania zależało od stopnia inteligencyi chorego. Bezbolesność postępowała od dołu ku górze tak, że przeciętnie w niespełna 10 minut obejmowała całą przestrzeń, w danym przypadku dostępną. W innych przypadkach występowało to znieczulenie daleko prędzej, tak, że już po 3—5 minutach można było bez bólu operować. Zwykle sięgało znieczulenie aż do pępka, w niektórych przypadkach nieco wyżej, do łuku żebrowego, a nawet w nielicznych razach były miejsca 2 ctm. powyżej brodawek sutkowych, zupełnie na ból nieczułe. Nie spostrzegaliśmy zaś znieczulenia, sięgającego do głowy, jak to niektórzy opisują. Wspomniałem już powyżej o próbach znieczulenia ramion i połączonych z tem niebezpieczeństwach. Zresztą stopień bezbolesności niezawsze był wszędzie jednostajny. Niekiedy znieczulenie na udach było większe, niż na podudziach; rzadziej spostrzegaliśmy wysepkowo znieczulone miejsca wśród przestrzeni oddziaływującej na ból, jak to się zwłaszcza czasami okazywało na kończynach górnych. Czas trwania bezbolesności był rozmaity. Przeciętnie wynosił on około trzy kwadranse; w jednym zaś przypadku operacyi nader powikłanego zapalenia wyrostka robaczkowego trwał z niezmiennem nasileniem $1^1/_2$ godziny. Wogóle wykonano w znieczuleniu zupełnem 7 operacyj, trwających ponad jednę godzinę. Znieczulenie ustępuje zwykle zwolna i to w kierunku od góry ku dołowi.

Uczucie dotyku i ciepła, jakoteż lokalizacya prawie wcale nie doznają zmiany.

Ogólne działanie kokainy na ustrój, względnie objawy zatrucia, przedstawiały się nader rozmaicie. U jednych chorych nie zauważono prawie żadnych objawów zatrucia chyba tylko bardzo nieznaczny, zaledwie 1—2 godzin trwający ból głowy, jakoteż przejściowe podwyższenie ciepłoty ciała do 37^0—$37·5^0$; inni znowu wymiotowali już w kilka minut po operacyi i przez 24 godzin, a jak niektórzy nawet i dłużej, bo i dwa dni sprawiali wrażenie ciężko chorych. Gwałtowne, różnie lokalizowane bóle głowy, nudności, męczące wymioty, dreszcze, gorączka do 40^0 i powyżej, uczucie wielkiego znużenia, jakoteż suchość w ustach, wszystko to składało się na stworzenie groźnego i w początkach naszych doświadczeń wielce zatrważającego obrazu ogólnego zatrucia. Wspomnieć jeszcze należy, że w niektórych przypadkach ciepłota, zanim się podniosła powyżej 39^0 i wyżej, tuż po operacyi spadała do $35·7^0$, a nawet $35·5^0$ i utrzy-

[1]) Spostrzeżenia przeprowadził ze wszystkich przypadków nader skrupulatnie i sumiennie praktykant oddziału, pan Dr. B. Żmigród.

mywała się na tym stopniu przez 1—2 godzin mimo braku jakichkolwiek objawów zapadu. Uczucie ogólnego przygnębienia i osłabienia występowało często tuż po wstrzyknięciu, a towarzyszyły mu rozpływne zimne poty, jak również ogólna bladość. W takich stanach zapadu tętno bywało naturalnie słabe, a liczba jego bardzo wysoka. Wogóle liczba tętna, pomijając przypadki zapadu, bywała w zgodzie ze stopniem ciepłoty, choć u dorosłych rzadko tylko dochodziła do 100 uderzeń na jednę minutę. W znacznej liczbie przypadków ze spadkiem ciepłoty do normy występowało znaczne zwolnienie tętna do 48 uderzeń, utrzymujące się przez 1—2 dni.

Bardzo często dopełniały obrazu zatrucia: obecność zmian naczynioruchowych pod postacią rozszerzenia naczyń, zwłaszcza na kończynach dolnych, wysypki rumieniowe na całem ciele, jakoteż wyprysk na wargach. W wielkiej względnie liczbie przypadków bezpośrednio po wstrzyknięciu pojawiał się szybko zresztą mijający niedowład zwieracza rzyci, — jedyny objaw niedowładu lub porażenia przez nas spostrzegany.

Badanie moczu w żadnym przypadku nie wykazało wybitniejszych zmian, któreby należało odnieść do wstrzykiwania rdzeniowego.

Zależności stopnia ciężkości objawów zatrucia od jakichś znanych czynników nie można było wykazać; oddziaływanie zdaje się wyłącznie zawisło od osobniczego usposobienia pojedynczego chorego. Za tem przemawia już i ta okoliczność, że jakkolwiek wstrzykiwano równocześnie tensam przetwór dwom chorym z takiemsamem cierpieniem, niemal w równym wieku i równie dobrze odżywionym, to oddziaływanie jednakowoż było często u obydwu wprost przeciwne. Również i to zdaje się za tem przemawiać, że niektóre osobniki i przy następnych wstrzyknięciach przedstawiały podobnie ciężkie objawy zatrucia, jak i przy pierwszem. W ogólności jednakże zmniejszała się ciężkość objawów zatrucia z małymi tylko wyjątkami przy każdem dalszem wstrzyknięciu, coby dowodziło pewnego przyzwyczajenia się ustroju do kokainy, — na którą to okoliczność już inni autorowie zwrócili uwagę. Objawy zatrucia trwały rozmaicie długo; bardzo ciężkie ustępowały zwyczajnie już po 24 godzinach, jakkolwiek i te w kilku nielicznych przypadkach, choć ze znacznie mniejszem natężeniem, do ośmiu dni się przeciągały. Objawy zatrucia leczono czysto symptomatycznie, a nawet przeważnie wyczekująco. Zimne okłady na głowę stanowiły niemal jedyny, a dla chorych najprzyjemniejszy środek. Czasami zalecano wdychiwanie azotynu amylowego *(amyl. nitrosum)* z powodu objawów zapadu, pojawiającego się w pierwszym okresie powstrzyknięciu. Poleconego przez Biera na ostatnim kongresie chirurgów w Berlinie, sposobu miernego zaciśnięcia szyi w celu zapobieżenia zatruciu kokainą, skutkiem czego naczynia mózgowe przepełniają się krwią i nie dopuszczają do czaszki cieczy mózgordzeniowej, zawierającej kokainę, nie odważyłem się po doświadczeniach, na sobie samym wykonanych, zastosować u chorych.

W żadnym przypadku nie widzieliśmy trwałego upośledzenia chorych, jakkolwiek jeszcze nie dowiedziono, czy zwłaszcza kilkakrotne nakłócia opon nie wywołają po latach następstw szkodliwych pod postacią zgrubień, zrostów itp.. Jedyny przypadek z mego oddziału, poddany nekroskopii, nie przemawia wprawdzie za tego rodzaju przypuszczeniem. Sprawa dotyczyła chorej, która 48 godzin po wstrzyknięciu *(Invaginatio chron.)* zmarła skutkiem niedomogi serca, nie powstałej jednakże w następstwie zastrzyknięcia kokainy. Otóż sekcya nietylko nie wykazała na oponach żadnego śladu nastrzykania naczyń, lecz nawet zaledwie z trudnością i po długiem poszukiwaniu odnaleziono miejsce wkłócia.

Na podstawie mych doświadczeń dochodzę do następujących wniosków:

1) Kokainizacya rdzenia według Biera w obecnej formie nie potrafi zastąpić uśpienia chloroformowego, ani też nie nadaje się w praktyce prywatnej z powodu grożącego niebezpieczeństwa zakażenia z jednej, a zatrucia i niepewności wyniku z drugiej strony.

2) W wzorowo urządzonych, a głównie zabezpieczonych przeciwko zewnętrznemu zakażeniu zakładach należy dalsze czynić próby powyższym sposobem tak w interesie wiedzy, jakoteż i cierpiącej ludzkości. Nie potrzebuje chyba wyraźnie zaznaczać, że tylko w odpowiednich przypadkach należy sposobu tego używać; w razie zaś ujemnego wyniku mieć inny pod ręką, i mieć go zawsze na przypadek nie udania się znieczulenia.

3) Do sposobu tego nadają się przedewszystkiem operacye na kończynach dolnych i w miednicy. Z laparotomij tylko nieliczne można wykonać w tem znieczuleniu, gdyż, jak wspomniano, znieczulenie przeważnie sięga tylko do pępka. Odpowiednią jest kokainizacya rdzenia przy operacyach wolnych przepuklin, wycięciu wyrostka robaczkowego bez objawów ropienia i t. p. Nie nadają się zaś wcale do tego operacye w jamie brzusznej, gdzie się ma do czynienia z nadmiernem napięciem powłok brzusznych, lub też gdzie jelita okazują skłonność do wypadania, a więc przedewszystkiem w razie wewnętrznej niedrożności. Również nie nadają się do tego i te przypadki, gdzie z jakiejbądź przyczyny rozchodzi się o to, by chory podczas laparotomii pozostawał w zupełnej nieświadomości.

4) Szczególna ostrożność wskazaną jest przy słabej akcyi serca, zwłaszcza wobec zwyrodnienia mięśnia sercowego; również nie odważyłbym się nigdy wykonać nakłócia lędźwiowego u chorych z ogólnem zakażeniem ropnem. W tych przypadkach niebezpieczeństwo samozakażenia jest chyba zbyt groźne.

5) O ile sposób ten może mieć zastósowanie w położnictwie, nie posiadam własnego pod tym względem doświadczenia.

IV. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Najczęściej używanym pokarmem sztucznym dla noworodków jest bezsprzecznie bardzo rozpowszechnione mleko krowie, podawane jako takie, lub pod rozmaitemi postaciami. Mleko krów, podawane jako takie, jest trudno strawne i powoduje częściej niestrawność, zaburzenia w przyroście na wadze, choroby żołądkowo-jelitowe, aniżeli mleko kobiece. Objawy niestrawności powstają dlatego częściej u osesków, karmionych mlekiem krowiem, gdyż ono wiąże więcej kwasu solnego, aniżeli mleko kobiece, czyniąc go przez to bezskutecznym dla naturalnej antyseptyki przewodu pokarmowego. *(Boas l. c.)*. Niebezpieczeństwo to grozi już do pewnego stopnia oseskowi zdrowemu przy użyciu mleka krowiego; w znacznie większym zaś stopniu oseskowi źle trawiącemu, który wytwarza mniej kwasu solnego. Badania Bauera i Deutscha wykazały, że u osesków zdrowych w pierwszych miesiącach życia, w początku trawienia kwas mlekowy stoi na pierwszym planie; w drugiej połowie pierwszego roku, z końcem trawienia znajdujemy odsetkowo tyle kwasu solnego wolnego, co u dorosłych. U osesków z chorobami żołądkowo-jelitowemi nie można było wykazać wolnego kwasu solnego, a związany był zredukowany do najniższego stopnia; natomiast kwas mlekowy i masłowy znajdują się w większej ilości, a kwas octowy niekiedy w mniejszej ilości. Wolny kwas solny znajdowano niekiedy w przypadkach choroby jelita cienkiego lub grubego. W chorobach dróg oddechowych ilość wolnego kwasu solnego zależy od ciepłoty ciała; przy ciepłocie podniesionej brak wolnego kwasu solnego, a po ustąpieniu gorączki zaraz się pojawia. W niewyrównanych wadach serca niema wolnego kwasu solnego, a w chorobach nerwowych bez napadu są warunki prawidłowe, po napadach znika wolny kwas solny. De Jager uważa zaburzenia w trawieniu u oseska za identyczne z zaburzeniami w tworzeniu kwasu mlekowego skutkiem nieodpowiedniego pokarmu, lub skutkiem dostania się obcych drobnoustrojów do żołądka. Upośledzone kiśnienie kwasu mlekowego powoduje zaburzenia w wchłanianiu soli, a szczególnie fosforany ziemne nie ulegają rozpuszczeniu, a temsamem wapno nie jest wchłonięte i krew staje się słabo alkaliczna. Bez ściślejszego dowodu uznaje Jager chorobę Barlowa i krzywicę za zatrucie chemiczne kwasem. Söldner sądzi, że połączenie wapna z sernikiem w mleku krowiem jest połączeniem obojętnem z 1,55 CaO. Sernik mleka krowiego wiąże część istniejącego tlenku wapna tak, iż należy sernik uważać za połączenie obojętne białka z tlenkiem wapna; prócz tego zawiera mleko nierozpuszczalny dwu- i trójfosforan wapniowy, a mianowicie połowa fosforu zawartego w mleku znajduje się w zawiesinie, jako nierozpuszczalny dwu- i trójfosforan wapniowy. Badania te tłómaczą nam zbitość strątów (Labgerinnsel), gdyż one zawierają dużo nierozpuszczalnych połączeń wapniowych, podczas gdy, jak przypuszczać można, w mleku kobiecem ich brak.

Znakomite badania Pasteura nad uwolnieniem mleka od zarodków chorobotwórczych znalazły praktyczne zastósowanie w pracy Soxhleta, który w roku 1886 podał konstrukcyę przyrządu do wyjaławiania mleka w domu. Walka o byt, lub stan zdrowia matek, zbyt często nie pozwala na dostarczanie tak korzystnie na ustrój oseska wpływającego mleka kobiecego, które starano się w najrozmaitszy sposób zastąpić przetworem, któryby składem chemicznym i własnościami fizyologicznemi najbardziej do mleka matki był zbliżonym.

Obecnie, po omówieniu rozmaitych przetworów, wypada zastanowić się nad najczęściej obecnie używanymi; tu należą: mleko krowie wyjałowione i t. zw. mleko Gärtnera.

Mleko wyjałowione, jakkolwiek bardzo często stósowane, doznało ze strony licznych autorów ostrej krytyki, szczególnie od czasu, kiedy Flügge wykazał, że mleko wyjałowione w przyrządzie Soxhleta nie jest wolne od drobnoustrojów. Mleko gotowane przez $^3/_4$—1 godziny w przyrządzie Soxhleta nie jest zdaniem jego wyjałowione i należy je po zagotowaniu szybko ochłodzić. Mleko pozornie tylko prawidłowe może już być tak zmienione, że najdokładniejszem wyjałowieniem nie można go wyjałowić. Flügge zaleca przeto następującą modyfikacyę metody Soxhleta: Do garnka nalewa się tylko jeden litr wody zimnej i jeżeli się zauważy, że przez otwór, w pokrywie zrobiony, uchodzi para, gotuje się wodę jeszcze przez dziesięć minut. Następnie wyjmuje się flaszki i umieszcza je w ciepłocie 18—20°; jeżeli ciepłota wynosi 22°, należy flaszki z mlekiem nieużyte po dwunastu godzinach jeszcze raz gotować w łaźni wodnej przez pięć minut. Badania i wyniki Flüggego należy uważać za potwierdzenie wyników, otrzymanych przez Biederta, że pozostawienie mleka w garnku i uniknięcie zakażenia przez zetknięcie się, są najważniejsze rzeczy w postępowaniu Soxhleta, a zaprzeczają Heubnerowi, który uważa drobnoustroje, dostające się do ust, żołądka i jelit, za nieszkodliwe. Zapatrywania Flüggego doznają zaprzeczenia ze strony Baginskyego, gdyż wyniki, przezeń otrzymywane przy zastósowaniu przyrządu Soxhleta w pierwszym roku w szpitalu jego, były bardzo dobre; śmiertelność z 78.9 spadła na 69.5. Że mleko przez zwykłe gotowanie w łaźni wodnej nie ulega zmianom w swym składzie, dającym się drogą chemiczną wykazać, udowodnił Bendix, gdyż dopiero kilkakrotne ogrzewanie do 100° sprowadza utratę białka i tłuszczu, a mleko to następnie mimo kilkomiesięcznego przechowania nie ulega zmianie. Badania te, połączone z badaniami przemiany materyi, wykazały, że podając dziecku zdrowemu mleko gotowane lub wyjałowione, nie widzimy żadnej różnicy w wyzyskaniu azotu lub tłuszczu na korzyść jednego lub drugiego gatunku mleka; niema więc różnicy pod względem trawienia i chłonienia między mlekiem wyjałowionem, a niewyjałowionem. U dzieci chorych z upośledzonem trawieniem wynik jest ten sam. Zapach i smak po wyjałowieniu są zmienione, ale dobre, a dzieci piją równie chętnie mleko wyjałowione, jak i gotowane. Objawy szkodliwe ze strony przewodu pokarmowego nie występują nigdy po mleku wyjałowionem. Stan ogólny, przyrost na wadze, łaknienie i stolce są prawidłowe, wymiotów nie bywa. Ponieważ znamy niebezpieczeństwa przenoszenia się chorób przez mleko, powiada Bendix, należy w każdym przypadku sztucznego karmienia zalecać mleko wyjałowione, a dla pewności zniszczenia bakteryj i ich zarodników poleca wyjaławianie, a nie pasteuryzowanie. Fournier u dzieci kiłowatych w braku pokarmu kobiecego radzi podawać mleko wyjałowione.

Kramsztyk, w razie braku przyrządu do wyjaławiania, radzi mleko zagotować i przechować w tem samem naczyniu, a po dwunastu godzinach należy mleko to powtórnie zagotować. Wyniki badań swych streszcza Kramsztyk w zdaniu, że bardzo ważnym czynnikiem przy sztucznem karmieniu jest sposób karmienia krów i czyste ich utrzymywanie, a potem dopiero wyjałowienie mleka. Pasteuryzacya mleka, według autorów francuskich, nie wystarcza. Freemann zaś zaleca pasteuryzacyę mleka, by w ten sposób uniknąć zmiany jego składu chemicznego. (W tym celu podaje konstrukcyę nowego przyrządu). Badania jego wykazały, że prątki chorobotwórcze, jak prątek błonicy, cholery, duru, gronkowce i łańcuszkowce, *bacterium coli commune*, dodane do mleka, przez ogrzanie do ciepłoty 75° stają się nieszkodliwe. Mleka tak pasteuryzowanego nie należy atoli używać po upływie 24 godzin. Badania Feera wy-

kazały, że mleko wyjałowione w przyrządzie Soxhleta ma dobry smak, nie potrzebują się zatem producenci mleka wyjałowionego obawiać, że mleko dobrze wyjałowione straci swój dobry smak. Łatwiej wyjałowić mleko krów, karmionych paszą suchą, aniżeli karmionych trawą świeżą. Koplik radzi nie ogrzewać mleka przy wyjałowieniu ponad 90°, gdyż mleko się zmienia i następuje upośledzenie odżywienia. Równie jak Kramsztyk zaleca Auerbach czystość stajen i suchą paszę; badania bowiem bakteryologiczne dla stwierdzenia jałowości wykazały, że *proteus vulgaris, bacterium coli i bact. acidi lactici* są mniej odporne na wpływ gorąca i już po jednorazowem zagotowaniu ulegają zniszczeniu. Przeciwnie zarodniki niektórych prątków bezpowietrznych *(anaërobionten)* i bakteryj peptonizujących Flüggego, żyjących na powietrzu, rozwijają się dalej; te ostatnie dostają się do mleka z kałem płynnym, występującym u zwierząt po podaniu paszy zielonej. Mleko tych krów trudniej wyjałowić; należy je centryfugować, następnie przed podaniem przez dziesięć minut gotować, potem ochłodzić i przechowywać najwyżej w ciepłocie 18° C, a zużyć w przeciągu 12 godzin. Jeżeli ma być dłużej przechowywane, powinno się gotować we flaszkach szczelnie zamkniętych przez 25 minut. Ważność podawania paszy suchej widzi Auerbach nie w jednostajności mleka co do składników chemicznych, lecz w usunięciu bodźców kiśnienia, a szczególnie w braku *bacillus butyricus,* działającego szkodliwie na jelita osesków. Ażeby mleko zupełnie wyjałowić, często nie wystarcza 40, lecz 80 minut. Niektórzy autorowie sprzeciwiają się karmieniu mlekiem wyjałowionem, jako szkodliwem dla ustroju dziecka. I tak Starck w Kilonii spostrzegał 16 przypadków choroby Barlowa przy użyciu mleka wyjałowionego, gdy zmiana pokarmu na mleko świeże sprowadzała wyzdrowienie. Już Baginsky wykazał zmianę mleka przy wyjałowieniu, a mianowicie zmianę sernika względem zaczynu podpuszczkowego, rozkład cukru mlekowego, nukleiny i lecytyny; smak mleka się zmienia, cukier ulega karamelizacyi, białko się strąca. Stark uważa ciągłe podawanie mleka wyjałowionego w rozmaitych postaciach za przyczynę zaburzeń w odżywianiu, sprowadzającą niedokrewność, krzywicę i gnilec, a czyni odpowiedzialnemi zmiany fizyczne i chemiczne i ciągłą jednostajność (!?) pokarmu. Nie tłómaczy jednak, dlaczego jednostajność pokarmu kobiecego zmian tych nie sprowadza. Zaleca przeto czyste, świeżo zagotowane mleko, jako równie dobry pokarm, jak mleko wyjałowione, bez jego stron ujemnych. Stopień i czas trwania ogrzewania mleka zależy od jego jakości i od możliwości przechowywania. W rozprawach nad tym odczytem Starka, wygłoszonym w Düsseldorfie, Heubner i Meinert stanęli po stronie mowcy, zaś Ranke, d'Espine i Escherich nie widzieli złych skutków przy używaniu mleka wyjałowionego. Barton widział gnilec tylko przy zupełnem wyjałowieniu, podczas gdy mleko częściowo wyjałowione jest nieszkodliwe; poleca przeto częściowe wyjałowienie mleka. Winter jednak nie daje pierwszeństwa częściowemu wyjałowieniu przed zwykłem wyjałowieniem, jeżeli użyjemy odpowiedniego czasu na wyjałowienie, a za najlepszą metodę uważa ogrzanie mleka na kilka sekund do 125—130° C., przyczem mleko nie ulega zmianie i nie tworzy się karamel. Dla praktycznego zastósowania wystarcza ogrzanie od 100—102° przez 20—30 minut. De Jager odnosi najcięższe zaburzenia do mleka wyjałowionego, gdyż bakterye kwasu mlekowego giną, a one są w stanie wstrzymać inne kiśnienia. Upośledzone kiśnienie kwasu mlekowego powoduje zaburzenia w chłonieniu soli, szczególnie fosforany ziemne nie ulegają rozpuszczeniu, a temsamem wapno nie ulega chłonieniu i krew staje się mało alkaliczna. Zaburzenia w trawieniu, zdaniem jego, nie należy przeto leczyć mlekiem wyjałowionem, lecz pokarmem, zawierającym dużo kwasu mlekowego. Bez podania ściślejszego dowodu uznaje F. chorobę Barlowa i krzywicę za zatrucie chemiczne kwasem. Dlatego też poleca przyrządzenie pokarmu w następujący sposób: Jeden litr mleka masłowego (Buttermilch) po dodaniu 12 grm. mąki pszennej lub ryżowej, ogrzewa się aż do wrzenia przy ustawicznem mięszaniu; po dodaniu cukru mlekowego usuwa się mięszaninę z ognia i dodaje na koniec noża masła. Biedert kładzie nacisk na rodzaj paszy i czyste utrzymywanie mleczarń, jako ważniejsze, aniżeli gotowanie w Soxhlecie, które nie niszczy wszystkich drobnoustrojów, a działa skutecznie przez oddzielenie każdej porcyi w osobnej flaszce; zupełne zamknięcie flaszek bez dostępu powietrza jest zbyteczne. Połowicze wyjałowienie nie wystarcza. Proponuje wreszcie Biedert utworzenie stacyi badania stosunków mleczarń, środków polecanych dla karmienia niemowląt, przemiany materyi itp., w którychby sprawy sporne badano naukowo i w ten sposób możnaby uzyskać jednolite postępowanie przy sztucznem karmieniu. Carstens zaleca mleko zagotowane w czystych naczyniach, lub wyjaławiane krótko (przez 10 minut) w domu, jako lepsze, niż mleko fabrycznie wyjaławiane; nie należy podawać wyłącznie mleka wyjałowionego poza dziesiąty miesiąc życia. Przez cedzenie przez płótno mleko się zanieczyszcza. Nie powinno się wydawać mleka wyjałowionego, póki nie przeprowadzono próby na dwu flaszkach. Troitzky wykazał, że mleko przez wyjałowienie nie traci na wartości odżywczej, dzieci piją je chętnie i przybierają na wadze, a wreszcie jest ono gorszą pożywką dla drobnoustrojów, niż mleko surowe. Metoda wyjaławiania Flaaka, zastosowana przez Blasiusa i Beckurthsa polega na tem, że mleko od 350—400 krów mięsza, centryfuguje i ogrzewa się przepływającą parą wodną od 102—103° C., nalewa we flaszki, zatyka i poddaje tej ciepłocie przez $1\frac{1}{2}$ godziny. Przez samo centryfugowanie mleko chemicznie i fizycznie się nie zmienia, ale oczyszcza się z zarodników; zmianę chemiczną sprowadza wyjałowienie, gdyż całe białko zamienia się w pepton. Gernsheim na podstawie badań nad mlekiem wyjałowionem sądzi, że w przyrządach z pojedynczemi flaszkami łatwiej można uzyskać jednostajne rozmieszczenie tłuszczu w mleku, aniżeli przy innym sposobie przechowania. Mogą tu jednak zachodzić znaczne różnice w pojedynczych porcyach, których uniknąć można przez zmięszanie mleka przed nalaniem do flaszek i natychmiastowe napełnienie flaszek. Przy przechowywaniu mleka w garnku Biederta pojedyncze porcye mleka miałyby rozmaitą ilość tłuszczu, czego uniknąć można przez odpowiednie mięszanie mleka, mianowicie mięszając mleko silnie i okrężnie w płaszczyźnie równoległej do ziemi, w napełnionym do połowy garnku. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). **Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen.** Lipsk, 1900 8° str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

Przyczyny ostrych psychóz są dwojakie, tj. nagodne i usposobiające. Do pierwszych należą wszystkie te czynniki, które osłabiają ustrój, a więc utrata krwi przez *menstruatio nimia,* ciąża, połóg, karmienie, przesadne leczenia jarskie i skierowane przeciw otyłości, długotrwały nieżyt żołądka, ustawiczne troski, wywołujące bezsenność i brak łaknienia, wreszcie ostre choroby, zwłaszcza zaś grypa, która sprowadza szybko zmniejszenie się ciężaru ciała. Z tej etyologii wynika, że większość psychóz ostrych stanowi psychozy z wyczerpania sił ustroju. Te nagodne przyczyny same, jako takie, nie sprowadzają zwykle psychóz, lecz tylko wtedy, gdy osobnik ma do nich usposobienie, czyli skłonność, która może być wrodzoną lub nabytą. Wrodzoną skłonność zwiemy obciążeniem dziedzicznem, które jednak może istnieć, a mimo to osobnik nie zapadnie na żadną psychozę. W. zauważył, że często u przodków tych chorych, którzy zapadli na ostrą psychozę, była gruźlica. Rokowanie

w psychozach ostrych nie zależy od obciążenia dziedzicznego, lecz od postaci psychozy. Skłonność nabyta polega zwykle na anatomicznych zmianach mózgu, n. p. na wodogłowiu wewnętrznem, dalej na przebytem w wieku dziecięcym zapaleniu opon mózg., na urazie głowy, połączonym z wstrząśnieniem mózgu, na przewlekłych zatruciach zwłaszcza wyskokiem, wreszcie na pewnej mniejszej odporności okresu pokwitania, wieku przejściowego i starości.

Biorąc czynniki etyologiczne za podstawę podziału psychóz, możemy mówić o psychozach ostrych alkoholowych, do których należy obłęd opilczy. Ostrzejszą jeszcze psychozę alkoholową stanowi stan patologicznego upojenia, przedstawiający bardzo ostrą alopsychozę z alopsychiczną dezoryentacyą i sennymi omamami. Chory widzi się we fantastycznej sytuacyi groźnej, która wywołuje nader silny afekt, odróżniający stan ten od obłędu opilczego. Stan ten trwa kilka godzin, kończy się głębokim snem, a następnie niepamięcią z czasu trwania psychozy. Takie stany mogą wystąpić już po jednorazowem zatruciu alkoholem, albo i bez zatrucia przy skłonności do psychóz (stan afektu patologicznego). Do psychóz, występujących często na tle alkoholizmu należą także *halucinosis acuta*, psychoza polineurytyczna i psychozy lękowe. Tak zwane urojenie niewiary małżeńskiej pijaków przedstawia częściową autopsychozę wskutek myśli nadwartościowej. Otrętwienie alkoholowe *(stupor alcoholicus)* odznacza się śpiączką i wogóle objawami właściwymi dla guzów mózgu, a wywołane jest przez wodogłowie wewnętrzne. Zauważa się tu zaburzenia w chodzie, ogólną sztywność mięśni i mierne zwolnienie tętna. Wyleczenia możliwe przy zaprzestaniu nałogu, w przeciwnym razie przechodzi choroba w stan defektu. Niedowład rzekomy *(pseudoparalysis)* spostrzega się po dłużej powtarzanych silnych wybrykach *in Baccho*. Ostra ta psychoza odznacza się objawami poraźnymi w mowie i zakresie innych nerwów mózgowych, podobnie jak w obłędzie opilczym, prócz których mogą istnieć objawy schorzenia sznurów rdzenia, nierówność i nieruchomość źrenic. Sama psychoza ma zrazu cechy manii, później zbliża się swym obrazem najbardziej do ostrej halucynozy, lecz z objawami lęku, czasowo zaś z alopsychiczną dezoryentacyą i cechami niedołęztwa. Obraz ten o zmiennem nasileniu może trwać przez lata i skończyć się zupełnem ozdrowieniem, jednak nieraz z pozostawieniem średnioznacznego defektu. Objawy rdzeniowe nie ustępują wcale. Napady omdlenia, jakie w przebiegu choroby występują, utrudniają znacznie odróżnienie tej formy od właściwego niedowładu postępującego.

Psychozy z nadużycia równocześnie morfiny i kokainy odznaczają się fizycznem urojeniem prześladowczem, szybko się uogólniającem i kombinowanymi omamami skóry tak, że się chorym zdaje, iż skóra ich porośnięta jest pleśnią, grzybami lub włosami. Do psychóz alkoholowych najbardziej podobne są psychozy z zatrucia przewlekłego ołowiem lub arszenikiem.

Do psychóz odziedziczonych należą postacie, polegające na doznawaniu myśli przymusowych, nerwice i psychozy z myślami przymusowemi, często także i nerwica hipochondryczna. Obłęd gorączkowy *(delirium febrile)* występuje bardzo często u obciążonych dziedzicznie, dalej pewne chorobowe popędy (stany graniczące ze zdrowiem umysłowem a obłąkaniem) u osób zresztą zdrowych, polegające nieraz na sugestyi, np. popęd samobójczy w pewnych rodzinach; w rodzinach obciążonych spotyka się także inne popędy, np. popęd do kradzieży w okresie regularności, zaburzenia popędu płciowego i inne. Z innych psychóz, które powstają najłatwiej na tle dziedzicznego obciążenia, należą tu wszystkie psychozy przemijające *(ps. transitoriae)* łącznie z upojeniem patologicznem, dalej autopsychoza moralna i postać pierwotnego niedołęztwa, nagabująca ciężko obciążone dzieci w okresie pokwitania. Jakkolwiek psychozy, występujące na tle dziedzicznem, mogą przebiegać w ciężkich postaciach, to jednak zwykle przebieg ich bywa łagodniejszy, a mają tylko skłonność do nawrotów.

Padaczka wywołuje cały szereg psychóz: do nich należą najczęściej stan zamroczenia, tj. zajęcie sensoryum z zupełną alopsychiczną dezoryentacyą, potęgującą się nieraz do asymbolii, której towarzyszy zwykle prawdziwa abulia. Czasem podejmuje chory czyny gwałtowne pod wpływem sennych omamów. Stany zamroczenia padaczkowego są krótkotrwałe, rzadko dłużej niż dzień, występują przeważnie po napadzie, rzadziej przed nim, lub w postaci równoważników. Po ustaniu tych stanów istnieje u chorego albo zupełna niepamięć, lub pamięć formalna. Napady szału padaczkowego przedstawiają się jako bezwiedne rzucanie się na oślep człowieka, broniącego się przed urojonem niebezpieczeństwem; są one krótkotrwałe (do $1/2$ godziny). W przeciwieństwie do nich są inne stany zamroczeń z popędem do ruchów, które trwają nieraz przez kilka tygodni, a odróżniają się od obłędu opilczego między innemi dobrze zachowaną zdolnością zapamiętania. W stanach przeważającego zamroczenia spostrzega się objaw zwany *perseveratio* (Neisser), który polega na tem, że chory z upodobaniem odpowiada tem samem słowem na kilka po sobie zadanych mu pytań (jak ci na imię? — Józef, — ile masz lat? — Józef — itd.). Po napadach padaczkowych pozostaje nieraz stan umysłowego wyczerpania, czyli otrętwienie *(stupor)* popadaczkowe. W przebiegu padaczki występują często ciężkie sensoryczne psychozy z dezoryentacyą, fantastycznem urojeniem grożącego niebezpieczeństwa i niemal zawsze z urojeniem wielkości, oraz objawami hiper- i parakinetycznych psychóz ruchowych. Występują one zwykle po napadach i trwają do kilku tygodni. Zatem przebieg psychóz na tle padaczki bywa szybki i kończy się ustąpieniem ich, zarazem istnieje skłonność do nawrotów. Padaczka, powikłana z temi psychozami, prowadzi bardzo prędko do zupełnego zniedołężnienia.

Psychozy histeryczne zbliżają się do padaczkowych, a to o tyle, o ile zwłaszcza u histeroepileptycznych osób odznaczają się stanami zamroczenia, w których uderza nie tyle zajęcie sensoryum, ile zupełna alopsychiczna dezoryentacya. Zachowanie się tych chorych odpowiada zupełnie ich sennym i pełnym afektu sytuacyom. Obłęd histeryczny stanowi samoistną psychozę ostrą z popędem czuciowym do ruchów, zupełną alopsychiczną dezoryentacyą, hipermetamorfozą i znacznem rozprzężeniem myśli (inkoherencyą), omamami dotyku, fonemami, wreszcie ogólnem drżeniem mięśni, objawami w zakresie sznurów bocznych rdzenia, cielesnym zapadem i często śmiercią po upływie kilku tygodni. Czasem występują objawy hipochondryczne. Katalepsia hysterica jest krótkotrwałą akinetyczną psychozą ruchową z silnem zajęciem sensoryum i sądząc po zachwycie malującym się na twarzy, z omamami treści zachwytu religijnego. Stany tego zachwytu mogą się powtarzać i wywołać stan zupełnej, ciągłej nieruchomości, mogą atoli przejść w stan zupełnego zdrowia. Prócz tych ostrych psychóz zdarzają się postacie mięszane i przejściowe między zwyrodnieniem histerycznem a przewrotnością charakteru z poszczególnymi objawami umysłowymi. Stany te spostrzega się dość często u prostytutek w wielkich miastach. Prócz psychóz opisanych pod nazwą „stanu drugiego" zdarzają się u histerycznej młodzieży szkolnej krótkie, do kilku godzin trwające psychozy o obrazie podobnym do lęku nocnego dzieci, lub do łagodnych poronnych postaci psychozy lękowej. Te krótkie psychozy bywają poprzedzone bólem głowy, biciem serca, omdleniami, a przyczyną lęku bywa tu niemal stale niedomoga nerwów przeponowych. Podstawą dla tych psychóz bywają osłabienia przez nadmierne uczenie się, bezsenność itd. Częstsze od psychóz są nerwice histeryczne. Rozpoznanie choroby polega na wykazaniu tła histerycznego. Histeroepilepsia, przebiegająca z psychozami, może, lecz nie tak łatwo jak padaczka, sprowadzić zniedołężnienie.

Psychozy wieku pokwitania zwiemy *hebefrenicznemi*,

do których należy *autopsychosis expansiva hebephrenica* pod obrazem pomięszania (stanu paranoicznego) z szybkiem zniedołężnieniem; dalej akinetyczne psychozy ruchowe i hipochondryczne psychozy lękowe. Cechą tych wszystkich psychóz jest nie tyle rys dziecinnego niedołęztwa, ile raczej skłonność do niepomyślnego zejścia, względnie do nawrotów choroby, a przy przebiegu przewlekłym do okresowych zaostrzeń.

Z psychóz starczych ważną jest opisana już presbyofrenia i zaduma z przejściem w psychozę lękową. Często poprzedza je napad udarowy. Psychozy wieku przejściowego, najczęściej lękowe, mają zwykle niepomyślne zejście. Psychozami, będącemi w związku z miesiączkowaniem, bywają hiperkinetyczne psychozy ruchowe, mania z zamięszaniem i postacie manii mięszane. Rokowanie w tych zaburzeniach jest dość pomyślne. Z psychóz połogowych najczęstszą bywa hiperkinetyczna ruchowa psychoza, rzadziej akinetyczna. Zwykle bywają one ciężkie i jeżli ustrój jest wyczerpany połogiem, karmieniem, gorączką, bolesnem zapaleniem gruczołu sutkowego itd., kończą się niepomyślnie. Do psychóz symptomatycznych, tj. występujących na tle chorób cielesnych, np. chorób serca, nerek i t. d. zaliczamy psychozy lękowe, które ustępują wraz z cierpieniem podstawowem. Co do zejścia psychóz wogóle, to wedle statystyk zakładów leczniczych (a nie wyłącznie pielęgnujących chorych na cierpienia przewlekłe) śmiertelność wynosi z psychóz $10^0/_0$; prócz tego zejścia śmiertelne zachodzą wskutek samobójstwa. W ostrych psychozach śmierć następuje wskutek samej sprawy chorobowej, wreszcie wskutek wyniszczenia przez bezsenność, jadłowstręt, niepokój ruchowy i choroby cielesne przypadkowe oraz przyranne. W ostrych i podostrych psychozach wyleczenie zupełne stanowi $30^0/_0$ przypadków. Reszta przypadków obejmuje wyleczenie z psychozy, połączone ze stałym defektem, względnie z przejściem w stany przewlekłego pomięszania stałego, lub dalej jeszcze postępującego. Stany pomięszania stałego przewlekłego mogą okazywać dwie postacie: albo pozostają po przebyciu ostrej psychozy pewne jej objawy, tj. zwykle fonemy i urojenia odnoszące, które uniemożliwiają uzyskanie świadomości choroby, — tak zwane stany *hallucinosis residuariae,* — albo psychozy przewlekłe przebiegają pod obrazem końcowego okresu ostrej psychozy, która je wywołała. Te ostatnie odznaczają się zafałszowaniem świadomości. Chorzy ci nie mogą być przez nas zrozumieni, choć myślą logicznie; używają oni wyrażeń niewłaściwych dla oddania swych myśli, tworzą nowe wyrażenia techniczne pod wpływem głosów (fonemów) itd.

Zejście psychóz w stan defektu nazywamy niedołęztwem, które, co do stopnia swego, może być albo tylko przytępieniem umysłu *(Schwachsinn)* lub zupełną tępotą *(Blödsinn).*

Niedołęztwo może być nabyte i wrodzone. Wrodzone *(idiotismus)* lub bardzo wcześnie nabyte w wieku dziecięcym przedstawia, według Emminghausa, trzy stopnie: idyotyzm o rozwoju umysłu pierwszego dziecięctwa; połowiczy idyotyzm o rozwoju umysłu późniejszego dziecięctwa i głupowatość *(imbecillitas)* o niezdolności rozwinięcia się umysłowego ponad stan w wieku pokwitania. Niedołęztwo nabyte mierzymy stopniem utraty wiadomości zwykłych, jakie dany człowiek posiadać powinien stosownie do swego wykształcenia. Braki w zdolności sądzenia, o ile one nie odnoszą się do urojeń i innych zasadniczych psychóz, dozwalają wnosić o niedołęstwie, np. gdy chory w stanie przytomnym nie umie uznać nieprawidłowego zachowania się innych chorych obłąkanych za chorobowe. Często uderza u zniedołężniałych zmniejszenie się zapasu pojęć i brak wyróżniania pojęć pokrewnych, np. nieodróżnianie pojęcia jeziora od pojęcia stawu, drzwi od bramy, muru od ściany i t. d. Zachowanie się czynności świadomości sprowadza u nich wypadnięcie ruchów początkowania, a stąd zupełną bezczynność. Te objawy intrapsychicznej akinezy zdarzają się, jak wiemy, w zadumie z przygnębieniem, od której nieraz trudno odróżnić niedołęztwo. Zupełna tępota umysłu odznacza się także znacznem upośledzeniem zdolności zwracania uwagi na zjawiska zewnętrzne. Niedołęztwo umysłu może być wywołane prócz ostrych psychóz przez uraz głowy, połączony z wstrząśnieniem mózgu, lub uraz nawet słabszy, lecz godzący w głowę człowieka dziedzicznie obciążonego; dalej przez organiczne choroby mózgu, jak stwardnienie rozsiane *(sclerosis disseminata),* kiła mózgu, zapalenie opon mózgowych, udary mózgowe. Przytoczone postacie niedołęstwa przedstawiają właściwie klinicznie odrębne postacie psychóz, które przeważnie przechodzą w zupełne stępienie. Niedołęztwo poraźne *(dementia paralytica)* odznacza się zmianą charakteru na mniej złożony, więcej pierwotny, zatem dziecinny, kierujący się osobistemi pobudkami zmysłowemi. Zmiana ta charakteru ma za podstawę wypadnięcie czynności kojarzenia przez zanik pierwiastków mózgowych, a nie jak w manii przez nadmiar kojarzenia przy niwelacyi wyobrażeń.

Zmieniony charakter porażonego zdradza się w mowie i działaniu, które cechują niedołęztwo; tak np. chory, zajmujący jeszcze urząd, przechwala się przekupstwem i t. d., nie myśląc o tem, że te przechwałki mogą zachwiać jego stanowisko, lub wyrażając na ulicy kobiecie swą miłość, używa do tego skróconego spososobu, t. j. pokazuje jej swój członek, lub rozbiera się do naga i tłómaczy to tem, że i dzieci rozbierają się, a nie myśli o tem, że sam już nie jest dzieckiem, lub mieni się być bogiem a całuje pokornie rękę lekarza. Takie niedorzeczne zachowanie się i czynności objawia porażony nawet we wczesnych okresach przy zachowanej jeszcze rozwadze, lub w okresie manii poraźnej. Do cech niedołęztwa poraźnego należy jeszcze uderzająca bezczynność i milkliwość, oraz pewien wyrównany, pozbawiony ożywienia, czasami tylko pusto wesoły wyraz twarzy. Niedołęztwo poudarowe jest następstwem zaniku mózgu po udarach. Niedołęztwo padaczkowe odznacza się drażliwością, niezgodnością, skłonnością do gwałtów i napadów wściekłości, obok pozornej zresztą świętoszkowatości. Utrata pojęć bywa tu bardzo znaczną tak, że przy wyborze słów zdarzają się nieraz objawy parafatyczne. Niedołęztwo alkoholowe odznacza się cechami przewlekłego alkoholizmu, stępieniem uczucia, a później znaczną utratą najpospolitszych wiadomości. Niedołęztwo hebefreniczne wyróżnia się stanem umysłu, odpowiadającym rozwojem swoim rozwojowi umysłu w wieku pokwitania. Chorzy ci odznaczają się dziecinnem zachowaniem się, leniwem myśleniem i bezmyślnemi odpowiedziami tak, że jedno i to samo pytanie raz potwierdzają, drugi raz zaprzeczają. Przy badaniu ich uderza trudność zwrócenia ich uwagi. Niedołęztwo starcze sprowadza ogólne stępienie umysłowe, sobkostwo i skąpstwo, brak współczucia dla innych, czasami wykroczenia niemoralne. Nad tymi objawami góruje utrata zdolności zapamiętania i utrata pamięci zdarzeń z niedawnej przeszłości, przy dobrze nieraz zachowanej pamięci zdarzeń z odległej przeszłości. Czasem pojawia się skłonność do konfabulacyi; tym objawom towarzyszą drżenie starcze, upośledzenie chodu, zanieczyszczanie się moczem i kałem z powodu niedomogi zwieraczy. Okresowo pojawiają się napady rzekomo udarowe w postaci omdleń lub śpiączki bez następowych porażeń połowiczych. Przyczyną choroby jest zanik mózgu.

Dzieło kończy się krótkiemi uwagami o zatajaniu (dysymulacyi) i udawaniu (symulacyi) obłąkania, zestawieniem celów leczenia w zakładzie (celami tymi są: 1) czuwanie nad chorymi, by sobie krzywdy nie zrobili; 2) ustawiczna opieka lekarska; 3) pielęgnowanie poczucia ludzkiego przez przykład ze strony innych chorych, którzy zrana wstają z łóżka, myją się czeszą, jedzą i t. d.; 4) możność odosobnienia chorego w razie choroby i 5) możność właściwego zastósowania środków przymusowych); wreszcie ogólnemi uwagami, tyczącemi się przyszłego ugruntowania psychóz

na podstawach anatomo-patologicznych. Znakomite to dzieło, będące owocem 15-letniego doświadczenia autora, opartego na spostrzeganiu 5.000 przypadków, objaśniane licznymi przykładami kazuistycznymi, powinno znajdować się w każdym księgozbiorze lekarza praktycznego, albowiem jest ono zdolne oddać mu w życiu praktycznem nieocenione usługi.

VI. Wyciągi.

Kister i Köttgen. **O wykrytych przez Danysza prątkach chorobotwórczych dla szczurów** *(Dts. med. Wochs.* 1901, Nr. 18). Przed rokiem opisał Danysz wykryte przez siebie prątki, podobne do prątka okrężnicy *(b. coli)*, które działały w 5—12 dniach zabójczo na szczury. Próby, podjęte w kanałach paryskich, przekonały Danysza, że padłe szczury służą za żywność pozostałym, i że tą drogą szerząca się zaraza szybko doprowadza do wytępienia tych zwierząt. Sprawa ta może mieć nie małe znaczenie zapobiegawcze zwłaszcza w dobie obecnej, gdy Europie zagraża dżuma, szerząca się, jak wiadomo, najprędzej przez szczury. Z tego powodu podjęli autorowie doświadczenia z prątkiem Danysza i sprawdzili, że rzeczywiście szczury padają w 5—7 dni po spożyciu czystej hodowli prątka, lub pokarmów nią zakażonych; że następnie zaraza łatwo się szerzy między szczurami i to w ten właśnie sposób, jaki opisał Danysz. Jeżeli bowiem usunie się z klatki, zawierającej szczury, sztuki sztucznie zakażone natychmiast, skoro tylko padną, wówczas reszta szczurów pozostaje zdrową, w przeciwnym razie także wkrótce (bez sztucznego zakażenia) — pada. Aby utrzymać jadowitość prątka Danysza, nadają się najlepiej hodowle na agarze (mniej nadaje się pożywka bulionowa, zalecana przez Danysza). Dalej stwierdzili autorowie, że prątek Danysza jest nieszkodliwy dla drobiu i zwierząt domowych, że morfologicznie jest zupełnie niepodobny do prątka moru, wreszcie, że nie wywołuje zmian anatomicznych, któreby mór mogły przypominać. Szczegóły te miały wagę ze względu na rozróżnienie samoistnego padania szczurów wskutek moru od sztucznie wywołanej w celach zapobiegawczych zarazy. *C.*

Iwanoff. **O zmianach pasorzytów zimniczych w czasie leczenia błękitem metylenowym.** *(Dts. med. Wochs.* 1901, Nr. 18). Iwanoff stwierdził, że błękit metylenowy wpływa zupełnie inaczej na pasorzyty zimnicze, niż chinina; i tak w trzeciaczce działa on głównie na protoplazmę pasorzytów, gdy chinina na jądra (chromatynę); w zimnicy złośliwej (podzwrotnikowej) zaś działa błękit na postacie półksiężycowate pasorzyta, których chinina nie niszczy. Z tego tłomaczą się różnice w działaniu klinicznem chininy i błękitu; błękit niszczy te formy pasorzyta, w których protoplazma przeważa nad chromatyną, więc pasorzyty dorosłe i półksiężyce; chinina zaś niszczy młodociane pasorzyty, mające stosunkowo małe plazmy. *C.*

Doc. Sternberg (Wiedeń). **O kamicy nerkowej, a w szczególności o jej objawach żołądkowo-jelitowych.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16, 1901). Dzięki nowszym sposobom badania, jak cystoskopii, zgłębnikowaniu moczowodów, prześwietlaniu, oznaczaniu punktu marznięcia krwi i moczu i t. d. rozpoznanie kamicy nerkowej w znacznej mierze jest ułatwione i o wiele pewniejsze; zdarzają się atoli przypadki chorobowe, w których rozpoznanie natrafia na niemałe trudności, tembardziej, że o ile z jednej strony mocz nie przedstawia żadnych, albo bardzo mało cech znamiennych, o tyle z drugiej strony występują na pierwszy plan objawy uboczne, zmieniające znacznie cały obraz chorobowy. Tu szczególniej należą zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, bolesność w miejscach zupełnie atypowych, wreszcie brak wybitnych objawów ze strony moczu, — co razem wziąwszy tworzy nową postać żołądkowo-jelitową kamicy nerkowej, którą, nawiasem powiedziawszy, bardzo łatwo można zapoznać.

Nieprawidłowości ze strony żołądka w przebiegu kamicy nerkowej są oddawna znane i w piśmiennictwie zebrane; pojawiają się bowiem nietylko wśród napadów kolki, ale także w wolnym międzyczasie, zaznaczając się brakiem łaknienia, nudnościami, obłożonym językiem i częstokroć wymiotami. Zaburzenia jednak ze strony jelit, objawiające się jako zaparcie stolca i wiatrów, bębnica i znaczniejsza tkliwość brzucha, znikają prawie równocześnie z ustąpieniem napadów bolesności. W sprawie leczenia tych przypadłości żołądkowo-jelitowych podnieść należy, że — jak doświadczenia wykazały, — środki czyszczące wcale nie działają; wielką natomiast ulgę sprawiają wlewania oliwy; skuteczne jednak zwalczenie tych, dla chorego tak męczących objawów, jest tylko możliwe przez stosowanie makowca; środek ten uśmierza za jednym zamachem kolkę nerkową i bolesność brzucha, względnie jelit, powoduje stolce podobnie, jak przy kolce ołowiowej. Drugą znamienną cechą żołądkowo-jelitowej postaci kamicy nerkowej jest atypowe umiejscowienie bolesności: w okolicy jelita ślepego i ból końcowej części 10-go żebra. W pierwszym przypadku nie zachodzi nic innego, jak bolesność moczowodu, który się łatwo bierze za bolesność kiszki ślepej, w ostatnim jest tylko odruchowa przeczulica skóry (Head). W końcu nadmienić należy, że ciekawym nadto szczegółem, mogącym czasem poprzeć rozpoznanie kamicy, jest ustąpienie, względnie uśmierzenie, bolesności po uniesieniu ku górze dolnej części tułowia.

Dr Henryk Pisek.

Prof. L. Heim. **Krew i komórki ustroju, a bakterye.** *(Münch. med. Wochs.* 1901. Nr. 18). W walce ustroju z zakażeniem przypisuje się obecnie główne znaczenie aleksynom, zawartym z surowicy krwi, a pochodzącym z ciałek białych. Natomiast prawie zupełnie nie badano, czy w ustroju nie wytwarzają się inne jeszcze jakieś substancye ochronne, pochodzące z innych rodzajów komórek i z innych składników krwi. H. zwrócił uwagę przedewszystkiem na ciałka czerwone krwi. Uderzającą, zdaniem H., jest okoliczność, że bakterye ani w ustroju, ani poza ustrojem nie wnikają nigdy do krwinek czerwonych; podobnie zachowują się bakterye także i wobec niektórych komórek narządów, natomiast często spotyka się (pominąwszy czynną fagocytozę) bakterye we wnętrzu ciałek białych. Na podstawie podjętych w tym kierunku badań utrzymuje H., że z rozpadających się krwinek czerwonych uwalniają się jakieś substancye, które działają zabójczo na bakterye. Substancye te nie działają jednak odrazu i same przez siebie, lecz dopiero po pewnym czasie, gdy połączą się z produktami, wytwarzanymi przez bakterye, w związek, dla bakteryj szkodliwy. Powstające w ten sposób substancye działają, zdaniem H., niezależnie i później od (tj. już po wyczerpaniu) aleksynów. *C.*

Dr. R. F. Müller. **Przyczynek do nauki o guzach na palcach.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. II). Guzy na palcach należą do zjawisk wcale rzadkich; — niewiele o nich mówią nawet w najlepszych podręcznikach chirurgii. Skąpą przeto kazuistykę wzbogaca M. kilkoma spostrzeżeniami z kliniki Bergmanna. Opisuje tedy 2 przypadki tłuszczaków, 5 spostrzeżeń t. zw. martwych kostek *(ganglion)*, 2 przypadki guzów (rzekomych), które potworzyły się z tkanki ziarninowej, będącej odczynem około ciał obcych, o obecności których chorzy pojęcia nie mieli. Dalej następuje opis 5 przypadków włókniakomięsaków barwikowych z komórkami olbrzymiemi. Nowotwór ten wyrasta z pochewki ścięgien, rośnie powoli (1—2 lat), jest twardy, spotykamy go zwykle po stronie dłoniowej palca, nieznacznie przesuwa się z boku na bok, a wcale nie z przodu w tył, ze skórą nie zrasta się, przerzutów nie robi i zdaje się być nowotworem wcale łagodnym. Równie rzadkim jest nowotwór, opisany na końcu rozprawki, t. z. *perithelioma subunguale.* Guz ten rośnie pod paznogciem, sprawiając znaczne bóle, unosi powoli paznogieć i z początku nie daje żadnych wyraźnych objawów; dopiero później wyrasta poza granicę paznogcia i staje się widocznym. Rozpoznanie w początkach należy stawić na podstawie silnych, uporczywych bólów jedynie przez wykluczenie. Leczenie polega na wyjęciu paznogcia i wyłyżeczkowaniu guza. Pod mikroskopem guz ten okazuje okazuje utkanie mięsakowate — komórki rozrastają się ze śródbłonka naczyń i bujają na zewnątrz w najbliższym ich sąsiedztwie. Jestto nowotwór łagodny. *Herman.*

Prof. W. J. Rasumowsky. **Przczynek do techniki operacyjnej dużych bąblowców.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). Po doszczętnem wyłuszczeniu bąblowca z któregokolwiek narządu jamy brzusznej, pozostawiamy dużą jamę losom niepewnym. W szczególności zaś w razie przypadkowego ropienia w owej jamie chory może być narażony na pokaźne niebezpieczeństwa. Usunąć je, choćby częściowo, stara się R. przez to, że szwami, w sposób właściwy, zrozumiały dopiero po przyjrzeniu się ilustrującym tekst rycinom, ustala narząd, z którego torbiel wyjęto, tuż popod raną w ścianach brzusznych w ten sposób, że przez wyjęcie szwu, zamykającego równocześnie łożysko bąblowca i ranę polaparotomijną, można ową jamę napowrót otworzyć, nie otwierając równocześnie jamy otrzewnowej, ropę wypuścić, wydrenować, lub stosować inne zabiegi lecznicze. *Herman.*

C. Beck. **Przyczynek do złamań dolnej nasady kości promieniowej.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). W rozprawce tej zwraca B. uwagę na okoliczność wcale częstą i bynajmniej nie wyjątkową, że typowemu złamaniu nadgarstkowemu kości sprychowej towarzyszyć może złamanie dolnej nasady kości łokciowej, lub przynajmniej jej wyrostka rylcowego. Przeoczenie tego faktu bywa często przyczyną złego wygojenia się owego złamania kości promie-

niowej. Dokładne badanie, a zwłaszcza radyoskopia Röntgenowska, powtarzana często już podczas rozpoczętego leczenia, może uchronić przed tem przeoczeniem, a specyalnie już w trakcie leczenia naprawić możemy nieprawidłowe ustawienie odłamków, gdy röntgenogram ten stan wykaże. *Herman.*

F. Staffel. **Zwichnięcie kości łódkowatej i księżycowatej.** (*Archiv Langenbecka T. 63. Z. I*). Gdyby nie promienie Röntgena, dokładne rozpoznanie zwichnięć kości łódkowatej i księżycowatej nie byłoby możliwe. W $2^1/_2$ miesięcy po upadnięciu na dłoń pacyent bez jakichkolwiekbądź zmian w ustawieniu ręki nie mógł jej zginać dodłoniowo. Przy badaniu wyczuwało się tylko guzek kostny poniżej nasady kości promieniowej. Na röntgenogramie natomiast można było stwierdzić niewątpliwie, że chodzi tu o zwichnięcie złamanej kości łódkowatej i księżycowatej. Dolny odłamek kości łódkowatej wyczuwało się poniżej kości sprychowej, górny natomiast odłamek leżał po części przed kością główkowatą; zwichnięta zaś kość księżycowata, nie dająca się klinicznie wybadać, przesunęła się poprzed kości: główkowatą, haczykowatą i trójgraniastą. Na proponowane wyjęcie kości łódkowatej chory się nie zgodził. *Herman.*

R. v. Hippel. **Przyczynek do całkowitego wycięcia krtani.** (*Archiv Langenbecka* T. 63, Z. 1). W przypadku rozlanego mięsaka krtani, w którym musiała być wycięta cała krtań, zastosował autor metodę, zaleconą przez Foederlego, polegającą jak wiadomo na tem, że pozostałą po operacyi tchawicę podciąga się ku górze, korzystając z bardzo znacznej jej ruchomości i brzegi jej zeszywa się z błoną śluzową gardła. W tym przypadku metoda ta nie święciła bynajmniej tryumfu. Szwy zropiały, tchawica się oderwała i opadła ku dołowi tak, że H., ratując życie operowanego musiał już następowo postąpić sobie wedle metody Gluck-Zellera i kikut tchawiczy wszyć na zewnątrz w dolny kąt rany. Tę ostatnią metodę stawia autor ponad sposób Foederlego. *Herman.*

VII. XXX Kongres chirurgów niemieckich w Berlinie.

zestawił **Dr. W. Herman.**

(Dokończenie).

O znieczulaniu mówił Mikulicz. Obecnie częściej używa eteru, po wstępnem wstrzyknięciu morfiny. Do miejscowego znieczulenia zaleca anestyl (przez rozpylanie). Użył 40 razy kokainowej analgezyi drogą rdzenia; nie unosi się jednak zbytnio nad tą metodą, widział bowiem bardzo groźne, nieoczekiwane działanie uboczne. Następnie mówił Bier o tym samym przedmiocie. Idyosynkrazya chorych i nie zawsze jednakowy skład kokainy sprawiają, że metoda znieczulania drogą rdzeniową nie powinna przejść poza mury klinik. Przypomina, że przed wstrzyknięciem kokainy powinno się odpuścić odpowiednią ilość płynu mózgowordzeniowego. Po wstrzyknięciu zakłada opaskę elastyczną na szyję, aby zapobiedz działaniu kokainy na mózg (?) Braun (Lipsk) demonstruje przyrząd *Junckera* zmodyfikowany do uśpienia równocześnie eterem i chloroformem, a Wohlgemuth — urządzenie ułatwiające równoczesne *wdychiwanie chloroformu i tlenu*. Krönlein mniema, że uśpienie przy *resekcyi szczęki górnej* szkodzi i jest zbyteczne. Wystarczy morfina i częściowe odurzenie narkotykiem. Kohlhardt stwierdził, że kokaina w tkankach traci swe własności trujące. Dawka trująca wstrzyknięta w kończynę po założeniu opaski Esmarcha, nie działała wcale szkodliwie.

Następnie mówiono o operacyach *raka macicy*. Przeważna część oświadczała się za drogą pochwową, dodając mało znaczne modyfikacye. Jeden tylko Brenner przemawiał za operowaniem drogą sakralną, po tymczasowym wypiłowaniu kości krzyżowej. Natomiast Freund i Wertheim, a zwłaszcza ten ostatni, zalecają iść drogą laparotomijną: ma się wówczas doskonały przegląd całego pola operacyjnego, można wydalić z parametryum i wyjąć zajęte gruczoły.

O raku mówił najpierw Petersen, demonstrując pracowite modele z płytek woskowych, naśladujące budowę, wzrost i histogenezę raków skórnych. Nils Sjöbring pokazał i opisał pasorzyta raka, przez siebie odkrytego. Pasorzyt ten poza ustrojem ludzkim szybko ginie. Ehrhardt zaleca rany po wyłuszczeniu nowotworów złośliwych przemywać wrzącą wodą, aby w ten sposób zabić resztki nowotworu, któreby jeszcze mogły pozostać.

Werkmeister przedstawiał chorą, u której wyciął całą krtań. Hacker spostrzegał przypadek głębokiej ropówki szyi z zajęciem śródpiersia przodkowego, która powstała po skaleczeniu przełyku.

Küster opisuje *nową metodę eksartykulacyi stopy*, w której płat skórno-kostny, zawierający nieuszkodzoną kość piętową, wkłada się między widełka obu kostek. Nadto wspomina o *6 plastykach części miękkich nosa* ze skóry ramienia.

Henle mówił *o zapaleniu płuc po laparotomii*. Powikłanie to częściej zdarza się u mężczyzn, niż u kobiet. Sądzi, że główną przyczyną jest oziębienie podczas operacyi. Krönlein głównie obwinia usypianie, a Kümmel jest zdania, że powikłanie to, każe źle rokować, bo (zestawił na 40 zapaleń płuc 26 zejść śmiertelnych) występuje tylko u pacyentów osłabionych, już przed operacyą okazujących zmiany nieżytowe w płucach. Zaleca często zmianę położenia.

Meinhardt Schmidt *o hyperemesis lactantium (neonatorum)* sądzi, że cierpienie to polega na kurczowem zwężeniu odźwiernika i uleczyć się daje przez rozciągnięcie jego (Loreta) Borchert widział na 11 gastrostomii 2 razy *ostrą rozstrzeń żołądka*, wywołaną zdaniem jego z jednej strony zrostami żołądka z powłokami, z drugiej — nagromadzaniem się soku żołądkowego. Samter zachwala tamponowanie jamy otrzewnowej workami Mikulicza.

Eiselsberg mówił o różnych środkach pomocniczych przy *uranoplastyce*. W przypadkach trudnych przepiłowuje za radą Billrotha wyrostek skrzydlasty. Jeden przypadek wyleczył przez wszczepienie płatu skórnego z przedramienia. Szypułę przeciął 10-go dnia. W innym przypadku zużytkował lemiesz (vomer) do zakrycia szczeliny. Jednego zaś razu poprawił kształt przypłaszczonego nosa po operacyi wargi zajęczej przez przeszczepienie małego palca. J. Wolff operował *300 razy wilczą paszczę*, nigdy nie miał potrzeby uciekać się do metody Billrotha. Operując dwuczasowo, pokrywał nawet szerokie szczeliny. Ten sam prelegent przedstawił następnie chorą, u której przed 23 laty wyciął łokieć i obecnie stwierdzić można ruchy mierne, a skrócenie kończyny bardzo nieznaczne. Wreszcie demonstrował chorego z wyleczonem *drogą osteoplastyczną* złamaniem rzepki. Cramer po oddłutowaniu przyrośniętej rzepki, zapobiegł powtórnemu zrośnięciu (ankylozie) przez włożenie płatu mięśniowego pomiędzy nią a kość udową i następowe odpowiednie leczenie ortopedyczne.

Omawiając w dalszym ciągu chirurgię kończyn, mówił Bunge o *wydolności czynnościowej kikutów poamputacyjnych*, którą zapewnić można bez uciekania się do metod osteoplastycznych poprostu przez odcięcie okostnej i wyłyżeczkowanie szpiku kostnego na głębokość 2—3 mm. Wtedy nie potworzą się tkliwe wyrośla kostne. Hofmeister zaleca nowy sposób odprowadzania *zwichnięć stawu barkowego*. Zakłada on na 10—15 min. prostopadle wyciąganie, obciążając je stopniowo 5—20 kg. Główka wskakuje wówczas sama do panewki, lub po lekkim ucisku od pachy.

Hildebrandt przy *zwichnięciu żuchwy*, 6 miesięcy trwającem, odsłonił staw i odprowadził wyrostek stawowy przy pomocy podważki. Tenże sam prelegent w 2 przypadkach *nawykowego zwichnięcia barku* wytworzył z powodzeniem nową panewkę stawową. Payer odprowadził 5 razy u dorosłych *zwichniętą kość udową* na drodze krwawej, oszczędzając usilnie mięśnie. W każdym przypadku, gdzie na powierzchniach stawowych znalazł jeszcze chrząstkę, osiągnął wynik dobry. Po odprowadzeniu nie zakłada opatrunków ustalających, a w trzecim tygodniu rozpoczyna ruchy bierne. Schede zdaje sprawę o jednym przypadku *obustronnego zwichnięcia bioder* u 5-cio letniego dzieciaka w przebiegu duru. Wstawienie udało się dopiero po otwarciu stawów, wyłyżeczkowaniu panewek i t. d. Potem opatrunek gipsowy. Wyleczenie. Rotter przedstawił kobietę, u której z powodu *włókniaka kości ramieniowej* musiał wydalić cały bark, poczem szwami ustalił wyrostek łokciowy w panewce łopatki. Naczynia i nerwy zachował wszystkie. Wynik dobry o tyle, że przy pomocy przyrządów ortopedycznych chora może używać ręki do różnych robót.

Katzenstein mówił o patologii i terapii *tarni dwudzielnej utajonej (spina bifida occulta)*. Posiada dwa odpowiednie spostrzeżenia. Heusner zniósł u 24 let. kobiety *przykurczenie kolana* przez przyszycie mięśnia dwugłowego i półścięgnistego uda do ścięgna mięśnia czworogłowego. Reichard mówił o jednym przypadku *coxa valga* po poronieniu dziecięcem.

Goldmann radzi w obec *bliznowców (keloidów)*, wyrastających z blizn, wycięcie nowotworu, natychmiastową transplantacyę naskórka. W rozprawach wspomina Lauenstein o zjawisku, że bliznowce (keloidy) tworzą się głównie wówczas, gdy cięcie sięga przez całą grubość skóry, niema ich zaś zwykle tam, gdzie cięcie przebiegało w samej skórze. Lewy-Dorn demonstruje kilka przy-

rządów, których główną częścią składową jest cyna płatkowata *(staniola)*, chroniących lekarza od wpływu promieni röntgenowskich.

Końcowe wykłady miały za treść chirurgię jamy brzusznej. Franke referuje *o wyłuszczeniu trzustki zrakowaciałej*. Operacyę tę dokonał u 68 letn. kobiety, u której przed dwoma laty wyciął odźwiernik z powodu, jak się zdawało, dobrotliwego zwężenia. Operowana zmarła w ½ roku po operacyi, z powodu zajęcia rakiem gruczołów. Prócz przemijającej 3 dni trwającej cukrzycy żadnych innych zaburzeń, któreby odnieść można było do braku trzustki, nie było. Interpelowany nie zaprzecza jednakowoż możliwości istnienia trzustki dodatkowej. Rindfleisch zaleca w przypadku *zgorzeli pętli jelitowej uwięzłej*, wgłobienie części obumarłej i szew Lemberta, po zbliżeniu się części zdrowych jelita. Arens mówił o przypadku *płodowego zamknięcia w wstępującej krezce okrężnicowej* przedstawiającej żołądek klepsydrowaty.

Wykłady *o zapaleniu wyrostka robaczkowego* zakończyły obrady. I tym razem nie zgodzono się na jedno. Rehn i Sprengel są zwolennikami wczesnego operowania. Operują nawet w pierwszym napadzie, skoro tylko pewni są rozpoznania. Sądzą, że operacya jest tem łatwiejsza, czem wcześniej się operuje. Riese i Noll głoszą podobne zapatrywania. Rotter wykazuje na swoich 131 przypadkach, w których siedmdziesiąt razy był ropień w zatoce Douglasa, że wyniki opróżniania tego ropnia przez pochwę, względnie odbytnicę, są lepsze, niż przy operacyi z miejsca typowego. Baumgartner zwraca uwagę na częste pomyłki w rozpoznawaniu, gdzie zapalenie wyrostka robaczkowego bierze się za jakieś cierpienie ginekologiczne i odwrotnie. Kümmel operuje w groźnych przypadkach natychmiast; w średnich wówczas, gdy tętno wyjdzie nad 120 ud. n. m. Drogę przez jamę brzuszną mowca uważa za niebezpieczną. Riedel jest zdania, że w 50% zapalenia wyrostka robaczkowego operować nie potrzeba. Operacya jest wskazaną tylko w przypadkach z wysoką gorączką i ciężkimi objawami, lecz wówczas trzeba ją przedsiębrać natychmiast. Podobnie wyrażał się Körte.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Od profesora Rydygiera otrzymujemy do ogłoszenia list następujący:

XI-ty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się, o czem już donosiliśmy, 15 i 16 lipca r. b., podobnie jak w latach poprzednich. Zabaw i wycieczek nie będzie, ale natomiast ma być suta uczta naukowa, na którą wszystkich lekarzy polskich serdecznie zapraszamy. Zapraszamy zatem nietylko tych, którzy się specyalnie chirurgią trudnią, ale i tych, którzy pokrewne gałęzie medycyny uprawiają, więc ginekologów, laryngologów, otyatrów, dentystów i t. d., jak niemniej i tych wszystkich, którym nieobojętne są postępy chirurgii, a do tych z pewnością wszyscy nasi koledzy należą, choćby jedynie dlatego, że dzisiaj chirurgia na tylu polach granicznych styka się tak często z wszystkiemi innemi gałęziami nauk lekarskich.

U nas Zjazdy chirurgów mają większe znaczenie, niż gdziekolwiekbądź indziej. Prócz pracy nad postępem nauki mają one to ważne zadanie, żeby rozbudzić większe zaufanie we własne siły, nietylko u szerszej publiczności, ale nawet w niektórych kołach lekarskich. Minęły Bogu dzięki te czasy, kiedyto w Wiedniu, Berlinie lub Paryżu upatrywać było można lepiej wyposażone i urządzone zakłady, lub bieglejszych wykonawców sztuki chirurgicznej. Dziś bez pozoru przechwałek na pewno twierdzić możemy, że ani w jednym, ani w drugim względzie chirurgia polska nie ustępuje zagranicy. Może nareszcie dzięki naszym Zjazdom i tam wygłoszonym rozprawom zniknie przekonanie, że co obce, to lepsze i nie będzie potrzeba mieć marki zagranicznej, żeby uzyskać uznanie u swoich.

Dalszem, niemniej ważnem, zadaniem naszych Zjazdów jest uzyskanie większego zaufania w szerokich kołach lekarskich niechirurgicznych dla niektórych operacyj, dotychczas rzadko u nas wykonywanych. Przypominam tu tylko, jak jeszcze przed kilku laty stosunkowo rzadko wykonywano u nas operacye w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego i śmiem twierdzić, że to poczęści zasługa naszych Zjazdów i kilkakrotnie tam odbytych rozpraw, że dziś ta operacya i u nas należy do częstszych. Natomiast stwierdzam, że po dziś nie ma u nas chirurgii wątroby i dróg żółciowych, kiedy przeciwnie zagranicą w małych nawet szpitalikach rocznie setki takich operacyj się wykonywa. Wiem, że przyczyna tego poczęści leży w tem, że u nas wogóle mniej mamy tego rodzaju cierpień, niż gdzieindziej, że tam może zaczęsto i czasem bez koniecznej potrzeby wykonywane bywają odpowiednie rękoczyny chirurgiczne; ale z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że to nie tłómaczy zupełnie nader wielkiej rzadkości tych operacyj u nas. Sądzę, że przyczyny tego zjawiska szukać trzeba w czem innem. Zaufanie do operacyj w cierpieniach dróg żółciowych nie objęło wszystkich kół lekarskich, a przez nie nie przedostało się jeszcze do szerszej publiczności. Miejmy nadzieję, że i temu zaradzić potrafią nasze Zjazdy.

Tak więc, spodziewając się licznego udziału ze wszystkich stron, a zwłaszcza ze strony Kolegów ordynujących i Dyrektorów szpitali, zapraszamy na XI Zjazd chirurgów polskich jaknajserdeczniej. Dotychczas już zgłoszone liczne i zajmujące wykłady uprawniają nas do nadziei, że ten nasz Zjazd, rozpoczynający drugą dziesiątkę, nie pozostanie w tyle poza poprzednimi.

L. Rydygier,
prezes Zjazdów chirurgów polskich.

XI Zjazd chirurgów polskich. Do dnia dzisiejszego zgłoszono następujące odczyty:

1. Kol. Kader (referent): O znieczulaniu ogólnem i miejscowem.
2. Kol. Ziembicki: O znieczulaniu lędźwiowem.
3. Kol. Slęk (Lwów): O narkozie mięszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha, z przedstawieniem przyrządu.
4. Kol. Ruff (referent): O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.
5. Kol. Herman (referent): O gruźlicy jąder.
6. Kol. Trzebicky: O leczeniu gruczolaków zołzowych na szyi.
7. Kol. Wehr: O podwiązywaniu tętnic wieńcowych serca.
8. Tenże: O pierwszym opatrunku własnego pomysłu.
9. Kol. Schramm: O guzach okolicy krzyżowej.
10. Kol. Kader: Chirurgia wątroby i dróg żółciowych.
11. Tenże: O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń przewodu pokarmowego.
12. Kol. Rydygier: O leczeniu nowotworów odbytnicy (z przedstawieniem chorych i preparatów).
13. Tenże: Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym (z przedstawieniem chorej).
14. Tenże: Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.
15. Tenże: O wycinaniu śledziony.
16. Kol. Slęk (Lwów): O leczeniu operacyjnem choroby Glenarda.
17. Kol. Herman: W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

VII posiedzenie Wydziału pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana, dnia 25 kwietnia 1901 r. Uchwalono wyrazić podziękowanie Drowi Jekelesowi za jego ofiarność dla członków Towarzystwa. — Odczytano i przedyskutowano przysłane na piśmie przez członków wnioski, a mianowicie: 1) Dra Sawickiego z Kańczugi, aby wezwać wszystkich członków Towarzystwa do dobrowolnych składek na rzecz funduszu zapomogowego. 2) Dra Orskiego z Jaworowa, aby porozdzielać między członków puszki, do którychby odkładali pewien odsetek od honoraryów, oraz składali pieniądze od pacyentów, od których honoraryum z jakichkolwiek powodów przyjąć im nie wypada; pieniądze te byłyby obracane na zasilenie funduszu zapomogowego. 3) Dra Mazanka ze Złoczowa, aby Wydział zapytał Izbę wschodnio-galicyjską, czy trwa nadal w zamiarze utworzenia funduszu zapomogowego, gdyż projekt ten nie przychodzi do skutku, a wstrzymuje tymczasem wielu kolegów ze wschodniej Galicyi od zapisania się do Towarzystwa Samopomocy. Na 2 pierwsze wnioski zgodzono się jednomyślnie i przydzielono je komisyi z trzech dla opracowania szczegółów; co do 3-go wniosku uchwalono zapytać Izbę w drodze prywatnej. — Z kolei przyjęto do wiadomości sprawozdanie referentów, że zgłoszone do Wydziału wnioski w sprawie taks sądowo-lekarskich odpadają wobec nowej ustawy, obowiązującej od 1 lipca b. r., również jak wniosek, dotyczący majątku dawnego gremium chirurgicznego wobec rozporządzenia rządu. Uchwalono poprzeć jak najenergiczniej w Wydziale krajowym i Sejmie

petycye Komitetu I Zjazdu lekarzy okręgowych. — W końcu załatwiono kilka spraw poufnych (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

VIII posiedzenie Wydziału pod przewodnictwem wiceprezesa prof. Trzebickyego dnia 11 maja 1901. Odczytano i postanowiono zbadać sprawę kolegi B. z P. o ściągnięcie przez Towarzystwo zalegającego od lat pięciu honoraryum. Przyjęto do wiadomości ofertę Tow. Wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie w sprawie udzielenia akwizytorów dla jednania członków Towarzystwa Samopomocy; decyzyę w tej sprawie odłożono do następnego posiedzenia. Uchwalono zapytać o bliższe szczegóły i sposób postępowania istniejące już od lat kilku w Berlinie Stowarzyszenie lekarskie, które ma na celu jedynie i wyłącznie ściąganie zaległych honoraryów. W sprawie wniosków, dotyczących konkurencyi przy wykonywaniu praktyki prywatnej przez lekarzy urzędowych uchwalono, po wysłuchaniu motywów referenta, przejść nad wnioskami tymi do porządku dziennego. Następnie uchwalono udać się z prośbą do jednego z posłów-lekarzy o bezzwłoczne wniesienie interpelacyi w parlamencie w sprawie wydanego już dawniej zakazu ordynowania lekarzom cislitawskim na terytoryum węgierskiem. Celem zapobieżenia skutecznego partactwu lekarskiemu i nadużyciom ze strony niepowołanych osób uchwalono odnieść się za pośrednictwem wszystkich Izb austryackich do Ministeryum i najwyższej Rady sanitarnej z prośbą o wydanie w tej mierze jak najenergiczniejszych zarządzeń. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

† Aureli Plech.

Prowincyonalny ogół lekarski poniósł dotkliwą stratę: ubył szermierz, który przez blizko pół wieku walczył w szrankach cierpień i niedoli ludzkiej, lekarz głębokiej wiedzy i bogatego doświadczenia, obracający je nietylko na usługi i dla dobra chorych, lecz dzielący się nimi jaknajchętniej z każdym z młodszych kolegów, otaczających najgłębszą czcią posiwiałego w pracy Nestora zawodu, — lekarz, ceniony wysoko w całym kraju przez społeczeństwo, z którego setki tysięcy osób przez długi szereg lat szukały u Niego rady i pomocy w swych bólach i cierpieniach.

S. p. Aureli Plech, doktor medycyny i chirurgii, cesarski radca, emerytowany c. k. lekarz wojskowy, emerytowany lekarz powiatowy, były wiceprezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, radca m. Jarosławia i członek wielu instytucyj humanitarnych i naukowych, zakończył życie w Jarosławiu d. 19 kwietnia b. r., licząc lat 72.

Zmarły należał do narodowości węgierskiej, szkoły średnie i Wydział lekarski ukończył w Peszcie, gdzie w r. 1854 otrzymał stopień doktora medycyny, a po pracach uzupełniających w zakresie medycyny wewnętrznej w szpitalach tamtejszych wstąpił w r. 1858 do służby wojskowo-lekarskiej. W r. 1859 odbył kampanię włoską, a w r. 1863 otrzymał na Uniwersytecie peszteńskim stopień doktora chirurgii, poczem w roku 1865 w charakterze c. i k. starszego lekarza wojskowego przybył do Jarosławia, gdzie było Mu przeznaczonem przez długie lata oddawać się pracy zawodowej i obywatelskiej dla dobra miasta, kraju i społeczeństwa, które On, jako prawdziwy syn swej nowej ojczyzny, całem swem szlachetnem sercem ukochał. Przyswoiwszy sobie bowiem w przeciągu krótkiego czasu język polski, porzuca po odbyciu kampanii w r. 1866 zawód wojskowo-lekarski i osiedla się jako lekarz praktykujący w Jarosławiu, przyjmując miejsce prowizorycznego c. k. lekarza powiatowego przy tutejszem starostwie, na którem to stanowisku, po przeprowadzonej w r. 1873 reorganizacyi i mianowaniu Go stałym lekarzem powiatowym, pozostawał do r. 1885. W tym właśnie roku odznaczony przez Najjaśniejszego Monarchę tytułem cesarskiego Radcy, ustąpił z posady rządowej, aby jeszcze z większym zasobem czasu przystąpić do zawodu praktycznego i oddać się wyłącznie na usługi chorych, szukających tłumnie dla Jego głośnego imienia z najdalszych zakątków naszego kraju rady i pomocy w nadwątlonem zdrowiu. Pracował też z podziwienia godną wytrwałością w lecie, jako lekarz zdrojowy w Truskawcu, w zimie zaś w Jarosławiu. Pierwsze brzaski dnia zastawały Go już oblężonego przez pacyentów i udzielającego porady lekarskiej, której użyczał każdemu bez różnicy stanu i pochodzenia jaknajsumienniej i najdokładniej; badając biedaków nie znał on pospiechu, gdy chodziło o wspomożenie ich fizyczne, moralne lub materyalne, pomimo że w salonie poczekalnym czekały na Niego osoby z najwyższych warstw społeczeństwa, bo nikt nie przestąpił progu Jego niepocieszony, nieobdarowany, niepokrzepiony na ciele i na duchu. Jak prawdziwy apostoł sztuki lekarskiej odwiedzał zarówno pałace, jak i chaty najuboższych, z tą samą chęcią i ofiarnością, a nie licząc się nigdy z własnemi korzyściami i wygodami, poświęcał cały swój czas i pracę tylko dla dobra chorych, nawet wtenczas, gdy sędziwy wiek już dawno przyprószył Jego włosy siwizną, a słabnący na siłach organizm domagał się coraz natarczywiej spokoju i odpoczynku po tylu latach trudu i niewygód. Lecz On nie ustawał — nie dla rozgłosu i sławy, bo tych nigdy nie szukał, ale z głębokiego poczucia obowiązku i prawdziwej miłości dla tych, co cierpieli i potrzebowali pomocy, dopóki ciężka choroba nie przykuła Go do łoża boleści, a wreszcie sroga śmierć nie przecięła nici tego, tak wydatnego i bogatego w zasługi życia.

Wieść o jego śmierci odbiła się bolesnem echem prawdziwego żalu w całym kraju: posypały się objawy szczerego i serdecznego współczucia dla osieroconej żony i rodziny, polały się łzy sieroce, łzy przyjaciół i biednych maluczkich, tracących w ś. p. Aurelim Plechu serdecznego druha, prawdziwego ojca i opiekuna. Wśród tego nastroju i wśród powszechnego żalu i żałoby miasta i powiatu, odprowadziliśmy zwłoki Jego d. 22 kwietnia w kilkutysięcznym tłumie na dworzec tutejszej kolei państwowej, zkąd, pożegnane licznemi mowami, odwiezione zostały do Węgier i pochowane w rodzinnych grobach, z napisem: *Bene merenti sit ei terra levis et jucunda.*

Jarosław, w maju 1901. *Dr. Jarosław Turzański.*

Kraków, dnia 23 maja.

* Pojutrze III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, rozpoczyna swe prace naukowe.

Zjazdy lekarskie czeskie i polskie z biegiem lat ściśle się zespoliły; udział lekarzów czeskich w zjazdach polskich i odwrotnie, — bardzo zbliżona, jeśli nawet nie taka sama, ich organizacya, łatwiejsze niż z innymi narodami słowiańskimi wzajemne porozumienie się itd., to są czynniki, dzięki którym nam na tych zjazdach w Pradze tak swojsko, jakbyśmy byli u siebie.

Z uczuciem pełnem szczerego i życzliwego zainteresowania się jadą lekarze polscy do Pragi: w Zjeździe tegorocznym uwydatni się 20-letni dorobek naukowy czeskiego Wydziału lekarskiego, ćwierćwiekowy niemal wynik umysłowego życia lekarzy i przyrodników czeskich. Z drugiej strony wiemy, że naród czeski znajduje się w kulminacyjnym punkcie swego odrodzenia: nie z bronią w ręku, lecz z pochodnią oświaty znaczy on swój pochód dziejowy i zgłoskami zwycięskiej pracy i wytrwałości woła do rzeszy wydziedziczonych ludów bratnich: »w tym znaku zwyciężycie«. Poznać głębiej Czechów, to tyle, co nabyć szkołę życia publicznego.

Kolegom bratniego narodu życzymy z szczerego serca, by III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich przyniósł im bujne owoce naukowe, na chwałę wiedzy i przyszłości czeskiego narodu.

* Dochodzi nas bolesna wiadomość, że dnia wczorajszego zakończył w Poznaniu życie Tomasz Drobnik, znakomity chirurg i zasłużony obywatel. Obszerniejszy życiorys podamy w N-rze następnym.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia 15. maja posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz miał wykład: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej“. Po odczycie nastąpiło przedstawienie chorych i okazanie narzędzi przez kol. prelegenta i kol. Dr. Majewskiego.

* Dnia 15-go b. m. odbył się odczyt habilitacyjny Dr. Chlumskyego na temat: „Wrodzone zwichnięcie w stawie biodrowym“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Mieczysław Ignacy Staszewski.

* Dnia wczorajszego odbył się we Lwowie wykład habilitacyjny Dra Edmunda Kowalskiego na stopień docenta hidroterapii. Tytuł wykładu: »Wpływ zabiegów wodoleczniczych na ciepłotę ustroju«.

× Na zasilenie funduszu żelaznego dla wsparć lekarzy złożyli koledzy: Dr. Karol Stanowski 26 koron, uzyskanych jako honoraryum w drodze sądowej; Dr. Papée 15 koron. 50 h., jako resztę składki jubileuszowej prymaryusza Dra Rożańskiego; Dr. Walsleben 43 koron, jako pozostałość składki na wieniec dla ś. p. Dra Simona. Za dary te składam szan. ofiarodawcom, imieniem Izby szczerą koleżeńską podziękę. Skarbnik Izby lek. wsch. galic. *Dr. Pisek.*

* Dr. Aleksander Simon (polak) otworzył w Wiesbadenie Zakład wodo- i światło-leczniczy („Gazeta lek.« N. 20).

* Donoszą nam z Nauheim, że zniknięcie »Wielkiego sprudla“ (źródło N. VII), o którem donosiliśmy w N. 18, było tylko krótkotrwałe; obecnie źródło to zostało odszukane i daje jak dawniej wodę do kąpieli, niezmienioną w składzie, ciepłocie i ilości.

* Dr. S. Zaleski, prof. chemii w żeńskim Instytucie lekarskim w Petersburgu, opuszcza swoje stanowisko.

* Do d. 16 b. m. wpisało się członków i uczestników III Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich 850; odczytów zgłoszono 350.

* Minister spraw wewn. w porozumieniu z ministrem oświaty wydał rozporządzenie policyjno-sanitarne, mające na celu, zapobiedz przenoszeniu się na ludzi zarazka chorobotwórczego z przedmiotów, użytych do badań zawodowo-technicznych. Zakładom prywatnym wzbroniono robić mikroskopijne badania dyagnostyczne z zarazkami moru, cholery, żółtej febry. ospy i duru osutkowego. Zakładanie hodowli jakoteż doświadczenia na zwierzętach, dopuszczalne są tylko w zakładach umyślnie w tym celu urządzonych, po uzyskaniu uznania potrzeby i zezwolenia W. Rady sanitarnej. Rozporządzenie to kończy się instrukcyą dla służby, oraz wskazówkami, jak postąpić należy w razie zachorowania kogokolwiek z personalu takiego zakładu.

* W miejsce „Wracza«, którego wydawnictwo z nowym rokiem zostaje zawieszone, ma wychodzić „Ruski Wracz« pod redakcyą prof. Podwysockiego i Dr. Władisławlewa.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Déjerine mian. prof. zwycz. historyi medycyny w Paryżu. Dr. Planchon został mian. profesorem farmakologii w Montpellier Profesorem patologii ogólnej w Kijowie mian. został Dr. Lindemann.

Nekrologia. Dr. Ewald Stein, lekarz kolei państw., zmarł na dur osutkowy w Tarnopolu. Grzegorz Asp, prof. anatomii, zmarł w Helsingforsie.

Bibliografia.

— *Medyczna* Nr. 20: Dobrzycki: Działalność lecznicza Stacyi klimatycznej. oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie, za ubiegłych lat 25. Puławski: Działalność lecznicza Nałęczowa za rok ubiegły (1900).

— *Gazeta lekarska* Nr. 20: Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty (dok.). Nencki i Sieberowa: Przyczynek do nauki o soku żołądkowym i składzie chemicznym enzym (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 9: Ziemiński: Dwa przypadki t. zw. całokształtu objawów Hornera.

— *Zbirnyk matematyczno-pryrodopyśno-likarśkoi Sekcyi nauk. Towarystwa imeni Szewczenki T. VI.* Ozarkiewicz: Żółtaczka urobilinowa. Moraczewski: Nowe sposoby badania białka. Dakura: Z kazuistyki szpitalnej za r. 1899.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 20: Sitta: O méně častých změnách v míše při infantilní paralyse. Brabec: O gangraeně nosokomialni.

— *La Presse médicale* Nr. 38: Reclus: La méthode de Bier. Laugenhagen: Zapalenie śluzowo-błoniaste okrężnicy.

— Nr. 39: Debove: Obrzęk śluzakowy wrodzony i obrzęk śluzakowy nieokreślony.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20: Braun: O usypianiu mięszanem eterowo-chloroformowem. Aly Bey Ibrahim: Przyczynek do wiedzy o żółtym zaniku ostrym wątroby, szczególnie o spostrzeganej przytem sprawie jej odrodzenia. Zusch: Przypadek raka wodnego z obrazem rozległych pleśniawek w późnym wieku. Cuno: Wyniki leczenia surowiczego błonicy (1894—1900). Tracheotomia i intubacya. Bähr: Urazowe złamania miednicy. Quadflieg: Przypadek pachwinowej przepukliny jajnikowej. Schmidt: Przyczynek do wykazania jadowitości zarazka płonicy. Meusel: Jaki należy zostawić kikut grucz. tarczykowego przy operacyi wola? Leusser: O skuteczności leczniczej kissingeńskich kw. węglowy zawierających kąpieli słonych w chorobach serca (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20: Gruber: Wpływ wyskoku na przebieg chorób zakaźnych. Singer: Dalsze badania nad etyologią ostrego gośćca stawowego. Schmidt: Kliniczne rozpoznanie zawałów nerkowych i następowych przypadłości kolki nerkowej (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20: Ascol: Morfologia bakteryj i jej stosunek do zaraźliwości. Boas: O utajonym krwotoku w żołądku. Riegler: Prosta wolumetryczna metoda oznaczania cukru. Hirschberg: Sala operacyjna, zaopatrzona w przyrząd magnetyczny (c. d.). Brat: Zatrucia zawodowe i ich leczenie wdychiwaniami tlenu (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20: Krause. Przyczynek do oznaczania miejsca usadowienia się guzów w rdzeniu pacierzowym, oraz opis przypadku, wyleczonego chirurgicznie. Cipollina: O kwasie szczawiowym w ustroju. Rosenfeld: O zatruciu tryonalem. Pinkus: Patologia i terapia opadnięcia żeńskiej cewki moczowej (c. d.).

Redakcya otrzymała. Jaruntowski: Z podróży do Egiptu. Zion: Bericht über das Augenambulatorium des israelit. Gemeinde-Spitales in Lemberg (1898—1900). Dieudonné: Immunität und Immunisierung. Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia za r. 1898. Mikucki: Żegiestów, jego środki lecznicze, wskazania i przeciwskazania, wraz z częścią informacyjną.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 1 Czerwca 1901. Nr. 22

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jag.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, Docent dentystyki, i Prof. Dr. Leon Wachholz, Dyrektor Zakładu.

Różnorodność zagadnień, z jakiemi się lekarz sądowy styka w praktyce, zniewala go do rozpatrzenia się w każdym dziale rozgałęzionej wiedzy lekarskiej, nawet i w tych działach, któreby pozornie zdawały się nie mieć żadnej styczności z medycyną sądową. Ażeby znawcy sądowemu uprzystępnić i ułatwić zadanie w rozstrzyganiu zagadnień, tyczących się n. p. włosów, krwi, nasienia i t. d., podręczniki medycyny sądowej zawierają rozdziały, poświęcone zagadnieniom tym, a nadto istnieją obszerniejsze w tym względzie rozprawy. Z biegiem czasu ujęto w odrębne monografie niektóre rozdziały medycyny sądowej, wymagające bliższego zaznajomienia się z pewnemi gałęziami zastosowanych nauk lekarskich, np. z położnictwem [1]); poświęcono wyłączne prace sądowo-lekarskie częściom ciała, napozór tak małoznaczącym, jak paznogcie [2]), nic więc dziwnego, że i zęby doczekały się odrębnej a wyczerpującej pracy. Potrzebę tę opracowania sprawy praktycznego znaczenia zębów w medycynie sądowej odgadli już dawno niemcy, amerykanie, czego dowodem praca A. Paltaufa [3]) i Rehfussa [4]), a świeżo i francuzi, jak sądzić należy z obszernej, osobno wydanej, pracy Dra Amoëdo [5]). Nikt, kto chociażby tylko chwilowo i przygodnie pełnił rolę lekarza sądowego, nie zaprzeczy, że spotkał się wobec sądu z zagadnieniami, tyczącemi się zębów, n. p. z ich wyłamaniem po urazie, i że ocena tego uszkodzenia, zwłaszcza wedle austryackiego ustawodawstwa karnego sprawiła mu niepomierne trudności. Jednak na samych uszkodzeniach zębów nie kończy się ich praktyczne znaczenie w medycynie sądowej, gdyż odgrywają one ważną rolę przy stwierdzaniu tożsamości osoby, ze względu na możliwość oznaczenia wedle nich rasy, wieku, płci, zajęcia zawodowego, pewnych stanów chorobowych i t. d., a to nawet wtedy, gdy stwierdzenie tożsamości ma być dokonane na zwłokach, znacznie przeobrażonych zgnilizną, lub zwęglonych; dalej wchodzą zęby w rachubę przy ocenie pewnych uszkodzeń (ran kąsanych), nimi zadanych, a wreszcie i tam, gdzie lekarz dentysta obwiniony jest o nieuctwo i błędy techniczne; — wobec tego każdy chętnie przyzna, że praca poświęcona znaczeniu zębów w medycynie sądowej jest pożądaną i należycie usprawiedliwioną. Pracę, której wyniki streszczamy poniżej, podjęliśmy wspólnie w ciągu ubiegłych zimowych miesięcy. Nie jest ona bynajmniej tylko pracą literacką, albowiem opiera się przedewszystkiem na własnem naszem doświadczeniu w zakresie już to dentystyki, już też medycyny sądowej, wreszcie na spostrzeżeniach, wynikających z szeregu doświadczeń, jakie podjęliśmy w Zakładzie sądowo-lekarskim odnośnie do zachowania się zębów naturalnych i sztucznych pod wpływem gnicia, wysokiej ciepłoty itd. Z natury rzeczy wynika, że własny nasz dorobek oparliśmy na dotychczasowem piśmiennictwie, które wcale nie jest skąpem. Nie przeceniając bynajmniej znaczenia naszych usiłowań nadmieniamy, że najświeższa monografia Amoëdy na przerzeczony temat, zdaniem naszem, choć obszerna, niezupełnie odpowiada celowi zamierzonemu. Pochodzi to ztąd, że autorem jej jest dentysta, który zanadto ma na względzie cele swej sztuki ze szkodą celu sądowo-lekarskiego. Mając na oku ten niedostatek pracy Amoëdy i innych, połączyliśmy się do wspólnej pracy, by wzajemnie trzymając się na wodzy, podjętego celowi zadania możliwie najlepiej odpowiedzieć.

I. Zęby a sprawa stwierdzania tożsamości osoby.

Zęby umożliwiają do pewnego stopnia znawcy sądowemu stwierdzenie tożsamości osoby tak u żywych, jak i na zwłokach i to przeobrażonych zgnilizną lub zwęglonych. Po zębach bowiem możemy w przybliżeniu oznaczyć rasę człowieka nieznanego, jego płeć, wiek, zajęcie i pewne stany chorobowe, jakimi jest lub był dotknięty.

Oznaczenie rasy [6]) z zębów. Z badań antropologicznych wynika, że szczęki i zęby różnią się między sobą u różnych ras ludzkich tak przez swą wielkość, jak i kształt; same zęby wyróżniają się nadto przez pewne, niektórym rasom ludzkim właściwe, zniekształcenia. Co do wielkości szczęk, to wykazały badania, że u ras ludzkich, których stopień oświaty jest wysoki, szczęki stają się coraz mniejsze. Wielkość szczęk zależy także od mięszania się ras między sobą. Przeciętne wymiary dla szczęk górnych u mieszkańców Europy wynoszą wedle pomiarów różnych badaczy: szerokość obu szczęk górnych, t. j. odległość od policzkowej powierzchni pierwszego górnego zęba trzonowego jednej strony

[1]) Fritsch: Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Stuttgart 1901.

[2]) Minakow: Ueber die Nägel der Menschenhand itd. Vierteljahrschrift f. ger. Med. 1900. T. 20. Die forens. Bedeutung der Nägel w Heller: Die Krankheiten der Nägel«. Berlin 1900.

[3]) Der Zahn in forensischer Beziehung. Scheff's Handb. der Zahnheilkunde. Wien 1893. Bd. 3. str. 390.

[4]) Sądowo-lekarska dentystyka (Filadelfia) przytoczona wedle Amoëdo, str. 23.

[5]) Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin: deutsch von G. Port. Leipzig 1900. 8° str. 441.

[6]) Amoëdo l. c., str. 92–119.

do policzkowej powierzchni tegoż zęba drugiej strony, wynosi między 48·23 a 58·84 mm.; długość szczęk górnych, t. j. odległość od przednich brzegów wyrostków zębodołowych między obu środkowymi siekaczami, a środkiem linii łączącej odśrodkowe powierzchnie obu zębów mądrości, wynosi między 46·04 mm., a 55·56 mm.; wysokość sklepienia podniebieniowego, mierzona w powierzchni pomyślanej między drugim zębem dwuguzikowym a pierwszym trzonowym przez brzeg wyrostka zębodołowego, wynosi do 13·46 mm.

Znaczne są również różnice co do wielkości zębów, zwłaszcza kłów i trzonowych. Rasy niższe mają silnie rozwinięte kły i zęby sieczne; kły przypominają u nich kły małp antropoidalnych. Podczas gdy zęby trzonowe okazują u ras narodów oświeconych skłonność do zanikania (Darwin), to u ras o nizkiej oświacie są one silnie rozwinięte, a nadto, podczas gdy u pierwszych wielkość zębów trzonowych zmniejsza się stopniowo od pierwszego do ostatniego, to u drugich, podobnie jak i orangutana, wzrasta wielkość od pierwszego ku ostatniemu stopniowo (Owen, Prumier). Szczegół ten nadaje się zatem w celach sądowo-lekarskich do oznaczenia rasy. W. H. Flower, badając długość zębów u różnych ras, podzielił je na trzy gromady, t. j. na mikrodontów, mesodontów i megalodontów. Za podstawę do tych obliczeń służyła długość zębowa (D), t. j. odległość dośrodkowej powierzchni pierwszego zęba dwuguzikowego od dystalnej powierzchni zęba mądrości w szczęce górnej, brana w stosunku do wymiaru odległości między nasadą kości nosowych (gładyszką), a przednim brzegiem wielkiego otworu w kości potylicowej (N. P.), wedle wzoru $\frac{D \times 100}{NP}$. W ten sposób otrzymał on wykładnik długości zębowej, który u mikrodontów (do nich należą mieszkańcy Europy, polinezyjczycy z wysp Sandwich itd.) wynosi mniej, niż 42 mm., u mesodontów (chińczycy, malajczycy, afrykańcy, negrowie itd.) między 42 a 44 mm., u megalodontów (australczycy itd.) ponad 44 mm. Różnice w kształcie zębów u poszczególnych ras są jeszcze do tej chwili niedokładnie zbadane i nieustalone, jakkolwiek, wedle odnośnych badań Zuckerkandla, Regnaulta, Magitota i innych, nie mogą one ulegać wątpliwości. Z tem łączy się także sprawa mniejszej lub większej skłonności różnych ras do próchnicy zębów, zależnej częściowo od budowy zębów i składu śliny. Wreszcie można rasę rozpoznać także po sztucznych zniekształtnieniach, jakie zwłaszcza niższe rasy w celach wrzekomego przyozdobienia, napiętnowania lub żałoby, w zębach wywołują. Zniekształtnienia te polegają na odłamywaniu krawędzi lub koron siekaczy (Afryka), na wyrwaniu siekaczy (Afryka i Australia, jako upiększenie, napiętnowanie lub znak żałoby), na spiłowaniu pilnikiem lub kamieniem siekaczy i kłów (Archipelag malajski, w celach religijnych w okresie pokwitania), na wprawianiu drogich kamieni lub kawałków metali w zęby sieczne lub kły (tamże), na wychyleniu zębów siecznych górnych ku przodowi (Senegal, znamię piękności), wreszcie — na wprawianiu sztucznych kolorowych zębów (firma Asha w Londynie wyrabiała sztuczne zęby czarne dla Syngalezów, turkusowo-niebieskie — dla Chińczyków).

Oznaczenie płci z zębów nie może z natury rzeczy być pewnem i ścisłem, lecz tylko przypuszczalnem; różnice bowiem, jakie zauważono między zębami mężczyzn a kobiet, są nieznaczne. Różnice te mogą tylko stanowić środek pomocniczy przy rozpoznawaniu płci zwłok nieznanej osoby z innych, więcej cechujących znamion kośćca, n. p. z miednicy i t. d. Z wymiarów szerokości i długości zębów, zwłaszcza siecznych, u mężczyzn i kobiet, dokonanych przez Parreidta[7]), Schaaffhausena[8]) i Mela[9]) wynika, że zęby mężkie są dłuższe i szersze, zatem silniej rozwinięte, niż kobiece, że w szczególności mężkie zęby sieczne górne środkowe wynoszą na szerokość przeciętnie 8·957 mm., kobiece 8·318 mm., górne sieczne boczne u mężczyzn 6·699 mm., u kobiet 6·54. Wedle Schaaffhausena zęby sieczne u kobiet są w stosunku do wysokości ich ciała szersze, niż u mężczyzn, również w stosunku do wysokości ciała, gdyż stosunek wysokości mężczyzn a kobiet przedstawia się przeciętnie jak 16 do 15. Inne różnice między zębami mężczyzn a kobiet są więcej przygodne i mniejszego znaczenia. Do nich zaliczamy przeciętnie większą dbałość o zęby u kobiet, niż u mężczyzn, większą częstość próchnicy w zębach kobiecych, niż mężkich, z powodu delikatniejszej i mniej trwałej ich budowy (zwłaszcza zęby błękitnawe lub brudnobiałe); rzadziej spotykamy na zębach kobiecych czarny osad z dymu tytoniowego. Szczęki mężkie są względnie silniej rozwinięte i na powierzchni swej więcej chropowate (wskutek przyczepu silniej rozwiniętych mięśni), niż szczęki kobiece; ramiona wstępujące żuchwy są u mężczyzn względem trzonu żuchwy więcej prostopadłe, u kobiet zaś więcej pochyłe. Z pojedynczych zębów, kilku lub jednego, niepodobna wysnuć żadnych wniosków co do płci ich właściciela.

Oznaczanie wieku z zębów[10]). Podobnie jak inne części kośćca zęby nadają się dobrze do oznaczenia wieku tak u osób żywych, jak i w zwłokach. Rozumie się samo przez się, że oznaczenie wieku z zębów, podobnie jak i z innych części składowych kośćca, musi się wahać w pewnych granicach, a nie może być matematycznie ścisłe. Atoli już i takie określenie wieku, otrzymane w pewnych blizkich sobie granicach, jest wielkiej donioslości dla celów sądowolekarskich.

Już w dobie życia płodowego tworzą się zawiązki zębów. Wedle Toldta około połowy szóstego miesiąca życia płodowego powstają pęcherzyki dla górnych i dolnych siekaczy; w początkach siódmego miesiąca dla pierwszych trzonowych, około połowy tego miesiąca dla kłów, około połowy ósmego miesiąca dla drugich trzonowych. Przy końcu życia płodowego korony siekaczy całkiem są już wytworzone; w innych zębach zaś znajdują się części koron, również już wykształcone. Powyższe szczegóły mogą zatem posłużyć do oznaczenia pewnych okresów życia płodowego.

Czas i porządek, w jakim zęby mleczne, a następnie stałe, wyrzynają się, choć jest do pewnego stopnia zmienny, przecież trzymając się pewnych okresów życia, pozwala je

[7]) Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde 1884, Str. 191.

[8]) Paltauf l. c.

[9]) Teza o zębach pod względem sądowo-lekarskim. Genua 1894.

[10]) C. Wedl: Pathologie der Zähne i t. d. Leipzig 1870.

Toldt: Die Knochen in gerichtsärztlicher Beziehung w Maschki Handb. d. ger. Med. Tübingen 1882. T. 3, str. 529—530.

Drasche: Bibliothek d. gesam. med. Wissensch. Hygiene und gerichtl. Medizin. Wien, Leipzig 1899, str. 433.

Hofmann: Lehrb. d. ger. Med. Wien, Leipzig 1898.

Mauczka: Die Zähne vom gerichtsärztlichen Standpunkte Oesterr. Vjschr. f. Zahnheilkunde 1892.

J. Hyrtl: Handbuch d. topograph. Anatomie. Wien 1882. T. I str. 435—440.

J. Scheff *jun.*, Lehrb. d. Zahnheilkunde. Wien, Leipzig 1884.

temsamem oznaczyć. I tak zjawiają się w ciągu siódmego miesiąca życia oba środkowe siekacze szczęki dolnej, wkrótce zaś potem oba środkowe siekacze szczęki górnej. Do rzadkich wyjątków należy porządek odwrotny i tem też należy sobie tłómaczyć zabobon Dahomejczyków, którzy, wedle Hyrtla, uważają dzieci z wyrzynającemi się najpierw siekaczami w szczęce górnej za pochodzące od złego ducha i nakazują je zabijać. Pierwsze zęby, tj. dwa środkowe siekacze dolne, pojawiają się niekiedy wcześniej, niż w siódmym miesiącu życia, jednak najczęściej pojawiają się raczej później, t. j. n. p. w ósmym miesiącu. Do rzadkości zaliczyć należy te przypadki, w których, jak to miało miejsce u króla Ryszarda III, Ludwika IV, u Mazarina i Mirabeau, rodzą się dzieci już z dwoma siekaczami w szczęce dolnej [11]). W kilka tygodni po środkowych siekaczach dolnych i górnych wyrzynają się siekacze górne boczne, a potem dolne boczne tak, że dziecię jednoroczne posiada już przeciętnie ośm siekaczów mlecznych. W pierwszych trzech miesiącach drugiego roku życia zjawiają się pierwsze zęby policzkowe, z końcem połowy lub w trzecim kwartale drugiego roku (18—32 miesięcy) kły, z końcem drugiego lub początkiem trzeciego roku wyrzynają się: drugie policzkowe tak, że w tym czasie posiada już dziecię wszystkie (20) zęby mleczne. Jakkolwiek, jak to już nadmieniliśmy, zachodzą nierzadko pewne wyjątki od powyższego, doświadczeniem ustalonego czasowego porządku wyrzynania się zębów mlecznych, przecież wyjątki te nie uniemożliwiają korzystania z powyższego szematu przy określaniu wieku dzieci, lub ich zwłok. Znacznie większym wahaniom co do czasu i porządku wyrzynania się zębów ulega drugie ząbkowanie. W przebiegu jego zachodzą nawet znaczne różnice między jedną a drugą stroną uzębienia tejsamej osoby. To też wartość szematów, określających czas i porządek wyrzynania się zębów stałych, jest względną odnośnie do określenia wieku. Drugie ząbkowanie rozpoczyna się z siódmym rokiem życia pojawieniem się pierwszego zęba trzonowego, który też u Francuzów nosi nazwę zęba siedmiu lat *(la dent de sept ans)*. Zęby środkowe sieczne wyrzynają się mniej więcej w 7 lub 8 roku, boczne w 9 roku, przednie dwuguzikowe w 10 lub 11, kły w 11 lub 12, tylne dwuguzikowe w 11—13 roku, zęby mądrości w 18—24 roku, a czasem jeszcze później, jak np. u wielkiego reformatora anatomii Vesala, u którego dopiero zjawiły się w 28 roku życia. Zresztą zęby mądrości są już obecnie zębami, przeznaczonymi na zupełne zaniknięcie (Darwin, Broca), to też pomijając ich najczęściej szczątkową postać, nierzadko wcale się nie wyrzynają, albo też wyrzynają się w późnej starości, n. p. w 65 roku życia. W 12 roku życia zjawiają się drugie zęby trzonowe.

Tak zęby mleczne jak i zęby stałe nie są jeszcze zupełnie wykształcone w chwili wyrzynania się; korzenie ich bowiem rosną jeszcze dalej na długość tak, iż dopiero w drugim roku od wyrznięcia się zęba kończy się rozwój jego korzenia. Zrazu jest także i kanał zębowy szeroki i kończy się rozwartem ujściem w szczycie korzenia.

Zęby trwałe zużywają się z biegiem lat w nierównomiernym stopniu, a to zależnie między innymi czynnikami od jakości używanych pokarmów. U starców, o ile jeszcze posiadają zęby, widzi się zupełne starcie krawędzi i części korony siekaczy; tożsamo starcie guzków w zębach dwuguzikowych i trzonowych. Starcie zębów, jakoteż brak ich, wywołany wypadnięciem, stanowią szczegół o tyle pomocniczy, o ile brane są pod uwagę [12]) łącznie z innemi zmianami w układzie kostnym (zanikiem szwów czaszkowych, zanikiem kości w ogóle, zanikiem wyrostków zębodołowych szczęk i t. d.). Zmiany takie dowodzą wieku starszego (od 70 lat wzwyż), nie biorąc pod rozwagę wiądu przedwczesnego.

Godnem jest uwagi, że zdarza się niekiedy w późnej starości trzecie i czwarte zębowanie, któremu mogą towarzyszyć objawy chorobowe, podobne do dostrzeganych u dzieci przy pierwszem ząbkowaniu *(dysodontiasis)*, jak np ślinotok, biegunki, objawy mózgowe itd. Zęby te, w tak późnym wieku się wyrzynające, istniały już albo w wieku dziecięcym i pojawiły się w starości dlatego, że sąsiednie zęby wypadłszy utorowały im drogę, albo też wytworzyły się one dopiero w tak późnym wieku. Hufeland wspomina o pewnym mężczyźnie, który w 116 roku życia zyskał ośm nowych zębów; te wypadły mu po upływie pół roku, poczem pojawiły się nowe. W ciągu czterech lat zmieniał kilkakrotnie zęby, w ogólnej liczbie 50! Starzec ów liczył w chwili śmierci 120 lat życia. Niekiedy znowu zdarza się, że drugie zębowanie jest niezupełne, t. j. że nie wszystkie zęby stałe się pojawiają. W tych znowu przypadkach spotykamy albo zupełny brak pewnych zębów stałych, albo też zęby mleczne nie wypadają, a utrzymując się nadal, zastępują miejsce niewyrzniętych zębów stałych.

Zęby mogą okazywać pewne szczególne znamiona, po których udaje się nieraz stwierdzić tożsamość osoby nieznanej na zwłokach świeżych jej lub znacznie przez zgniliznę przeobrażonych, względnie zwęglonych. Do tych szczególnych znamion musimy zaliczyć: 1) pewne chorobowe zmiany zębów, 2) obrażenia ich, wywołane przez pracę zawodową, po których można w przybliżeniu rozpoznać zawód ich właściciela, 3) zmiany wywołane w zębach przez przetwory chemiczne i przez ogólne choroby ustroju, 4) zmiany utworowe zębów, jako tak zwane znamiona zwyrodnienia u obłąkanych, zbrodniarzy, prostytutek i karłów, 5) fizyologiczne i patologiczne właściwości zębów, 5) plomby zębowe i sztuczne uzębienia.

1) *Chorobowe zmiany zębów* dają się nieraz trudno tylko odróżnić od zmian sztucznie wywołanych. Pierwszą, najczęstszą zmianą jest próchnica zębów. Pod względem sądowo-lekarskim ma ona tylko o tyle znaczenie, o ile ząb przez nią w wyższym stopniu dotknięty jest kruchszym, a więc łatwiej przy stosunkowo słabem uderzeniu odłamać się może. Czy złamanie zęba dotkniętego próchnicą nastąpiło wskutek urazu zewnętrznego, czy też się on samoistnie odłamał, sądzić można tylko po szerokości pozostałych części odłamka, tj. czy owa pozostała część jest na krawędzi szeroka i czy samo miejsce złamania jest białe i twarde. Jeżeli odłamana ściana zębiny była cienką, brudno zabarwioną, a zarazem miękką i z zewnątrz tylko cienką blaszką szkliwa pokrytą, przypuścić prędzej należy samoistne pęknięcie, niż uraz zewnętrzny. W każdym jednak razie daleko posunięta próchnica zęba jest czynnikiem usposabiającym do odłamania korony przy stosunkowo słabym urazie. Próchnica zębów ma jeszcze ponadto znaczenie przy powstawaniu mar-

[11]) Doc. Raczyński przesłał jednemu z nas (Łepkowski) dziecię nowonarodzone z dwoma siekaczami środkowymi w szczęce dolnej z tego powodu, że dziecię to, kaleczac sobie język o zęby przy ssaniu, nie chciało chwytać piersi. Gdy z obawy krwotoku, jakiego spodziewać się należało po wyrwaniu zębów wskutek ssania dziąseł, spiłowanie ich skutku nie odniosło, usunięto je zupełnie, a na ranę, zkąd powstałą, zastosowano z pomyślnym skutkiem czasowe uciśnięcie dziąseł.

[12]) Zęby mogą wypaść przedwcześnie. I tak wspomina Rush o 80 i 100 letnim starcu, którzy w 30 roku życia stracili zęby, wreszcie o 81-letnim starcu, u którego w 19 roku życia zęby poczęły wypadać tak, że gdy doszedł 23 lat, nie posiadał już żadnego.

twicy fosforowej i tu nadmienić trzeba, że chlebodawca i lekarz dozorujący popełniają błąd wielki, przyjmując robotnika z zepsutymi zębami do fabryki zapałek fosforowych, gdyż u takich osób powstaje szybko martwica fosforowa.

Drugą z rzędu zmianą chorobową zębów, posiadającą znaczenie sądowo-lekarskie, są zaniki klinowe, zdarzające się najczęściej na szyjkach zębów. Choroba ta, której etyologia nie jest dostatecznie znana, cechuje się zagłębieniem klinowem w okolicy szyjki zębów, o dnie zazwyczaj lekko żółtawo zabarwionem, twardem, o brzegach równych, gładkich. Odróżnienie od próchnicy jest łatwe ze względu na zabarwienie i twardość dna. Obecność zaników klinowych daje nam pewne wskazówki co do wieku; zdarzają się one prawie wyłącznie u osób starszych po 30 roku życia; między 20 a 30 rokiem spotykamy je nadzwyczaj rzadko, później częściej, nigdy zaś nie napotykamy ich w wieku młodzieńczym, tj. do 20 roku życia. Uszkodzenia te pomylić można li tylko z obrażeniami zawodowemi u robotników w hutach szklanych, lub u muzykantów, grających na instrumentach dętych. Odróżnienie nie przedstawia wiele trudności, gdyż po większej części obrażenia zawodowe dotyczą szkliwa korony, nie zaś szyjki zęba i są płaskie, a nie klinowe.

Do zmian, które nagabują twardą istotę zęba, należy zużycie. Jest ono wynikiem żucia, a ma znaczenie jako cecha starcza; zarazem bywa często objawem nieprawidłowego ustawienia zębów. W młodszym wieku wyjątkowo tylko spostrzegamy ślady zużycia, zeszlifowania się szkliwa i zębiny. Zdarza się ono tam, gdzie przez niewłaściwe ustawienie się jednego lub kilku zębów przeciwległe im zęby tak na siebie nacierają przy żuciu, że powierzchnie ich styczne wzajemnie się ścierają. Zużycie to trwać będzie, aż dopóki zgryz na większej przestrzeni się nie ustali, tj. się nie zetknie w większej ilości punktów z przeciwnymi zębami. Przy prawidłowem ustawieniu zębów, a więc tam, gdzie zęby sieczne i kły górne stoją poprzed zębami siecznymi i kłami dolnymi, zużycie się zębów należy do wyjątków. Przeciwnie zaś przy zgryzach nagryzających, t. j. gdzie powierzchnia służąca do żucia danego zęba leży wprost na odpowiedniej powierzchni antagonisty, zużycie się zębów jest łatwe. W tym przypadku zużytemi, a raczej startemi, będą powierzchnie żujące i to często tak dalece, że z czasem niszczeje cała korona. Odróżnienie od złamania jest łatwe. Przy tak zwanych przodozgryzach, tj. ustawieniu zębów dolnych poprzed górnymi, powierzchnie wargowe zębów górnych siecznych, jeżeli nie są zbyt głęboko w szczęce osadzone i swemi powierzchniami wargowemi dotykają językowych powierzchni zębów dolnych siecznych, ścierają się w miejscach dotknięć. Po tych zmianach stwierdzony przodozgryz może posłużyć do stwierdzenia tożsamości osoby jak to np. miało miejsce w przypadku morderstwa w Polnej, w którym tożsamość denatki Maryi Klimy stwierdzono na kośćcu przez Jana Vasika po wysterczającej żuchwie i po zachodzących zębach dolnych na górne[13]).

Zmiany starcze na zębach dotyczą tak samo twardej istoty zęba, jako też miazgi zębowej i części sąsiednich, tj. zębodołu i kości szczękowych. Nas zajmować tu mogą tylko zmiany tyczące się szkliwa i dentyny. Należy tu zaliczyć zmiany, o jakich była mowa przy zużyciu się zębów i zanikach klinowych, ponadto zaś zmiany starcze w części koronowej i w części korzeniowej zęba. Zmiany zębiny cechują się już samem zabarwieniem korony. U osobników młodych barwa zębów bywa różna, rzadko zaś dozwala, aby korony przeświecały. U starszych przeświecanie korony należy do reguły. Twardość zębiny u starszych jest mniejsza, niż u młodszych, co przy świdrowaniu i piłowaniu zęba łatwo można stwierdzić. Zębina na przekroju w zębach starców wykazuje pigmentacyę znacznie większą, niż w wieku młodym. Szkliwo staje się czasem jakby popękane i więcej brunatno zabarwione, co pochodzi właściwie od ciemniejszego zabarwienia się dentyny; samo bowiem szkliwo jest więcej bezbarwne i przeźroczyste. Przeświecanie dentyny ma swoje doniosłe znaczenie także w części korzeniowej zęba. Korzeń staje się w niektórych miejscach przeźroczystszy i to dotyczy raz końca korzenia, drugi znów raz szyjki zęba. Zdarza się jednak często, że wydobyty korzeń zęba u starca będzie miał w całości wejrzenie jak gdyby rogowo-przeświecające. Cement jest u starców nierówny, a nierówność tę można łatwo już gołem okiem dostrzedz; nierówność ta jest naturalnem zjawiskiem nekrobiozy.

2) Zmiany zawodowe w zębach są ze względu na ich powstawanie zawsze przyrody urazowej.

Didsbury[14]), który szczegółowo sprawą tą się zajmował, wspomina o zmianach, jakie znajdował u szewców i robotników w hutach szklanych, Amoëdo zaś zauważył cechujące zmiany zawodowe u muzykantów, grających na instrumentach dętych i krawców, odgryzających nić przy szyciu. Z własnego doświadczenia dodać tu musimy zmianę nie ściśle zawodową, ale raczej nawykową, tj. charakterystyczną zmianę na zębach od trzymania cygarniczki, fajki, którą szczególniej u naszych górali spotykamy. Odnośnie do tych wymienionych zajęć urazy mechaniczne zębów wywołują różne cechujące starcia i zagłębienia na zębach. Rozumie się, że przedewszystkiem skutki tych urazów dotyczą zębów przednich, a więc siecznych. U szewców, którzy dratwę zębami naciągają, zęby sieczne środkowe na pierwsze wejrzenie przypominają zęby Hutchinsonowskie, tj. okazują nakarbowania, wywołane dratwą. Nakarbowania te jednak przy bliższem rozpatrzeniu przedstawiają się jak gdyby były zrobione świderkiem i przebiegają poziomo, co właśnie jest charakterystycznem w odróżnieniu od zębów Hutchinsonowskich. U hutników w fabrykach szkła i muzykantów grających na dętych instrumentach, zmiany są takie same tj. polegają one na zeszlifowaniu szkliwa na przedniej ścianie zębów siecznych dolnych. Fajka lub cygarniczka tworzy zagłębienie, a raczej zeszlifowanie krawędzi zębów między kłem dolnym a pierwszym dwuguzikowym, z odpowiedniem zeszlifowaniem krawędzi w górnej szczęce. Najczęściej dotyczy to strony prawej: obecność zmiany tej na stronie lewej wskazywałaby na szczególne przyzwyczajenie, lub na mańkuta. Że zmiany te mają ważne sądowo-lekarskie znaczenie, dowodzi przypadek opisany przez Merciolle[15]). W pobliżu zwłok zamordowanego bankiera w Petersburgu

[13]) Neue freie Presse. Wiedeń, listopad 1900 r.

[14]) Didsbury; Professionelle Schädigungen der Mundhöhle und der Zähne 1885.

[15]) Merciolle: Appreciation de l'examen de la dentition dans les questions d'identité. (These. Lyon 1891).

leżała zdruzgotana cygarniczka z pianki morskiej, nasadka bursztynowa była nienaruszona. Podejrzywano, że cygarniczka ta była własnością denata. Skoro jednak sędzia śledczy znalezioną nasadkę bursztynową bliżej zbadał, znalazł na niej dwa wklęsłe miejsca, które były nakarbowane zębami palacza. Jedno z nich było głębsze, drugie płytsze. Zęby denata nie stosowały się zupełnie do tych zagłębień. Cygarniczka ta, która najprawdopodobniej złamała się podczas walki mordercy z bankierem, była własnością nie ofiary, lecz mordercy. W ciągu śledztwa aresztowano stryja denata, który w dniu krytycznym na $^1/_2$ godziny przed spełnieniem zbrodni odwiedzał swego siostrzeńca. Oględziny pojmanego wykazały, że jego lewy ząb sieczny był krótszy niż prawy, a porównanie tego uzębienia ze znalezioną nasadką bursztynową dało wynik dodatni. Morderca wobec tego niezbitego dowodu przyznał się i uległ karze. W przypadku bratobójstwa [16]) w r. 1825 zaginął pewien człowiek nazwiskiem Guerin. Podejrzenie padło na jego brata i wyrażono przekonanie, że ten popełnił bratobójstwo, brakło jednak dostatecznych dowodów. W trzy lata później odkryto przypadkowo w piwnicy domu, w którym denat mieszkał, zagrzebany szkielet ludzki, który rzeczoznawcy uznali za szkielet Guerina. Rozpoznanie tożsamości oparto na zębach, tj. na zeszlifowaniu między kłem a dwuguzikowym od fajki z nasadką glinianą, której denat miał zawsze używać.

Respinger [17]), omawiając obrażenia, napotykane u ludzi palących fajkę, twierdzi, że zeszlifowania te mają następujące umiejscowienia: 1) na stronie lewej między siecznym bocznym a kłem, 2) w środku pomiędzy obydwoma siecznymi środkowymi, 3) na stronie prawej między siecznym bocznym a kłem i 4) między prawym kłem a pierwszym dwuguzikowym. Zagłębienia te są po stronie prawej głębsze i wydatniejsze, a najbardziej charakterystycznem z nich jest to, które jest między prawym kłem a pierwszym dwuguzikowym. (C. d. n.)

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Zbadaniu wpływu gruczołu tarczykowego na serce poświęcił wyłączną uwagę Cyon [42]).

Doświadczenia jego wykazały, że pod wpływem wstrzykiwań jodotyryny zwiększa się pobudliwość nerwu błędnego i podnosi parcie krwi. U zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczykowego, pobudliwość n. błędnego jest mniejsza, a zato wrażliwsze są nerwy przyspieszające *(n.n. accelerantes)*. Cyon sądzi, że wydzielina gr. tarczykowego ważną odgrywa rolę w czynności serca, że utrzymuje w stałem fizyologicznem napięciu narząd nerwowy, regulujący tę czynność, a na odwrót, że nerwy sercowe za pośrednictwem naczyń miarkują czynność gruczołu.

Obraz zatrucia tyroidynowego, wywołanego w celach doświadczalnych u zwierząt, pod wielu bardzo względami podobny jest do obrazu, spostrzeganego niejednokrotnie u ludzi, którzy w celach leczniczych spożywali przez czas dłuższy, lub w nieodpowiedniej ilości gruczoł tarczykowy. I u nich występowały przypadłości ze strony narządu trawienia, występowało pewne podniecenie czynności serca i zwiększone parcie krwi, powodujące nawet przedarcia drobnych naczyń; ciepłota ciała podnosiła się, niekiedy występował białkomocz lub cukromocz; w pojedynczych przypadkach notowano nawet powiększanie się gruczołu tarczykowego, występowanie gałek ocznych, a jak w przypadku Notthafta [43]) także zaznaczone objawy Stellwaga i Graefego. Stan taki ochrzczono mianem *Thyreoidismus* [44]).

Nie trudno było dopatrzyć w nim podobieństwa do zbioru zboczeń, cechujących chorobę Basedowa. A stąd krok jeden tylko do wprowadzenia w związek przyczynowy czynności wydzielniczej gruczołu tarczykowego z chorobą Basedowa i do uzasadnienia nowej teoryi o powstawaniu tej choroby, tak zw. tarczykowej, wygłoszonej najpierw przez Möbiusa, a potem w odmiennej nieco postaci podawanej przez Marie, Eulenburga i Notthafta.

Wspólną myślą przewodnią tak macierzystej teoryi, jak i jej późniejszych odmian jest przypuszczenie, że skutkiem obfitego wytwarzania się wydzieliny gruczołu tarczykowego przychodzi do nadmiernego gromadzenia się jej w ustroju i do przeładowania ustroju. Möbius [45]) w takiej nadprodukcyi widzi przyczynę ogólnego zatrucia, które na zewnątrz cechuje się podnieceniem czynności poszczególnych narządów i nieprawidłowościami w ekonomii ustroju. Marie [46]) jest zdania, że istota, wydzielana w nadmiernej ilości przez gruczoł tarczykowy, zadrażnia ośrodkowy układ nerwowy i że drażnienie to za pośrednictwem odśrodkowych włókien nerwowych przenosi się na obwodowe narządy. Eulenburg [47]) wreszcze sądzi, że do wywołania objawów choroby Basedowa nie wystarcza sama nadprodukcya wydzieliny gruczołu tarczykowego, przypuszcza, że wydzielina ta jest także jakościowo zmienioną. Pogląd, który o tyle jeszcze może mieć pewne dane za sobą, że znamy przypadki choroby Basedowa, wikłające obrzęk śluzakowy [48]), a więc chorobę, która niewątpliwie polega na wygasaniu czynności gruczoła tarczykowego. Zdanie wypowiedziane przez Eulenburga przyjmuje w całej rozciągłości także Notthaft [49]).

Jednym ze szczegółów, spotykanych w chorobie Basedowa, a stwierdzanym przez niektórych autorów także u chorych, leczonych gruczołem tarczykowym, lub u zwierząt, którym podawano ten gruczoł w celach doświadczalnych, jest czasowy, niekiedy więcej nawet stały cukromocz. Dokładniejsze badania wykazały, że do wydzielania cukru pod wpływem gruczołu nie przychodzi u wszystkich chorych, nie u każdego i nie przy każdym sposobie żywienia. Prze-

[16]) Annales d'hygiène publ. et de médecine légale, 1829, str. 464.

[17]) Respinger: Beiträge zum Studium der Zahnusuren. Revue trimestrielle suisse d'Odontologie. Czerwiec 1896.

[42]) Cyon: „Centralblat. f. Physiologie" B. XI. S. 249, 337. Ref. „Deutsche med. Wochschft" 1898. 212, 543.

[43]) v. Notthaft: Ein Fall von artificiellem akutem thyreogenem Morbus Basedow. „Centrblt. f. inn. Med." 1898. S. 353.

[44]) Por. J. P. zum Busch: Zur frage des Thyreoidismus. „Deut. med. Wochschft." 1896 Nr. 31.

[45]) Möbius: „Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde". 1891

[46]) Marie: „Semaine méd." 1894.

[47]) Eulenburg Deut. med. W. 1894. S 469.

[48]) Por. Ulrich. Ueber Morbus Basedowi u. Myxödem. „Therap. Monatsheft." 1900. S. 291.

[49]) v. Notthaft l. c.

ciwnie nawet z doświadczeń Bettmanna[50]) i Movina[51]) wynika, że są tu potrzebne tak pewne wewnętrzne ustrojowe dane, jako też warunki zewnętrzne, zależne od większego dowozu węglowodanów. Przy ich nadmiarze Bettmann używał wprost cukru gronowego — występował u niektórych osób cukromocz przemijający *(glycosuria alimentaria)*, gdy podawano im równocześnie przetwory gruczołu tarczykowego. To samo w podobnych warunkach spostrzegał Georgiewsky[52]) także u zwierząt, żywionych pokarmami, złożonymi wyłącznie lub przeważnie z istot skrobiowatych.

Z obydwóch powyższych doświadczeń wynika, że wydzielina gruczołu tarczykowego wpływa istotnie ujemnie na spalanie się cukru, a szczegóły stwierdzone przez obu wspomnianych autorów zdają się uzasadniać hipotezę Noordena[53]), który dawniej jeszcze przypisywał wydzielinie gruczołowej własności, polegające na upośledzaniu przeistaczania się w ustroju węglowodanów na tłuszcze. U ludzi, u których już w zwykłych warunkach przy pożywieniu mięszanem pojawia się cukromocz po podaniu gruczołu tarczykowego, przypuszczać można wadliwą przemianę pierwiastków w zakresie istot bezazotowych i podejrzywać możliwość powstania moczówki cukrowej. Przetwory gruczołu tarczykowego mogłyby mieć w takich przypadkach znaczenie środka rozpoznawczego. Bardzo ciekawe są spostrzeżenia, poczyniono na młodych, nierozwiniętych jeszcze zwierzętach, którym wyjęto gruczoł tarczykowy, wykazujące znaczne upośledzenia wzrostu i rozwoju. To samo stwierdzić mógł Aschoff[54]) z Göttyngi, sekcyonując zwłoki półrocznego dziecka, okazującego wrodzony brak gruczołu tarczykowego.

Rozpatrując wyniki ścisłych badań i doświadczeń, przedsiębranych w różnych warunkach i w różnych celach z gruczołem tarczykowym, nie trudno przyjść do przekonania, że istota, a raczej istoty, zawarte w wydzielinie gruczołu, nie działają w jednym tylko kierunku, że własności tej wydzieliny i w celach leczniczych zużytkować można w szerszym zakresie. Wobec tego właściwą byłoby rzeczą podzielić całą terapię gruczołową na dwa działy: dział terapii, zmierzającej do zastąpienia przetworami gruczołu niedostatecznej lub zupełnie wygasłej czynności fizyologicznej: leczenie w ścisłem słowa tego znaczeniu zastępcze, terapia substytucyjna — i dział, w którym zużytkowujemy inne, że się tak wyrażę, poniekąd uboczne wpływy istoty gruczołu tarczykowego. W pierwszym przypadku nosić będzie leczenie cechy leczenia czysto przyczynowego, w drugim leczenia raczej objawowego.

Leczenie przyczynowe, czyli zastępcze, — terapia substytucyjna — jest o wiele starsze, stanowi wstęp do całej terapii tarczykowej. Stosowano je, jak to wyżej poznaliśmy, najpierw w przypadkach tężyczki i chery pooperacyjnej i ściśle etyologicznie z nią złączonego obrzęku śluzakowego; Gottstein[55]) z kliniki Mikulicza z równym skutkiem zaczął podawać gruczoł tarczykowy także w zwykłej postaci tężyczki. Liczba przypadków, leczonych w ten sposób, jest już bardzo poważna, sięga kilku setek spostrzeżeń, ogłoszonych drukiem[56]). Wyniki, co zresztą wypływa wprost z samego pojęcia terapii zastępczej, substytucyjnej, są do pewnego tylko stopnia zadowalniające. Tam, gdzie gruczoł uległ zupełnemu zanikowi, lub gdzie go doszczętnie usunięto przez rękoczyn, nie można spodziewać się trwałego wyleczenia. Stan znacznej poprawy, niekiedy zupełnego nawet zdrowia, trwa tak długo, jak długo ustrój otrzymuje w leku brakującą mu istotę; po usunięciu leku wracają w przeciągu krótszego lub dłuższego czasu dawne nieprawidłowości. Potwierdzają to najzupełniej wszystkie sprawozdania literackie, z polskich Bychowskiego[57]), Rothera[58]). O tem samem przekonać się mogłem osobiście, spostrzegając kilka przypadków obrzęku śluzakowego tak w klinice lekarskiej krakowskiej, jako też i w praktyce prywatnej. Pouczający jest w tym kierunku przypadek kliniczny, którego spostrzeganie trwało z przerwami przeszło dwa lata[59]).

Podobnie jak w trzech wyżej wymienionych chorobach działa gruczoł tarczykowy w stanie, co do pochodzenia zupełnie im pokrewnym, w matołectwie. Pod wpływem leczenia, o którem mowa, ustępują nietylko objawy psychicznego niedołęztwa, ale, jak o tem świadczą dość liczne sprawozdania np. Drake Brokmanna[60]), Smitha[61]), Andersona[62]), Bournevillea[63]), Hertogha[64]), Jaunina[65]), Haskoveca[66]) i in., nastaje także znaczna poprawa w stanie fizycznym chorych. Chorzy młodociani rosną i rozwijają się w prawidłowy sposób, z twarzy ich znika wyraz apatyi i ogłupienia, w kształtach i ruchach ciała zjawia się harmonia i równowaga. Niektórzy z autorów (Smith, Parker, Thompson) zwracają uwagę na szczegół niepodrzędnego znaczenia, na wyginanie się kości, zwłaszcza podudzia, występujące u matołków, leczonych gruczołem tarczykowym, podobne zupełnie do skrzywień, spostrzeganych w krzywicy. Wynika z tego potrzeba kontrolowania wzrostu kości i odpowiedniego żywienia chorych.

W ostatnich latach stosować zaczęto za przykładem Reinholda i Brunsa[67]) gruczoł tarczykowy także przeciw wolowi. Pobudką do stosowania go było nowsze zapatrywanie na samą przyrodę wola, według którego powiększenie gruczołu tarczykowego ma być następstwem bądź większego zapotrzebowania jego wydzieliny, jak to najczęściej wydarza się w czasie ciąży, rzadziej w innych warunkach, bądź też wynikiem niedostatecznej jego czynności,

[50]) Bettmann: Ueber den Einfluss der Schilddrüsenbehandlung auf den Kohlehydratstoffwechsel. „Berl. kl. Wochschft." 1897 Nr. 24.

[51]) Movin: „Berl. kl. Wochschft." 1897 Nr. 52.

[52]) Georgiewsky: l. c.

[53]) Noorden: Beiträge zur Theorie u. Praxis der Schilddrüsentherapie bei Fettleibigkeit und Morbus Basedowii. „Zeitschft. f. praktische Aerzte" 1896 Nr. 1 Ref. „Centrbl. f. n. M." 1896 S. 539.

[54]) Aschoff: Deutsche med. Wochschft. 1899. VB. S. 203.

[55]) Gottstein: Deut. Zeitschft. f. Nervenheilkunde, 1895.

[56]) Por Wagner: Über die Behandlung des Myxödems. Schmidts-Jahrb. 241 i L. Korczyński. „Kilka uwag o obrzęku śluzakowym" Przeg. lek. 1896.

[57]) Bychowski: Przypadek myxödematu leczonego tyroidyną Przegl. chir. T. III. Z. 2. S. 147.

[58]) Rother: l. c.

[59]) L. Korczyński: l. c. i Wiener med. Presse, 1898.

[60]) Drake Brokmann: Deutsche med. Wochschft. 1898. T. B. S. 22.

[61]) Smith: *ibidem*.

[62]) Anderson: *ibidem*.

[63]) Bourneville: Ref. w Centrblt. f. in. Med. 1896, Str. 735,

[64]) Hertogh: *ibidem*.

[65]) Jaunin: *ibidem*. Str. 736.

[66]) Haskovec: Wiener med. Wochschft. 1895, N. 43—44.

[67]) Bruns: Deutsche med. Wochschft. 1894. N. 41.

spowodowanej zmianami przewlekłemi w samym gruczole, lub ostrem zakażeniem.

Ze sprawozdań Stabla[68]) z kliniki Bergmanna, Angerera[69]), Knöpfelmachera[70]), i najnowszych Murraya[71]), opartych na spostrzeganiu zasobnego materyału klinicznego, zdaje się wynikać, że i w przypadkach wola oczekiwać nie można trwałego usunięcia powiększenie gruczołu tarczykowego. Najkorzystniejsze jeszcze wyniki osiągnąć się dają u osób młodych, znajdujących się w okresie pokwitania. U tych, skutkiem zwiększonego zapotrzebowania ustroju, nastaje przerost miąższowy gruczołu, jako wyraz większej jego czynności, a wtedy leczenie czyni pracę mniejszą, sprowadza zmniejszenie się przerostu. Do tego samego wniosku uprawniają opisy także mniej licznych spostrzeżeń, skreślonych w różnych czasach przez Irsaia[72]), Tatyego i Guerina[73]), Lennego[74]), Hiebla[75]) i i., oraz sprawozdania Feriera[76]) o leczeniu wola t. zw. epidemicznego.

Podawanie przetworów gruczołu tarczykowego przyczynić się może niekiedy do rozjaśnienia przyrody wola i rozstrzygnąć pytanie, czy powiększenie gruczołu nie jest następstwem sprawy nowotworowej. W tym ostatnim razie spostrzegali Angerer[77]) i Treupel[78]) nagłe powiększanie się obrzęku.

W ramach leczenia zastępczego pomieścićby jeszcze można, pod zasadniczemi zresztą zastrzeżeniami, niektóre przypadki choroby Basedowa, te mianowicie, które w myśl teoretycznych uwag Eulenburga i Notthafta pojąć się dają jako następstwo zmienionej czynności gruczołu tarczykowego. W braku jednak wszelkiego probierza, którym oznaczaćby można właściwe tło etyologiczne choroby, trzeba być z polecaniem takiego leczenia bardzo ostrożnym, stosować je wtedy tylko, gdy chorego ściśle i stale można obserwować, a zaprzestawać z chwilą, gdy wystąpią jakiekolwiek, chociażby na pozór mało znaczące objawy, świadczące o niekorzystnym wpływie terapii. Stanowisko krytyczne, a nawet sceptyczne jest tu tembardziej wskazane, że oprócz dwóch wiarogodnych sprawozdań Silexa[79]) Lichtwitza i Sabrazèsa[80]), które mówią o wyniku dodatnim, inne opisy, jak Leichtensterna[81]), Wendelstadta[82]), Stabla[83]), podnoszą nie tylko brak wszelkiego wpływu, ale wprost nawet wpływ ujemny.

Terapia tarczykowa nie kończy się, jak to już zaznaczyliśmy powyżej, w wyłącznych granicach leczenia zastępczego. Szczegóły, dostrzegane u chorych już w pierwszych początkach stosowania nowego sposobu leczenia i stwierdzone na zwierzętach, użytych do doświadczeń, uprawniały do tego, aby czynić próby także i w innych zakresach. Uwagę zwrócono najwcześniej na skórę i podściółkę tłuszczową; stwierdzono, że u chorych śluzakowych ustają z poprawą stanu ogólnego zmiany, spostrzegane pierwotnie na skórze, że podściółka tłuszczowa cieńczeje, że zmniejsza się przytem ciężar ciała. Leczenie otłuszczenia i niektórych chorób skóry było naturalnem następstwem tych spostrzeżeń.

Względnie też dość rychło rozpoczęły się próby leczenia otyłości za pomocą gruczołu tarczykowego, podjęte prawie równocześnie przez Yorke-Daviesa[84]) w Anglii i przez Leichtensterna[85]) w Niemczech. Ostateczny wynik był dobry, według Leichtensterna nawet niekiedy wprost zadziwiający *(überraschend günstig)*. I niewątpliwie nowy ten sposób leczenia miałby wszelkie dane po temu, aby stać się jedynym, gdyby był w każdym przypadku skuteczny, nie wymagał, jak inne, zachowywania pewnych przepisów co do żywienia, i gdyby szybszy rozpad i energiczniejsze spalanie się tłuszczu było jedynym wpływem gruczołu tarczykowego na przemianę pierwiastków, gdyby wreszcie wśród leczenia i w jego następstwie nie występowały objawy uboczne, których niestety, zwłaszcza u pewnych osób, lekceważyć nie można.

Tymczasem sam Leichtenstern już w pierwszem swem sprawozdaniu wspominał o działaniu ubocznem, występującem nawet przy ostrożnem dawkowaniu, podnosił, że skutek niewątpliwy osiągnąć się daje tylko przy umiarkowanej dyecie i to przedewszystkiem u osób niedokrewnych, z wiotką podściółką tłuszczową, przypominających swem wejrzeniem, jakby nalanem, chorych śluzakowych. U takich właśnie osób bardzo dbać trzeba o to, aby przez leczenie odtłuszczające nie pozbawić ich wraz z tłuszczem także i białka, którego w nadmiarze wcale nie posiadają. Zwróciwszy się znów do drugiej kategoryi chorych otyłych, tak zwanych pełnokrwistych, z układem naczyniowym silnie napiętym, skłonnych do przekrwień tętniczych, uwzględniwszy wreszcie przypadki powikłane z zwyrodnieniem mięśnia sercowego lub tętnic, z konieczności zapytać się musimy, czy wolno w takich razach bez niebezpieczeństwa stosować lek, który, jak to dowodnie wykazały doświadczenia na zwierzętach i spostrzeżenia na ludziach, bynajmniej nie jest obojętny dla narządu krążenia.

To też, jakkolwiek gruczoł tarczykowy należy niewątpliwie do leków, działających dość pewnie w niektórych przypadkach otłuszczenia, jakkolwiek dość liczne sprawozdania mówią o wynikach korzystnych, najzupełniej przyłączyć się można do zdania tych autorów, którzy, jak Jerzykowski[86]), a zwłaszcza Głuziński i Lemberger[87]), mając na oku z jednej strony wpływ gruczołu na rozpad białka, z drugiej na narząd krążenia, radzą ścisłość w doborze przypadków i dokładność w badaniu wpływu leku na stan chorych w czasie leczenia; zrozumieć także możemy najzupełniej pobudki tych lekarzy, którzy, jak w osta-

[68]) Stabel: Berl. klin. Wochschft. 1896, N. 5.

[69]) Angerer: Münch. med. Wochschft 1896, N. 4.

[70]) Knöpfelmacher: Wiener. klin. Wochschft. 1896, N. 4.

[71]) Murray: Ref. w Nowinach lek. 1901, Str. 91, w Centrb. f. d. Grenzgebiete der Med. u. Chir. 1901, Str. 55.

[72]) Irsai, Vas und Gara: Deutsche med. Wochschft. 1896. N. 28.

[73]) Taty i Guerin: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896, str. 540.

[74]) Lenné: Berl. klin. Wochschft 1897, N. 29.

[75]) Hiebl: Wiener med. Presse 1897, N. 37.

[76]) Ferrier: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898, str. 644.

[77]) Angerer: Münch. med. Wochschft. 1896. N. 4.

[78]) Treupel: Münch. med. Wochschft 1896, N. 6.

[79]) Silex: Berl. klin. Wochschft. 1896, N. 6.

[80]) Lichtwitz und Sabrazes: Ref. w Centrblt. f. inn. Med. 1897, str. 823.

[81]) Leichtenstern: Deutsche med. Wochschft 1894, str. 932.

[82]) Wendelstadt: Deutsche med. Wochschft. 1894, str. 934.

[83]) Stabel: Berl. klin. Wochschft. 1896, N. 5.

[84]) Yorke-Davies: Cyt. według Leichtensterna.

[85]) Leichtenstern: Über Myxödem und über Entfettungscuren mit Schilddrüsenfütterug. Deut. med. Wochschft 1894. S. 932.

[86]) Jerzykowski: Nowiny lekarskie. 1896, S. 5.

[87]) Głuziński i Lemberger: Przegl. lekar. 1896, S. 482.

tnich czasach Ebstein [88]) i Noorden [89]), występują wprost przeciw leczeniu otyłości przetworami gruczołu tarczykowego i nie przyznają mu wyższości nad innymi sposobami.

Próby leczenia chorób skórnych są prawie równoczesne z leczeniem otyłości i były jak tamte następstwem doświadczeń, poczynionych przy spostrzeganiu chorych śluzakowych i matołków.

Jak dotychczas, największy zakres objął Bramwell [90]), podając przetwory gruczołu tarczykowego chorym dotkniętym łuszczycą, wilkiem, rybią łuską, wypryskiem ostrym i przewlekłym, zapaleniem skóry złuszczającem się, pęcherzycą i ogólnem łysieniem. Wyniki korzystne dały się stwierdzić w łuszczycy, rybiej łusce, w wilku i w łysieniu; w innych chorobach lekowanie było bezskuteczne.

Spostrzeżenia Bramwella co do łuszczycy potwierdzają Leichtenstern [91]), Mossé [92]) i inn., a Kaposi [93]) w ostatniem wydaniu znanego swego dzieła wymienia tyroidynę wprost już jako środek pewny, ale nie zapobiegający, jak zresztą wszystkie znane dotychczas leki, nawrotom choroby. Z własnego doświadczenia przyłączyć się mogę najzupełniej do powyższego zdania i zaznaczyć, że w kilku przypadkach łuszczycy, którą jako powikłanie innych chorób miałem sposobność spostrzegać, już w krótkim stosunkowo czasie zmniejszały się i znikały zmiany na skórze w czasie podawania, używanych przeważnie u nas kołaczyków tyroidynowych wyrobu aptekarza Hellera, ale zazwyczaj zjawiały się na nowo w kilka tygodni lub miesięcy od chwili zaprzestania leczenia.

O korzystnych wynikach leczenia chorób skóry wspominają Don [94]), który podawał tyroidynę w rybiej łusce i Morselli [95]), który ją stosował w twardzieli skóry (scleroderma). Prondfort [96]) donosił o dobrem działaniu w jednym przypadku wilka. (Dok. nast.)

* * *

III. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Ciąg dalszy).

Rozmaite metody wyjaławiania dawały równie dobre wyniki, mimo że dzieci badano w porze letniej. Przy braku odpowiedniego nadzoru pewniejsze są przyrządy flaszkowe, aniżeli garnki. Badanie rozmaitych prób mleka wykazało, że obecnie mleka wyjałowionego nie ma; umyślnie zanieczyszczone flaszki, gdy zostają oczyszczone szczotką Soxhleta, gotowane przez 20 minut w $12^1/_2$-procentowym roztczynie mydła szarego i wypłókane gorącą wodą, są zupełnie odkażone. Nakrywy gumowe i szczotki muszą także być gotowane w tym roztczynie. W zakładach musi się to robić codziennie, w domach prywatnych jeden lub dwa razy tygodniowo. Hochsinger podaje pięć zasadniczych punktów: 1) utrzymanie przyrządu Soxhleta i flaszeczek; 2) wyjałowienie w płynącej parze wodnej; 3) korki patentowane wiedeńskie; 4) użycie azbestowego ogrzewacza mleka podczas ssania i 5) użycie ssawki Fürsta. Hempel zwraca uwagę, że przez nadmierne gotowanie mała ilość zawartego w mleku białka przechodzi ze stanu rozpuszczalnego w nierozpuszczalny i dlatego stara się o otrzymywanie i utrzymywanie mleka w stanie odkażonym, zachowując nadzwyczajną czystość w stajniach, aseptyczne dojenie i utrzymując mleko w tym stanie po udojeniu aż do użycia zamiast wyjaławiania. Chavano zaleca mleko wyjałowione w przyrządzie Soxhleta, podawane nierozcieńczone w takiej ilości, jaka odpowiada początkowej wadze ciała. Ostatnie badania Knöpfelmachera wykazały, że przez zwykłe sposoby wyjaławiania ptomainy nie ulegają zniszczeniu zupełnemu, a mleko ulega zmianie w swoim składzie chemicznym. Przez dodanie mięszaniny Biederta lub centryfugowanie według Gärtnera (zob. poniżej) różnica między mlekiem kobiecem a krowiem nie zostaje wyrównaną.

Starano się mleko krów uczynić rozmaitymi sposobami bardziej obfitem w białko, a zmniejszyć zawartość sernika; przez to zmniejszyłaby się ilość żelaza, które znachodzi się tylko w serniku. Ten brak żelaza starano się zastąpić żółtkiem jaja lub karniferyną. Knöpfelmacher zaleca rozcieńczenie mleka do $0,7_0\%$ zawartości sernika, nagromadzenie tłuszczu do 4%, dodanie cukru mlekowego do $5,5\%$ i jednego jaja kurzego na jeden litr pokarmu. Bluze na podstawie własnych badań sądzi, że dzieci, karmione piersią, mogą od siódmego miesiąca życia z dobrym skutkiem dostawać mleko wyjałowione i że zasługuje ono na pierwszeństwo przed zwykłem, chroniąc przed nieżytem kiszek. Heubner przypisuje przyrządowi Soxhleta wyniki korzystne, nie niszczy on jednak zupełnie zarodników. Najlepszem zastępstwem mleka kobiecego dla dzieci jest mleko krowie, które wszędzie dostać można. Jeżeli wyniki karmienia sztucznego w wielkich miastach nie są korzystne, to przyczyną tego jest raczej zanieczyszczenie mleka, aniżeli wielka zawartość białka lub nieodpowiednie rozcieńczenie. Heubner i Hoffmann polecają dla dzieci od pierwszego do dziewiątego miesiąca życia mięszaninę, złożoną z 1 części mleka krowiego i jednej części 6.9-procentowego roztczynu cukru mlekowego. Zawartość wody w tym pokarmie jest wprawdzie cokolwiek większa, jednak stosunek pojedyńczych składników tensam, co w mleku kobiecem. Mięszanina ta zawiera mało tłuszczu, który starano się zastąpić cukrem podając już w pierwszym tygodniu 14,06 cukru, gdy w mleku kobiecem jest 4.69 grm. cukru; nadmiar cukru nie ulega atoli strawieniu i zamienia się pod wpływem bakteryj na kwas mlekowy, powodujący wzdęcie brzucha, kolki i objawy niestrawności. Szontágh i Krieger sprzeciwiają się zbytniemu rozcieńczeniu mleka, gdyż dzieci skutkiem przyjmowania wielkiej ilości płynu pocą się i ziębią. Schlesinger wychodząc z założenia, że pod wpływem wyjaławiania jakość mleka zmienia się, uważa za wystarczające zwykłe zagotowanie lub wyjałowienie w przyrządzie Soxhleta przez kilka minut, jeżeli mleko jest dosyć czyste i po zagotowaniu chłodzone. Ażeby siła odżywcza pokarmu nie straciła na wartości, nie należy schodzić poniżej składu: 2 części mleka: 1 część wody i 6% cukru (na jeden litr 575 kaloryj), gdyż jeden litr mleka kobiecego zawiera 640 kaloryi. Hempel, chcąc mleko krowie uczynić podobnem do kobiecego, rozcieńcza je wodą tak, aby zawartość sernika była równą zawartości sernika w mleku kobiecem, a następnie dodaje tyle śmietany, cukru mlekowego i białka jaja kurzego, aż stanie się podobnem do mleka kobiecego. Poleca wreszcie podawanie mleka niegotowanego według prze-

[88]) Ebstein: Deutsche med. Wochschft, 1899, S. 1.

[89]) v. Noorden: Nothnagels Handbuch der spec. Pathol. und Ther., 1900.

[90]) Bramwell: Ref. Centrblt. f. in. med. 1895. S. 138.

[91]) Leichtenstern: Deutsche med. Wochschft., 1894.

[92]) Mossé Ref. Therap. Monatshefte. 1896, S. 513.

[93]) Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Wien 1899.

[94]) Don: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898, S. 600.

[95]) Morselli: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 63.

[96]) Prondfort: Ref. Therap. Monatsheft. 1894, S. 224.

pisu: mleko krowie przez centryfugowanie sprowadza się do zawartości $7^1/_2$% tłuszczu, dodaje się 10,5 grm. cukru mlekowego i 9,5 grm. jaja kurzego na jeden litr; mleko to rozcieńcza się odpowiednią ilością wody i ogrzewa do 37°C. Monti rozcieńcza obecnie mleko żętycą, otrzymywaną z mleka obfitującego w tłuszcz. Jeden litr mleka ogrzewa się do 35°C. i dodaje 1 grm. proszku podpuszczkowego francuskiego, rozpuszczonego w 40 grm. wody przekroplonej; po 25—30 minutach wytwarza się galareta, którą się ogrzewa do 68°C., oziębia i przesącza przez chustkę jedwabną. Cięż. gatunkowy mięszaniny wynosi 1,020—1,027, oddziaływanie alkaliczne, a skład odsetkowy jest następujący: sernika 0.03, białka rozpuszczonego $1_{,0}$—0.80, tłuszczu $1_{,0}$, cukru $4_{,50}$—$5_{,0}$, soli 0,70. Żętycę mięsza się z mlekiem stosownie do wieku dziecka. Prócz tego wyrabiają we Wiedniu tzw. „Säuglingsmilch“, przez zmięszanie mleka z żętycą; mięszanina ta, poddana działaniu soku żołądkowego, krzepnie w delikatne strzępy. Mleko takie podawano w dwóch rodzajach: 1) składa się z równych części mleka i żętycy; 2) z jednej części żętycy i dwóch części mleka niezbieranego. Pierwsze zawiera sernika 1,22%, drugie zaś 1.61%. Białka rozpuszczalnego zawierają $1_{,0}$—$0,8_0$%. Mleko to zaleca się do podawania oseskom przy odłączeniu od piersi i w początku karmienia dzieci niedonoszonych. Budin podaje noworodkom mleko nierozcieńczone i wykazuje szkodliwy wpływ rozcieńczenia następującem obliczeniem. Mleko kobiece zawiera 871 wody + 123 składników stałych, a mleko krów 865 wody + 135 składników stałych. Przy rozcieńczeniu więc jednego litra mleka krów z dwiema częściami wody otrzymuje się wody $\frac{870+2000}{3} = 957$, a skład części stałych $\frac{135}{3} = 45$ g. Jednem z najbardziej popularnych obecnie przetworów mleka krowiego jest bezsprzecznie mleko wyrabiane od roku 1894 według przepisu Gärtnera, zawierające sernika 1.76%, tłuszczu 3% i cukru 2,4%. Sposób otrzymywania mleka tego, jako zbyt dobrze znany, opuszczam. Pierwsze próby wykonane z tem mlekiem u Frühwalda na 30 dzieciach w wieku od 3 dni do 9 miesięcy wykazały, że troje dzieci go nie znosiło, jedno zmarło skutkiem uwiądu, inne na chorobę płuc tak, iż pozostało 25 dzieci, które mleko znosiły. Przeciętny przyrost na wadze wynosił 20,6 grm. Podając dawki pojedyncze 30—50—25 grm. w odstępach $2^1/_2$—3 godzinnych, podawano dziennie 250—1500 grm.; dzieciom słabym podawano 1% mleko Gärtnera. Wynik ogólny był bardzo dobry, gdyż dzieci rozwijały się dobrze, a ostre i przewlekłe zaburzenia w trawieniu szybko ustępowały. Moser u Wiederhofera na 19 przypadków u dzieci chorych w 18 stwierdził przyrost na wadze, przeciętnie dziennie 11,6 grm. Mleko Gärtnera uważa Moser za równorzędne z kobiecem, a gorsze wyniki tu otrzymywane przypisuje stosunkom materyalnym i niższej inteligencyi rodziców dzieci badanych, gdyż były to dzieci, leczone ambulatoryjnie. Jakkolwiek jest ono bardzo zbliżone do mleka kobiecego, to nie może go jednak zastąpić. Moser zaleca również mleko to w przypadkach nieżytów żołądkowo-jelitowych i w uwiądzie. Raczyński na podstawie badań swych uważa mleko Gärtnera za zbliżone składem do kobiecego, nadaje się ono więc do uzupełnienia i do wyłącznego podawania oseskom; dzieci zdrowe mogą się dobrze rozwijać przy użyciu mleka Gärtnera, a można je również podawać przy zaburzeniach w odżywieniu, ale tu wynik zależy od stopnia choroby. Keilmann (u 50 dzieci) zauważył, że podczas gdy dzieci karmione naturalnie okazywały dziesiątego dnia ubytek na wadze 23 grm., u dzieci sztucznie karmionych ubytek wynosił 176—195 grm. Pod wpływem karmienia mlekiem Gärtnera wynosił ubytek 66 grm. Wyniki więc karmienia mlekiem Gärtnera były lepsze, aniżeli przy zwykłem mleku krowiem i zbliżają się do wyników, otrzymywanych przy karmieniu mlekiem kobiecem. Wyniki są tem gorsze, im bardziej mleko obfituje w sernik i dlatego Keilmann dodaje obecnie $^1/_3$ część wody i w ten sposób zapobiega niestrawności. Escherich i Cahen-Brach uważają choroby przewodu pokarmowego, jako przeciwwskazanie do podawania mleka Gärtnera. Jakkolwiek mleko to zawiera tyle sernika, co mleko krowie rozcieńczone w stosunku 1:1, to jednak strzępy sernika są lżejsze, aniżeli w mleku tak rozcieńczonem. Obydwaj autorzy podnoszą korzystny wpływ mleka tego na dzieci upośledzone w rozwoju, lub dotknięte zołzami, krzywicą i przewlekłem zaparciem stolca. Korzystne wyniki ogłasza także Stoos i do mleka Gärtnera odnosi zmniejszenie się liczby przypadków ostrych nieżytów żołądkowo-kiszkowych. Schütz u dziewięciu osób dorosłych, w części chorych, w części zdrowych, podawał naczczo 200—500 grm. mleka zwykłego, a innym razem znowu mleko Gärtnera. W $1^1/_4$ godziny badał treść żołądka i pokazało się, że mniej zalegało z mleka Gärtnera, niż ze zwykłego, że ono więc w tychsamych warunkach jest łatwiej strawne. Mniej różowo zapatrują się inni klinicyści na wpływ mleka Gärtnera na ustrój dziecięcy. I tak Baginsky, mimo zachowania ostrożności w podawaniu mleka tego u dzieci dyspeptycznych, widział zaburzenia w trawieniu, a przypisuje je zmianie zawiesiny tłuszczu pod wpływem centryfugowania, gdyż kuleczki tłuszczu się zbijają i trudniej ulegają wchłanianiu. Brudziński jednak wykazał, że przez centryfugowanie stan zawiesiny tłuszczu w mleku nie uległ zmianie; również nie uległo zmianie w tym względzie mleko wyjałowione Gärtnera. Atoli przy dłuższem kilkakrotnem wyjaławianiu wytworzyło się masło. W kilku badanych przypadkach ilość tłuszczu zużytego przez ustrój wynosiła 98,2%. Wyniki Poppera nie były lepsze, aniżeli przy dotychczasowych sposobach sztucznego karmienia; nie zaleca on rozcieńczania mleka równą ilością wody i przypuszcza, że centryfugowanie szkodzi mleku, gdyż tworzy się poniekąd masło. Monti nie uważa mleka Gärtnerowskiego za pokarm naturalny, mogący zastąpić mleko kobiece, mimo że może być użyte z dobrym skutkiem jako pokarm na pewien przeciąg czasu. Błędem jest, że zmniejszono w mleku tem zawartość sernika i cukru i że brak w nim białka rozpuszczonego. Thiemich i Papiewski kontrolowali w klinice wrocławskiej mleko Gärtnera pod względem zawartości białka i tłuszczu i obliczyli przeciętną zawartość białka 1,67%, tłuszczu 3,2%. Niektórym dzieciom podawano mleko to w rozcieńczeniu 1:1, ponieważ dzieci z chorobami żołądkowo-jelitowemi nie trawiły białka. Dzieci piły chętnie to mleko w ilości $^1/_2$—$1^1/_2$ litra dziennie, a stolce były mniej twarde, gliniaste, jednostajne, a w niektórych przypadkach nie różniły się od stolców osesków, karmionych piersią; zauważono jednak czasem także stolce wodniste, cuchnące, ze strzępami śluzu. Autorowie ci sądzą przeto, że mleko Gärtnera w przypadkach, uważanych z góry jako korzystne, nie jest lepsze, a w przypadkach z góry uważanych za wątpliwe, nie jest pewniejsze od mleka rozcieńczonego; nie należy jednak mniej zalecać, aniżeli mleko zwykłe. Boissard nazywa mleko Gärtnera „lait maternel“ i podawał je przez dwa miesiące; nie podaje jednak liczby dzieci, przyrostu na wadze i funkcyi żołądka i jelit. Zapowiadając dokładniejszą publikacyę na razie podaje tylko, że wymiotów i odbijania jakoteż zaparcia stolca nie zauważył. (Dok. nast.)

* * *

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Pieniążek. *Die Verengerungen der Luftwege.* (Nakładem Deutickego, Wiedeń, 1901. Stron 505).

Kto ma za sobą okres z górą dwudziestopięcioletniej, sumiennej i wytrwałej pracy, prowadzonej z prawdziwym zapałem i niezwykłą energią, mimo napotykanych trudności, pracy, wymagającej niezwykłej bystrości umysłu i stanowczości w działaniu, tego niemal obowiązkiem jest podzielić

się zdobyczami bogatego doświadczenia z pracownikami na wspólnej niwie, darząc współczesnych wytrawnemi radami, a potomnym zostawiając wskazówki jak postępować powinni, by spełnić zaszczytne, pełne poświęcenia, a tak odpowiedzialne zadanie ich zawodu. A przyznać trzeba, iż w mało którym dziale medycyny tak, jak w chorobach górnych dróg oddechowych, zdobycze ostatnich dziesiątków lat dały możność lekarzom skutecznego działania, ratując chorym zdrowie, a nierzadko i życie.

Zabiegi autora do uzyskania dla tak ważnego działu chorób osobnego oddziału ziściły się dopiero w połowie roku 1894; nie szczędząc własnych nakładów, a później z pomocą rządową rozwinął wtedy tem energiczniej swą działalność, wzbogacając pracą ostatnich lat sześciu doświadczenie, pierwotnie już zdobyte. Gdy się dalej uwzględni, iż okres pierwszej, prawie dziesięcioletniej działalności autora przypada na czasy przedkokainowe, w których przyswojenie sobie techniki operacyjnej drogami naturalnemi wymagało oprócz zamiłowania do obranego działu medycyny, niezwykłej zręczności i technicznej wprawy, to tem skwapliwiej bierze się do ręki świeżo wydane dzieło autora, powstałe z dorobku w dwóch różnych okresach rozwoju laryngologii.

Chociaż autor nie miał zamiaru pisania podręcznika i dzieło zostało opracowane głównie ze stanowiska klinicznego, to przecież opiera się ono na patogenezie i anatomii patologicznej, przedstawiając zwężenia górnych dróg oddechowych według objawów klinicznych, ich rozpoznanie i sposoby leczenia. Przedstawienie kliniczne objawów chorobowych, rozpoznanie i wykluczenie innych cierpień skreślone są tak, jak tylko uczynić potrafi ten, który rozporządza bogatem doświadczeniem własnem obok wybitnej zdolności odtwarzania swych myśli, a wplatane w tekst zdobyte własną kazuistyką szkice, obrazów chorobowych i zastósowanych w nich zabiegów podnoszą niezwykle wartość książki, czyniąc ją nadzwyczaj pouczającą i zajmującą.

Dzieło poprzedzone jest wstępem o znaczeniu oddechania dla ustroju i opisem różnych postaci zaburzeń w oddechaniu; omawia następnie w formie klasycznej ogólną patogenezę objawów, wywoływanych zaburzeniami w dostępie powietrza. Przechodząc do specyalnego opisu zwężeń, odnoszących się do górnych dróg oddechowych, podzielił autor swą pracę na trzy części, a mianowicie: na zwężenia gardła, krtani i tchawicy, uzupełniając te ostatnie jeszcze osobnem omówieniem zwężeń oskrzeli i ich rozgałęzień, o ile nie zostały już uwzględnione w części trzeciej dzieła, to znaczy w dziale zwężeń tchawicy. Zaburzenia w oddechaniu nosowem, które stanowi początek fizyologicznego sposobu oddechania, autor szkicuje w krótkości, bo chociaż oddechanie nosowe ma wielkie znaczenie i utrudnione nie bez szkody dla ustroju zostaje, to przecież, gdy w dalszych drogach oddechowych niema żadnych przeszkód, ustrój pomaga sobie oddechaniem przez usta, uchylając w ten sposób możność uduszenia się. Zamiarem autora było omówić stany chorobowe tych części górnych dróg oddechowych, których zwężenie stać się może bezpośrednią przyczyną śmierci z powodu braku dostępu powietrza do narządu oddechowego, jakim są płuca, a więc śmierci z uduszenia się. Zastósowana tu odpowiednia pomoc ratuje w pierwszym rzędzie życie, a w dalszym ciągu ewentualnie zdrowie.

W części pierwszej autor zestawia zwężenia, powstające w gardle, względnie już i w jamie ust; w poszczególnych rozdziałach według przyczyny, podnosi tem większe ewentualne ich znaczenie, gdy i oddechanie przez nos jest upośledzone, kiedyindziej wreszcie, niezależnie wcale od tego ostatniego, wywołują one same zaburzenie w oddechaniu. Gdy raz dadzą się one miejscowo usunąć, innym razem wymagają wykonania tracheotomii, ratującej chorego od niechybnej śmierci z uduszenia się, względnie, jak niekiedy bywa przy przeszkodzie oddechowej w gardle, od wyczerpania sił do walki o dostęp powietrza. Przez to zwężenia powstające w gardle rozszerzają wskazania do tracheotomii, którą nieraz ze wskazania względnego wykonać musimy. W części tej uwzględnione są też pewne cierpienia jamy nosowo-gardłowej, o ile one zwężają gardło, utrudniając pomocniczy dostęp powietrza przez usta; będą to mianowicie sprawy nowotworowe jamy nosowo-gardłowej, względnie i nosowej, w końcu zapalenia języka *(glossitis)* i okolicy podszczękowej *(phlegmone submentalis)*.

Drugą część dzieła stanowią zwężenia krtani, skreślone klinicznie po mistrzowsku, z wyczerpującem przedstawieniem rozpoznania i wyników, jakie osiągnąć możemy w każdej z poszczególnych przyczyn zwężenia. Obok leczenia operacyjnego wewnątrzkrtaniowego i sposobu rozszerzania zwężeń drogą naturalną, przedstawia autor obszernie aż do najdrobniejszych, a tak ważnych szczegółów zabiegi operacyjne od zewnątrz skierowane przeciw zwężeniom krtani. I tu przy omawianiu tracheotomii, gdzie czytelnik znajdzie wiele cennych wskazówek, zwraca autor uwagę na nieocenioną pomoc reflektora czołowego, zapomocą którego najbardziej słabe światło możemy zlokalizować, szerząc „jasność w ciemności“, tworząc dla siebie pomoc mimo najgorszych nieraz warunków dla wykonaniu zabiegu. W odpowiednim przypadku po wykonaniu tracheotomii stósować znowu możemy sposoby rozszerzania, których wyniki autor przedstawił poprzednio już w poszczególnych rodzajach zwężeń krtani, podobnie jak i wyniki osiągnięte przez laryngofisurę, którą tu nadto osobno opisuje. Ta ostatnia znalazła w autorze wielkiego zwolennika i on też był pierwszym z laryngologów, a względnie chirurgów, który ten sposób usuwania zwężeń w krtani zastósował na większą skalę, a zdobycze własnego doświadczenia ochoczo dzieli z drugimi, dając tem samem zachętę do postępowania drogą, przez niego utartą. Wspomniany zabieg, wykonywany przez autora przy zwieszonej głowie i w znieczuleniu miejscowem, jako prosty bardzo w wykonaniu, podnosi jego wartość. Wreszcie z operacyj na krtani przedstawia autor faryngotomię podgnykową, dając nam, obok wskazań, także wyniki własnego doświadczenia.

Tę drugą część dzieła kończą przedstawione z wielką znajomością rzeczy zwężenia w okolicy przetoki tchawiczej i trudności w dekaniulacyi, które nadto są w następnej trzeciej części uzupełnione rozdziałem, omawiającym zmiany spowodowane w tchawicy przez kaniulę.

Zwężenia tchawicy stanowią trzecią część dzieła, a badanie i leczenie tchawicy przez przetokę tchawiczą, to wyłączna zasługa autora, który jeszcze w roku 1884 wpadł na pomysł badania głębi tchawicy poniżej przetoki tchawiczej zapomocą lejków tchawiczych, umożliwiając zabiegi pod kontrolą wzroku nie tylko w głębi tchawicy, ale i w oskrzelach, stwarzając tem sam nową metodę leczenia, torującą drogę światłu do części, tonących dotychczas w ciemnościach. Omówienie działu ciał obcych w tchawicy i w oskrzelach oparte na własnej bogatej kazuistyce, ze sposobem ich wydobywania przy użyciu wspomnianych lejków tchawiczych, kończą rozdział o zwężeniach tchawicy. Utorowanie sobie dostępu zapomocą lejków dało możność autorowi pierwszemu podjęcia szeregu zabiegów operacyjnych w tchawicy dla usunięcia zwężenia, co wraz z podanemi przez niego kaniulami elastycznemi, mającemi także znaczenie dilatacyjne dla usunięcia zwężenia, względnie zapobiegania ponownemu wytworzeniu się jego, stanowią oryginalną, wielkiej doniosłości pracę autora, uwieńczoną wynikami w wielu razach świetnymi, bo prowadzącymi do wyleczenia, względnie, zależnie od natury cierpienia, bodaj czasowego usunięcia zwężenia.

Zwężenia tchawicy uzupełnia autor jeszcze osobnem omówieniem zwężeń oskrzeli i ich rozgałęzień, które znowu przy użyciu swojego lejka tchawiczego w odpowiednich przypadkach leczy operacyjnie obok rozszerzenia, święcąc wszędzie zasłużone tryumfy.

Gdy autor w przedmowie do dzieła swego powiada, iż wyniki własnego doświadczenia, opracowane według najlepszej wiedzy i sumienia chciał przedstawić kolegom za-

wodowym, to cel swój osiągnął na całej linii, a nadto i lekarzom, nie zajmującym się wyłącznie chorobami górnych dróg oddechowych, a w szczególności chirurgom, dziełem swym przyniósł w darze nieocenione rady i wskazówki, udowadniając swą pracą, jak dział ten chirurgii w ręku specyalisty laryngologa został doprowadzony wysoko z korzyścią dla cierpiących.

Spis rzeczy, zawierający obok pojedynczych rozdziałów według liczby stronic, wyszczególnione także odpowiednie ustępy z oznaczeniem w nawiasie stronicy, ułatwia bardzo rozpatrzenie się w dziele, a nadto pomaga w oryentowaniu się szybkiem w poszczególnej potrzebie, przez co wartość dzieła staje się więcej ogólną, nie tylko dla specyalisty, ale i dla każdego wykształconego, a sumiennie pracującego lekarza. *Docent Dr. Aleksander Baurowicz.*

V. Wyciągi.

Bühren (Bazylea). **Dwa przypadki zatoru głównej tętnicy brzusznej.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 15, 1901). Przy sposobności opisu tych dwóch przypadków, zakończonych zresztą śmiercią, przechodzi autor kolejno etyologię, objawy kliniczne, rokowanie i leczenie zatorów głównej tętnicy brzusznej. Etyologia była w obydwóch przypadkach jasna: istniejące zwężenie żylnego ujścia lewego z następowem, często spostrzegać się dającem, wytworzeniem się zakrzepów w lewem uszku sercowem i rozwleczeniem stąd materyału zatorowego do niektórych większych tętnic. O ile w jednym z tych przypadków nie można podać przyczyny, wskutek której skrzep oderwał się z lewego uszka sercowego, o tyle w drugim można to z prawdopodobieństwem kłaść na karb stosowania naparstnicy; właśnie ten najdzielniejszy środek sercowy jest znany z tego, że przy istnieniu zakrzepów w sercu może się stać przyczyną zatoru. Mimo jednak tego niebezpieczeństwa trudno nie podać naparstnicy, zwłaszcza w przypadkach, gdzie idzie o szybkie usunięcie groźnego osłabienia serca. Z objawów klinicznych na pierwszy plan wystąpiły w przypadkach opisanych gwałtowne bóle w kończynach dolnych, objawy, które jednak nie zawsze wybitnie są zaznaczone z powodu swej zależności od rozmiarów czopu, tkwiącego w tętnicy głównej i rozległości ubocznego krążenia. Do innych bardziej stałych objawów należą bladość i ochłodzenie skóry, sinawe jej zabarwienie, upośledzone lub zupełnie zniesione czucie dotkniętych okolic, wreszcie brak tętna w odpowiednich tętnicach i zgorzel części miękkich. Że skutkiem niedrożności tętnicy głównej ustaje tętnienie w naczyniach dalszych, rozumie się samo przez się; zaznaczyć atoli należy, że w jednym, przez autora spostrzeganym przypadku słychać było nad tętnicami udowemi głuche tony, pomimo że badanie pośmiertne wykazało zupełne zaczopowanie tętnic biodrowych. Z tego wynika, że tony słyszalne nad naczyniami nie są jeszcze bezwzględnym dowodem ich drożności. Rokowanie w przypadkach zatoru głównej tętnicy brzusznej jest złe; prawie wszystkie przypadki kończą się niepomyślnie w stosunkowo krótkim czasie.

Dr Henryk Pisek.

Hönigsberger. **W sprawie leczenia krzywicy przetworami nadnercza.** *(Münch. med. Wochs.* Nr. 16, 1901). Autor nie może się poszczycić tak pomyślnymi wynikami, jak te, które swojego czasu ogłosił Stöltzner. Stosując bowiem przetwory nadnercza u 20 chorych i zachowując przy tem wszystkie możliwe zasady i wskazówki, doszedł do wyniku, że ten środek wcale nie wywiera swoistego działania na sprawę krzywiczą. Z uwagi jednak na udowodniony związek, zachodzący między nadnerczem z jednej strony, a narządem krążenia i ośrodkami oddechowymi z drugiej strony, można się spodziewać poprawy stanu ogólnego po podawaniu przetworów nadnercza. Jestto wprawdzie nie mały czynnik przygotowujący bezsprzecznie glebę dla leczenia krzywicy, atoli takie jednostronne działanie można także osiągnąć innymi, o wiele tańszymi lekami. *Dr Henryk Pisek.*

Steinhardt (Norymberga). **O płókaniu żołądka u dzieci.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 16, 1901). Ponieważ zabieg ten w prywatnej praktyce rzadko bywa stosowany, bądź z powodu małego nim zainteresowania się, bądź wskutek rzekomej obawy przed techniczną trudnością wykonania, — autor postawił sobie za zadanie omówić całe to postępowanie ze stanowiska lekarza praktyka.

Założenie zgłębnika żołądkowego przez usta u dzieci nie natrafia na większe trudności lub opór, aniżeli u starszych; przeciwnie czasami dziecko się tak zmęczy, że z spokojem i swobodnie można wprowadzić zgłębnik. Daleko jednak wygodniejsze i mniej męczące jest wprowadzenie zgłębnika przez nos; przy tym sposobie dzieci prawie żadnych nie doznają dolegliwości. Zwilżony nelatonowski cewnik (Nr 6, 8 lub 10) przeprowadza się przez jeden otwór nosowy do przełyku, a dalej do żołądka, kierując go wskazicielem ręki lewej, gdyby przypadkowo wydostał się przez usta na zewnątrz; obawa przed dostaniem się cewnika nawet umyślnie do tchawicy nie jest uzasadnioną (jak to wykazują ćwiczenia w intubacyi), ta chwila zaznacza się zresztą gwałtownym kaszlem i napadem duszności. Do wlewań używa się tylko wody (1—2 litrów) ogrzanej do ciepłoty ciała; dodatki soli kuchennej, boru i t. d. są zbyteczne, ponieważ celem płókań jest nietylko wydalenie zalegającej treści żołądkowej, ale także przez obfite zlewanie ścian żołądkowych podniesienie czynności i zdolności życiowej gruczołów błony śluzowej.

Najczęstszem wskazaniem do stosowania płókań żołądka u dzieci są obfite wymioty, a w szczególności takie, które żadnym innym *lege artis* przeprowadzonym sposobem leczenia usunąć się nie dały, lub też które zaraz od początku gwałtownie występują, jak n. p. w cholerze dziecięcej; tu działają wprost zbawiennie. Na podstawie więc swych znakomitych wyników, otrzymanych w 46 przypadkach chorobowych, sądzi autor, że a) przepłókanie żołądka u dzieci (w wieku od 5 tygodni do 2 lat) jest w prywatnej praktyce łatwem do wykonania i nie przynosi dziecku żadnej szkody; b) wskazane jest przedewszystkiem w ostrych zaburzeniach w trawieniu, zwłaszcza, jeśli znane z swej skuteczności środki lekarskie i dyetetyczne pozostają bez korzyści; c) w największej liczbie przypadków osiąga się w mniej lub więcej krótkim czasie szybkie polepszenie. *Dr Henryk Pisek.*

F. Umber. **Zarośnięcie żyły bramnej** *(Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. VII., Z. IV i V).* Opis jednego przypadku chorobowego, podany przez U. w tem ogłoszeniu, usprawiedliwia bardzo operacyę, zaproponowaną przed kilkoma laty przez Talmę wobec marskości wątroby. Nałogowy pijak, 47 lat liczący, zachorował nagle przed dwoma miesiącami. Dostał wówczas krwotoków z żołądka i jelit, później wystąpiły wyraźne objawy zastoju w zakresie żyły bramnej, wśród których wreszcie chory zmarł w zapadzie. Sekcya wykazała: zupełne zarośnięcie światła pnia żyły bramnej i żyły śledzionowej, które zdaniem Prof. v. Recklinghausena trwało od kilku dziesiątek lat; wątroba zupełnie niezmieniona, świeże zakrzepy w żyle trzewnej dolnej, śledzionowej, żołądkowej i w drobniejszych żyłach krezkowych. Obok tego dawne, rozległe zrosty sieci z wątrobą, nerkami, śledzioną, jelitami i powłokami brzusznemi, następnie zrosty, również bardzo dawne, przepony i żołądka z wątrobą, jelitami, z trzustką i pęcherzykiem żółciowym. W zrostach tych przebiegały liczne i dobrze rozwinięte żyły, wyrównujące zupełnie przerwane krążenie bramne. Wyrównanie to uległo zaburzeniu, powodującemu śmierć skutkiem powstania zakrzepów w żyłach dotychczas drożnych. *Herman.*

W. Korte i J. Herzfeld. **O chirurgicznem leczeniu wrzoda żołądka i jego następstw** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. I). Zwężenie odźwiernika i następowa rozstrzeń żołądka w pierwszej linii, w drugiej zaś stałe dolegliwości (ból) z powtarzającemi się często krwawieniami, stanowią główne i bezwzględne wskazania do interwencyi chirurgicznej. Za zabieg prawidłowy uważają autorowie gastroenterostomię Hackera, jakkolwiek przyznają wszelkie zalety wycięciu odźwiernika, operacyi niewątpliwie bardziej doszczętnej i w większym stopniu czyniącej zadość wskazaniom. Resekcyi jednak unikają ze względu na jej ciężkość i gorsze rokowanie co do bezpośredniego zejścia po operacyi. Autorowie wykonali z powodu wrzodu żołądka 37 operacyi, między tymi 5 resekcyi odźwiernika (20% śmiertelności) i 23 gastroenterostomij (20·6% śmiertelności). W końcu pobieżnie omawiają przebicie wrzodu. Dotyczących spostrzeżeń mieli 10. We wszystkich otworzono jamę brzuszną i starano się wrzód zaszyć, uratować zdołali jednak zaledwie jednego. Przyczyną tego złego wyniku jest najprawdopodobniej to, że chorzy zgłaszali się już po upływie 24 godzin od chwili przedziurawienia, kiedy już zapalenie otrzewnej było daleko posunięte. *Herman.*

R. Otto. **Zmiany nerwu wzrokowego w miażdżycy i kile.** *(Arch. f. Augenhlk.* T. XLIII. 7. 2.). Autor opisuje cztery przypadki ograniczonego zaniku nerwu wzrokowego, spowodowanego uciskiem naczyń sąsiednich (tętnica szyjna i oczna), rozszerzonych i zgrubiałych w następstwie miażdżycy i jeden przypadek podobny, wywołany również drogą mechanicznego ucisku naczyń zgrubiałych w następnie kiły, w którym nadto przyszło do wytworzenia się torbiela w pniu nerwu wzrokowego. Przypadki dotyczą 2 mężczyzn i 3 kobiet, zmarłych w zakładzie dla obłąkanych w wieku od 45—78 lat. Opisy dotyczą badania anatomicznego pni nerwu

wzrokowego; wziernikiem badał autor tylko w jednym przypadku 2 lata przed śmiercią i już wtedy stwierdził bladość tarczy. Co do funkcyi, to w jednym przypadku = c. $^1/_{\infty}$, w dwóch przyp. = $\frac{1}{5}$, w dwóch przyp. = 0. Zmiany anatomiczne polegały na wybitnem spłaszczeniu pnia nerwu wzrokowego i na głębokich wgłobieniach. W odpowiednich miejscach były włókna nerwowe, szczególniej środkowe spłaszczone, a wiele włókien uległo zanikowi. Oprócz tego znachodził autor drobne wynaczynienia w miejscach, wystawionych na ucisk. W przypadkach zaburzeń wzrokowych wątpliwych, jeżeli dotyczą ludzi starszych, należy myśleć o w. o. zmianach nerwu wzrokowego. *A. Bednarski.*

VI. Korespondencye.

Praga 27 maja.

Po 18-letniej przerwie, bo tyle lat upłynęło od II-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, przybywamy do Pragi na Zjazd III-ci. Na dworcu wita nas sekretarz generalny, doc. A. Veselý, wraz z drużyną pomocniczą, wśród której poznajemy p. Rudzkiego, warszawianina, odbywającego studya lekarskie w Uniw. czeskim. Pan Rudzki, oddawszy nieocenione usługi Komitetowi gospodarczemu w pracach przygotowawczych, poświęcił swój czas polskim członkom Zjazdu, a gotowością do wszelkich informacyj ułatwił i uprzyjemnił nasz tu pobyt.

Przebieg pierwszych dwóch dni zjazdowych przedstawia się w skróceniu telegraficznego stylu jak następuje: dnia 25 maja, o godz. 11-tej rano udajemy się do „Narodowego Divadla“, gdzie następuje uroczyste otwarcie Zjazdu. Estradę zajmuje prezydyum i wybitniejsi delegaci. Posiedzenie zagaja przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Hlava; po nim wita przybyłych imieniem miasta burmistrz miasta, dr. Srb; następnie przemawiają delegaci: szef Sekcyi dr. Kusý i liczni przedstawiciele naukowych instytucyj czeskich. Z przemówień tych wynosi się nieomylne wrażenie, że utworzenie drugiej wszechnicy czeskiej weszło w program narodowy Czechów i odgadnąć może nietrudno, że jest to jeden z postulatów czeskich w zamian za zaprzestanie opozycyi obstrukcyjnej w Izbie austryackiej. Po delegatach instytucyj czeskich przyszła kolej na powitalne przemówienia delegatów innych narodów słowiańskich: odczuwano niejaką niepewność, czy kolejność tych przemówień będzie ułożoną podług alfabetu, jak się to dzieje na Zjazdach międzynarodowych, czy też, że się tak wyrazimy, podług wyboru serca, niezawsze zgodnie z faktycznym stanem rzeczy; wątpliwości te nie sięgały głęboko, bo dla wszystkich rękojmią były takt i wyrobienie kolegów czeskich, którzy, biorąc za podstawę udział liczebny, oględnie przepłynęli między Scylą a Charybdą: pierwszy przemówił delegat Polaków, prof. Kostanecki, gorąco witany i oklaskiwany, ostatni — delegat Towarzystwa neurologicznego w Petersburgu, dr. Łazurski. Delegacyę innych narodów słowiańskich stanowili: dr. Čačkovič (Kroacya), Ozarkiewicz (Ruś), Danič i Atanasiewič (Serbia), Šlajmer (Lublana), Zupnow (Bułgarya). To pierwsze posiedzenie ogólne zakończył znakomity odczyt prof. Thomayera, p. t. „Wpływ cywilizacyi na nerwy ludzkie“, który wyszedł w osobnej broszurze i został rozdany członkom Zjazdu.

Po posiedzeniu ogólnem odbyło się śniadanie, na które państwo Hlava zaprosili przeważnie zamiejscowych delegatów Zjazdu. O godzinie 3-ciej rozpoczęły się posiedzenia naukowe w sekcyach, a wieczorem wzięliśmy udział w wydanym przez Radę miejską raucie, który zakończył I-szy dzień Zjazdu.

Na raut, urozmaicony deklamacyą i muzyką, przybyli najzasłużeńsi w społeczeństwie czeskiem ludzie, jak Rieger, Randa i inni. Z czcią i radością spoglądaliśmy na osobę Wład. Riegera, który pomimo, że w ciągu 83-letniego żywota wyłożył tyle pracy, rozumu i serca dla odrodzenia swego narodu, cudem jakimś trzyma się tak czerstwo i zdrowo, że od 18 lat nie zaszła w nim żadna dostrzegalna różnica.

Ogólna liczba członków i uczestników Zjazdu w dniu dzisiejszym wynosi 1043. Zjazd odbywa się wśród ciepłej pogody i to nietylko pod względem meteorologicznym; jak w każdej innej tego rodzaju okoliczności, w działalności Czechów uwydatnia się niepospolity takt i ich wyrobienie się indywidualne; jest to w części cenna spuścizna po przodkach, w części zaś szczęśliwa równowaga umysłu, płynąca z przeświadczenia wewnętrznego o sumiennem wypełnieniu obowiązku. To, co gdzieindziej byłoby wynikiem gorączkowego wysiłku, tu się wytwarza siłą prawidłowego rozwoju. Nic więc dziwnego, że na wszystkich ustach nazwisko prezesa komitetu gospodarczego, prof. Hlavy, i sekretarza generalnego, Doc. Ant. Veselýego, którym przypada niepodzielna zasługa powodzenia Zjazdu nietylko pod względem naukowym, lecz i towarzyskim.

Polskich członków i uczestników Zjazdu przybyło do 30; przedstawiciele innych narodów słowiańskich ograniczają się do jednostek.

Dzień 26 maja spędzano na zwiedzaniu zakładów naukowych i na pracach w poszczególnych sekcyach. O godz. 10 zebrał się Komitet lekarzy słowiańskich na posiedzenie przygotowawcze, z którego przebiegu zdam sprawę osobno. O godzinie 1 odbyło się śniadanie, na które Państwo Maixner zaprosili delegatów i wybitniejszych członków Zjazdu. Całe popołudnie poświęcone było zwiedzaniu osobliwości i bogatych zabytków Pragi, a ze trzysta osób udało się pociągiem do Karolowego Tynu (Karlstein) dla oglądnięcia jednego z najwspanialszych zabytków XIV. stulecia, dźwigniętego wśród najpiękniejszej natury górskiej przez największego z władców czeskich, Karola IV-go.

Zjazd obecny był pierwszy, który nie poprzestając być Zjazdem czeskim, miał w duchu życzeń i uchwał poprzednich przybrać cechę Zjazdów ogólno-słowiańskich; kto jednak na to liczył, mocno się zawiódł: pomimo że Zjazd odbywa się w mieście, najdogodniej położonem geograficznie, bo w środku słowiańszczyzny; pomimo że Praga należy do miast nadzwyczaj pięknych, wysoce pouczających, kulturalnie najwyżej stojących ze wszystkich miast słowiańszczyzny, udział narodów słowiańskich i ich instytucyj, nie licząc Polaków, był znikomy, nie mogący ani na chwilę nadać Zjazdowi barwy ogólno-słowiańskiej, przeciwnie, Zjazd obecny pozostał tem, czem był przed laty 18-tu, Zjazdem czesko-polskim.

A. Kwaśnicki.

VII. VII. międzynarodowy kongres przeciw nadużywaniu wyskoku.

(Wiedeń, 9—14 kwietnia, 1901 r.).

Nie zamierzamy zdawać sprawy chronologicznie z 5-dniowych obrad tego kongresu; ominiemy również jego stronę urzędową, spo-

leczną, ekonomiczną, a nawet szpitalną; dla braku miejsca ograniczymy się tylko do zakresu rozpraw ściśle lekarskich, mianowicie do stosunku, zachodzącego między wiedzą, a nadużywaniem napojów wyskokowych.

— Prof. Meyer (Marburg) mówił: **O wpływie wyskoku na fizyologiczną czynność narządów ustroju.** Stopień trującego wpływu wyskoku na ustrój ludzki jest w prostym stosunku do wypitej jego ilości. Użyty poniżej pewnej miary, pozostaje bez wpływu; natomiast w dawce, przekraczającej ilość bierną, poraża czynności mózgu, odruchy, a nawet i ośrodek oddechowy, — lecz zawsze tylko w stosunku do wypitej ilości. Obok tego wyskok zmniejsza energię mięśniową, osłabia siłę serca; wprawdzie sprowadza on podmiotowe uczucie gorąca, lecz obniża ciepłotę ciała. Utlenianie wyskoku dopuszcza zaoszczędzenie tłuszczu i węglików wodu wogóle, lecz nie białka. Trujące własności wyskoku pozbawiają go prawa do nazwy „pożywki“. Na trawienie bezpośrednio wpływa wyskok szkodliwie; pośrednio zaś działa o tyle chyba korzystnie, że podnieca łaknienie. Stosowany przez lekarza może wyskok być wyjątkowo pożyteczny, lecz jako pożywka jest bezwartościowy, w postaci zaś napojów mocnych — wprost niebezpieczny.

— Dr. Wlassak (Wiedeń): **Działanie wyskoku na czynności mózgowe.** Metoda doświadczalna rzuciła wiele światła na tę sprawę. Powszechnie się sądzi, że wyskok w małych dawkach pobudza czynność mózgu, w wielkich poraża ją; twierdzenie to opiera się na samospostrzeganiu. Wlassak sądzi, że metoda, polegająca na samospostrzeganiu nie ma wartości w tego rodzaju badaniach, gdyż 1) tam, gdzie idzie o zaburzenia w czynności mózgu, możność samospostrzegania jest co najmniej wątpliwa, 2) oraz że badacz samospostrzegający pozbawiony jest sposobu oznaczania swych czynności mózgowych. Natomiast, metoda doświadczalna posługuje się spostrzeganym i spostrzegającym i ma na oku tylko takie czynności mózgu, które się oznaczyć i zmierzyć dają.

Badania mowcy miały na względzie tylko najprostszą twórczość mózgu, jak arytmetyczne dodawanie, uczenie się liczb na pamięć, kojarzenie myśli prostych, wreszcie pochwytywanie najzwyklejszych wrażeń czuciowych lub zmysłowych. Już słaba dawka wyskoku (0,20 litra piwa) wybitnie zmniejsza zdolność dodawania i stan ten trwa przez 24 godzin lub dłużej; ten sam wpływ ma wyskok i na zdolność kojarzenia myśli; zaburza on i jakość czynności mózgowych, szczególnie sprowadza nieład w pochwyceniu wrażeń tak prostych, jak n. p. przypatrywanie się liczbom, literom, sylabom przez czas ograniczony i ściśle określony; już 30,0 wyskoku niezdolnia do czytania biegłego i mnoży błędy pamięci. Jeszcze więcej zajmujące są badania wpływu wyskoku, używanego nie doraźnie, lecz regularnie i codziennie: występuje tu wyraźnie działanie zbiorowe, a szkodliwy wpływ wyskoku daje się wykazać wiele dni po zaprzestaniu picia: przypuścić więc należy, że pijak zabiera się do drugiej dawki wyskoku, zanim pierwsza, jak się to powszechnie mówi, z głowy mu wywietrzała. Badania te doprowadziły Vlassaka do wniosku, że człowiek, pracujący w stanie podpitym, nigdy nie uświadamia sobie, ażeby przez to zdolności jego były umniejszone; to złudzenie podpitych, że są w stanie prawidłowym, kryje w sobie wielkie niebezpieczeństwo tak dla jednostek, jak i dla całych rzesz i narodów. Używanie wyskoku ścieśnia obszar i głębię ludzkiej kultury umysłowej.

— Prof. Weichselbaum okazał *odlewy rozmaitych narządów, które uległy zmianom patologicznym pod wpływem nadużywania wyskoku.* Między innymi okazał on typ serca piwosza *(Bierherz)*, którego rozmiary były wprost potworne: ponieważ ujścia i zastawki były w stanie prawidłowym, przeto olbrzymie rozmiary tego serca należy w całości odnieść do przerostu z nadmiaru pracy.

— Prof. Wagner von Jauregg mówił; *O wpływie wyskoku na powstawanie niektórych chorób nerwowych i umysłowych.* W zatruciu ostrem wyskok działa bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy; w zatruciu zaś przewlocznem spostrzegać się dają takie objawy, które, choćby już dlatego nie powinny być zaliczane wyłącznie do zakresu działania wyskoku, że, nie wyłączając obłędu pijackiego, spotyka się je i w stanach, w których i mowy być nie może o używaniu lub nadużywaniu wyskoku. Należy więc przypuścić, że pod wpływem długotrwałych nadużyć wytwarza się w ustroju jakaś substancya trująca, której działanie ma pewne cechy analogiczne z działaniem jadów bakteryjnych, jeśli się uwzględni wpływ jej na ciepłotę, nerki i krew. Wyskok w stosunku do tej substancyi ma poniekąd odgrywać rolę odtrutki.

Teorya ta dała hasło do nader zajmujących rozpraw o korzyści lub szkodliwości doraźnego zaprzestania picia przy leczeniu obłędu pijackiego. Wszyscy mowcy oświadczyli się jednomyślnie za zaprzestaniem doraźnem. (Dok. nast.).

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Poznań, 25 maja. Śmierć tak nagła i nieprzewidziana poznańskiego chirurga ś. p. Dra Tomasza Drobnika zrobiła wielkie i przygnębiające wrażenie w Poznańskiem. Nie pamiętamy, aby śmierć jaka wywołała tak ogólny żal wszystkich bez różnicy wyznania i narodowości, jak właśnie śmierć Dra Drobnika. Przez pośrednictwo „Dziennika Poznańskiego“ posypały się na trumnę zmarłego w miejsce wieńców liczne składki na cele dobroczynne, a przyjaciele zmarłego utworzyli fundusz imienia Dra Drobnika na potrzeby szpitalika św. Józefa, gdzie zmarły był przez szereg lat ordynatorem stacyi chirurgicznej.

Pogrzeb ś. p. kol. Drobnika był należnym hołdem dla pięknego żywota, poświęconego cierpiącej ludzkości i swemu społeczeństwu. Tłumy ludu otaczały dom żałoby. Przy trumnie wygłosił kol. Kapuściński w imieniu poznańskiego Tow. lekarskiego mowę pożegnalną, pełną pięknych i wzniosłych myśli o życiu i działalności zmarłego kolegi. Pogrzeb ś. p. Drobnika był wspaniałą manifestacyą społeczeństwa, które umie uznać i ocenić rzetelną pracę i zasługi, poniesione około jej dobra. Trumnę zarzuconą kwiatami i wieńcami, zanieśli koledzy zmarłego na barkach do grobu, a wielka ilość telegramów z blizka i daleka, jakie z wyrazami współczucia nadeszły na ręce strapionej wdowy i prezesa poznańskiego Tow. lekarskiego, były wymownym dowodem serdecznego żalu po stracie znakomitego lekarza-obywatela.

Jak smutne i opłakane są stosunki w Poznańskiem dla Polaków niechaj posłuży za dowód fakt, że zanim jeszcze zwłoki zmarłego kolegi oddano ziemi, już magistrat poznański mianował następcę ś. p. kol. Drobnika w szpitalu miejskim, i to w osobie Dra Jaffé. Czy dlatego magistrat tak się pospieszył, aby broń Boże Polak się nie zgłosił? Teraz niechaj się Polacy zgłaszają, miejsce już obsadzone; żałujemy, powiedzą i *finita la comedia*...

Kraków, dnia 30 maja.

Rada Zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich wystosowała do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« następujące pismo:

»Na wniosek Rady Zawiadowczej Tow. lekarzy galic. Walne Zgromadzenie delegatów tegoż Towarzystwa uchwaliło w dniu 5 maja 1901 r. jednomyślnie wyrazić Szanownej Redakcyi uznanie i szczere podziękowanie za coraz większe uwzględnianie potrzeb lekarzy praktycznych i za coraz częstsze omawianie spraw, tyczących się zawodu lekarskiego, a zarazem prosić Szan. Redakcyę, aby i nadal pracowała w tym kierunku.

Z Rady Zawiadowczej Tow. lek. galic.

Dr. Szulisławski, sekretarz gen. *Dr. Merunowicz*, prezes.

W ciągu ostatnich lat 10 organizacya pracy lekarskiej gruntownie się przeobraziła. Żaden zawód nie był tak mało przygotowany na przyjęcie przeobrażeń społecznych, jak zawód lekarski. Próby wieców dla zoryentowania się w nowych formach życia zostały bezowocne; dorywcze rozprawy w dziennikarstwie codziennem więcej mieściły w sobie narzekań, niż drogowskazów. Redakcya „Przeglądu lekarskiego« poczuwa się do obowiązku, w miarę miejsca i granic swego mandatu, poruszać sprawy stanu lekarskiego, oraz zachęca innych do przeprowadzenia publicznych rozpraw: że te usiłowania jej zostały dostrzeżone i uznane przez delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal., zastępujących ogół lekarski w Galicyi, Redakcya „Przeglądu lek.« wysoko sobie to ceni i przywiązuje do tego faktu wielką wagę, a jednocześnie oświadcza, że dalsze uwzględnianie potrzeb lekarzy praktycznych i spraw zawodu lekarskiego, których z oka nigdy nie spuszczała, spełnić będzie mogła jeszcze w rozleglejszej mierze, gdy rozprawy z zakresu teoretycznego skierowane zostaną do mającego wkrótce wychodzić we Lwowie »Archiwu polskiego nauk biologicznych i lekarskich«.

* Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich odbyła dnia 21 b. m. pod przewodnictwem swego prezesa, Radcy Dr. Merunowicza, posiedzenie, którego porządek dzienny wypełniło dalsze przeprowadzanie uchwał i rezolucyj Zjazdu zeszłorocznego.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Paweł Wincenty Franciszek Witaliński.

* Wydział krajowy zamianował dr. Józ. Gogulskiego sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

* Stypendyum w kwocie 1600 K. rocznie dla Doktorów medycyny celem wykształcenia się w weterynaryi. Na podstawie reskryptu c. k. Ministerstwa Wyzn. i Ośw. z dnia 29 stycznia 1901 r. l. 1473 ogłasza Rektorat c. k. Akademii weterynaryi we Lwowie (ul. Kochanowskiego l. 33.) konkurs na stypendyum w kwocie rocznej 1600 K., o które ubiegać się mogą młodzi lekarze, pragnący uzyskać naukowe wykształcenie w dziedzinie weterynaryi. Podania należy wnosić po dzień 30 czerwca br. i dołączyć do nich metrykę, dyplom doktora wszechnauk lekarskich, dowody dotychczasowej działalności naukowej w klinikach, szpitalach, laboratoryach, ewentualnie dekrety nominacyjne na asystentów, demonstratorów; świadectwo złożonego egzaminu fizykackiego, prace naukowe i t. d. oraz rewers, którym kompetenci własnoręcznym podpisem zobowiążą się, że po ukończeniu studyów będą się habilitować na jednym z uniwersytetów krajowych, względnie w Akademii weterynaryi i przez lat 6 poświęcać się akademickiemu zawodowi nauczycielskiemu w zakresie weterynaryi w wyższych zakładach krajowych, a szczególnie w Krakowie lub Lwowie, a wrazie potrzeby zastępstwa, przedmioty w zakres weterynaryi wchodzące wykładać za odpowiednią remuneracyą.

* Dnia 25 b. m. odbył się w Wiedniu nadzwyczajny wiec rakuzkich Izb lekarskich. Powodem do zwołania tego wiecu jest ogólne niezadowolenie z nowej taryfy należytości za czynności sądowo-lekarskie. Również postawa Namiestnictwa czeskiego, które zawiesiło, uchwałę niemieckiej Izby lekarskiej w Czechach, dotyczącą kas chorych majstrów, była przedmiotem obrad wiecu.

* W Petersburgu wychodzi czasopismo p. t. »Klimat«, redagowane przez inżyniera Demczyńskiego; drukuje się ono w czterech językach: francuzkim, niemieckim, angielskim i rosyjskim.

Mianowania i odznaczenia: Doc dr. Neisser mianowany został prof. nadzwyczajnym w Wrocławiu. Dr. Smirnow mianowany został prof. histologii w Tomsku. Prof. nadzw. chirur. w Kijowie, Dr. Malinowski, mianowany został prof. zwyczajnym. Doc. Megevand mian. został prof. zwyczajnym sądowej medycyny w Genui.

Nekrologia. Dr. Edward Segel, nestor lekarzy rzeszowskich, zmarł tamże 21 bm.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr. 21: Heiman: O guzie perlistym ucha. Dobrzycki. Działalność lecznicza stacyi klimatycznej, oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25.

— *Gazeta lekarska* Nr. 21: Popielski: Przyczynek do fizyologii splotu trzewowego (plexus coeliacus). Chełmoński: O samoistnem, nieurazowem złamaniu żeber u chorych gruźliczych i charłaczych.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 21: Procházka: O spontanních rupturách srdečních. Haškovec: Neurosis traumatica. Brabec: O gangraeně nosokomialní.

— *La Presse médicale* Nr. 40. Clermont: Zszywanie żył boczne i okrężne. Dubreuilh: Wysypki po zastosowaniu ortoformu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21: Lanz: Technika amputowania wyrostka robaczkowego. Krumm: W sprawie cholecystogastrostomii. Marschalko: Rozmyślania nad zapobieganiem chorobom wenerycznym. Saenger: O wdychiwaniach płynów rozpylonych. Adler: O rozmaitych postaciach zwyrodnienia dziedzicznego z punktu widzenia klinicznego i biologicznego. Schmid: Zakażenie krwi i amputacya. Witthauer: Przypadek porodu gwałtownego, t. zw. ulicznego. Salm: Przenośny przyrząd z wyskokiem dla asepsycznego przechowania strzykawek lekarskich. Aly Bey Ibrahim: Przyczynek do wiedzy o ostrym żółtym zaniku wątroby, szczególnie o spostrzeganej przytem sprawie jej odrodzenia (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21: Anton: Teodor Meynert (przemówienie przy odsłonięciu pomnika) Raimann: Cukrzyca pokarmowa. Hirschl: Młodzieńcza postać porażenia postępującego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21: Binz: Kilka uwag o farmakopei państwa niemieckiego z r. 1900. Cipollina: Wykazanie cukru w morzu. Determeyer i Büttner. Leczenie skazy moczanowej. Funck: Dalsze doniesienie w sprawie czynnika szczepionki i ospy. Kullmann. O zapaleniu opłucnej tętniącem. Hirschberg: Sala operacyjna, zaopatrzona w przyrząd magnetyczny (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 21: Ehrlich i Morgenroth: O hemolyzinie. Rothmann: Znaczenie czynnościowe dróg pyramidalnych. Lehmann: O związku retroflexio uteri fixata do ciąży, porodu i połogu. Wallerstein: O białku i wałeczku w sztucznie wywołanym zaparciu stolca. Krause: Przyczynek do oznaczenia miejsca usadowienia się guzów w rdzeniu pacierzowym, oraz opis przypadku, wyleczonego chirurgicznie (c. d.). Pinkuss: Patologia i terapia opadnięcia żeńskiej cewki moczowej (dokończenie).

Redakcya otrzymała: Dr. W. Chlumsky: O guzikach jelitowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5-go czerwca, o godz. 6-tej wieczorem, w ***klinice lekarskiej*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Kędzior przedstawi kilka rzadszych przypadków chorobowych; 2) kol. Gliński demonstrować będzie okazy anatomo-patologiczne; 3) kol. Doc. Raczyński mówić będzie: „O kwaśnym nieżycie jelit u osesków“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 2804.

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Tucholce,** z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1.200 K. i ryczałtem na koszta podróży, ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 Koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorżem górnem, Grabowiec skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorże dolne, Smorże miasteczko, Tucholka, Tysowiec, Wyżłów i Żupanie, razem 19 gmin z ludnością 11.030 na obszarze 330 klm. kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności stwierdzonej świadectwem C. k lekarza powiatowego, wykazać się:

1. Prawem obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplomem doktora medycyny upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Świadectwem moralności;
4. Znajomością języków krajowych i przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31-go grudnia 1891, Dz. ust. kraj. Nr. 82 i 83. (Część XXII dz. u. kr. z roku 1891).

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 Kor., należy wnosić do dnia 15-go czerwca 1901 roku.

Z Wydziału powiatowego.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpiuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Andrychowie** z płacą roczną 1000 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę oprócz fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Andrychowie należą następujące gminy i obszary dworskie: Andrychów, Inwald. Frydrychowice. Głębowice, Nidek, Wieprz, Roczyny Brzezinka ad Andrychów. Targanica, Sułkowice, Rzyki, Zagórnik i Kaczyna.

Prawa i obowiązki lekarza obręgowego określa dokładnie ustawa z 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 15-go czerwca 1901.

Wadowice, dnia 29 kwietnia 1901.

Za Prezesa: *Dr. Iwański.*

Wydział lekarski rozpisuje konkurs na posadę demonstratora przy kat. patologii ogóln. i dośw. z płacą roczną 600 Koron. Podania do 30 czerwca 1901

Rok XL. Kraków, 8 Czerwca 1901. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag o chorobach wenerycznych na podstawie dziesięcioletniej statystyki.

Podał

Dr. Albin Kazimierz Schwarz,

(Według odczytu, mianego w Tow. lek. krak. d. 24 kwietnia 1901 r.).

W pracy niniejszej, opartej na ścisłych datach, zaczerpniętych ze źródeł urzędowych i prywatnych, chciałbym podzielić się z czytelnikiem nietylko tymi wnioskami, do których doszedłem na zasadzie dłuższych spostrzeżeń, lecz zarazem wskazać i statystycznymi dowodami objaśnić te źródła chorób wenerycznych, a kiły w szczególności, które zupełnie słusznie za główne uważać przywykliśmy. W pracy tej służyły mi za podstawę z jednej strony wyniki, osiągnięte w ciągu kilkunastoletniej mej praktyki prywatnej, z drugiej zaś wzięte ze statystyki chorób wenerycznych u prostytutek w Krakowie. Liczby statystyczne, które przedstawiam w szeregu tablic poniżej umieszczonych, a odnoszących się do prostytutek jawnych, obejmują okres czasu 10-cioletni, t. j. od r. 1890 do 1899 włącznie. Dodatkowo i jako pewien przyczynek do statystyki chorób wenerycznych u prostytutek tajnych dołączam takie same tablice z obław t. zw. policyjno-sanitarnych z pięciolecia 1895—1899 włącznie. Dla objaśnienia dodać tu winienem, iż tut. Dyrekcya policyi urządza od kilku lat, przynajmniej dwa razy tygodniowo, obławy sanitarne, których cel już w samej ich nazwie do pewnego stopnia jest określony, a których zadaniem jest przedewszystkiem i wyłącznie śledzenie i w następstwie jego doprowadzanie tajnych prostytutek do oględzin lekarskich i tą drogą zapobieganie szerzeniu się chorób wenerycznych. — Ogłaszając tablice, odnoszące się do odsetka chorób wenerycznych u prostytutek jawnych i tajnych, nie łudzę się bynajmniej, bym w nich przedstawiał wyczerpująco wszelkie możliwe źródła, z których rozchodzą się choroby weneryczne; do tego bowiem, aby obraz taki mógł być ściśle dokładny, należałoby doliczyć statystykę szpitalną i statystyczne daty, wzięte z praktyki prywatnej wszystkich lekarzy. Obok tego zaznaczyć muszę, że okres czasu 10-cioletni, do jakiego spostrzeżenia moje, objęte temi tablicami, się ograniczają, jest stanowczo zakrótki, iżby na tej podstawie wysnuć już można zupełnie pewne i niewzruszone wnioski; na to potrzebaby bowiem długich i bardzo długich lat spostrzegań mozolnych i ścisłych. Mimo to przypuszczam, że tablice moje, jako rzecz w pewnym zakresie zaokrąglona, a dotycząca bardzo ważnych, a pewnie i przeważnych źródeł chorób wenerycznych, wzbudzić mogą niejakie zajęcie.

Zanim przystąpię do omówienia mych tablic, muszę na tem miejscu, celem łatwiejszego porozumienia się z czytelnikiem, podać kilka nieodzownych uwag, dotyczących samych tablic. Nie mam naturalnie zamiaru poszczególnych tablic objaśniać szczegółowo, bo liczby same za siebie przemawiają; chciałbym tylko zwrócić uwagę na niektóre szczegóły, które na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogły niezrozumiałymi, lub nawet przesadzonymi. I tak n. p. przeglądając tablice prostytutek jawnych, każdy się zdziwi, że odsetek rzeżączki jest w nich tak nizki, gdy dobrze o tem wiemy, że prawie każda prostytutka jest tą chorobą dotknięta. Usprawiedliwiając moje obliczenia co do rzeżączki, zaznaczam, iż w tablicach, dotyczących prostytutek jawnych, uwzględnić musiałem przedewszystkiem rzeżączkę ostrą i powikłania rzeżączki; gdybym bowiem chciał równocześnie objąć temi tablicami i rzeżączkę przewlekłą, odsetek rzeżączki musiałby wypaść na blizko 100. Wykluczenie to uważałem tembardziej za uzasadnione, że zaraźliwość rzeżączki przewlekłej nie jest znów tak znaczną, a u kobiet, jako tako na siebie uważających, równa się prawie zeru. A przecież w tablicach moich chodzi mi przedewszystkiem o wykazanie źródeł chorób wenerycznych.

Co do wrzodu miękiego mógłby mię spotkać zarzut, że odsetek jego w mych tablicach jest w stosunku do kiły za wysoki i że spostrzeganie szpitalne stosunku takiego możeby nie potwierdziło. Przyczyny tego są różne. I tak muszę tu powołać się na doświadczenia innych kolegów, którzy na moje zapatrywanie z pewnością się zgodzą, że niejednokrotnie spostrzega się u prostytutek owrzodzenia, nie mające cechy ani typowego wrzodu miękiego, ani też zmiany kiłowej lub innej, a które przecież umieścić się musi w kategoryi wrzodów miękich i to tem słuszniej, że, jak to konfrontacya często mnie przekonała, u mężczyzn, zakażonych tymi wrzodami, rozwijają się typowe wrzody miękie. W drugim rzędzie podnieść tu muszę okoliczność nie tak rzadko się zdarzającą, że przy oględzinach lekarskich, n. p. dziś odbytych, stwierdza się u prostytutki owrzodzenie, mające cechy typowego wrzodu miękiego, lub też takie, które, jak to powyżej podałem, za wrzód mięki uznać się musi. Podczas obserwacyi szpitalnej rozpoznanie pierwotne może łatwo uledz zmianie, gdyż po pewnym czasie mogą dodatkowo u chorej wystąpić pewne objawy nowe, wskazujące tło właściwe; tem też tłómaczyćby można w danym razie pewien niestosunek między memi tablicami, a wynikiem obserwacyi szpitalnej.

Co do zmian kiły drugorzędnej pomieściłem między niemi nietylko typowe zmiany drugorzędne, spostrzeżone czy to na skórze, czy na błonach śluzowych, lecz mając na oku liczbowe wykazanie pewnych źródeł kiły, także i wszelkie powierzchowne owrzodzenia oraz zdarcia przyskórka, o ile wystąpiły u osoby, pozostającej pod wpływem świeżo nabytej kiły.

W rubryce, dotyczącej kiły pierwotnej pomieściłem wyłącznie i jedynie te przypadki, w których rozpoznanie nie mogło ulegać żadnej wątpliwości; zaznaczyć jednak winienem, że przypadki kiły pierwotnej, są oddzielnie od drugorzędnej uwidocznione dopiero w drugiem pięcioleciu.

Co do sprawy, że się tak wyrażę, formalnej mych tablic, dodać jeszcze muszę, że każda z nich przedstawia pewien dany rok; odsetek obliczony jest naturalnie w stosunku do miesiąca, a nie do roku; nadto dodałem jeszcze tablice, w których zestawiony jest przeciętny odsetek poszczególnych chorób wenerycznych z całego dziesięciolecia u prostytutek jawnych, a z pięciolecia u prostytutek tajnych.

Porozumiawszy się w ten sposób w sprawach zasadniczych, dotyczących mych tablic, podaję je na tem miejscu w porządku chronologicznym:

A) Tablice prostytutek jawnych:

Rok 1890.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła	3·7	5·0	3·7	4·7	4·3	1·3	9·3	4·4	5·0	10·0	7·5	8·2
Wrzód mięki .	8·2	5·6	10·0	3·5	6·2	6·2	15·0	11·8	11·2	6·8	6·2	11·8
Rzeżączka . .	3·1	1·2	3·7	1·8	2·5	1·7	—	0·6	1·3	2·5	0·6	1·4
Choroby wener. wogóle	15·0	11·8	17·4	10·0	13·0	9·2	24·3	16·8	17·5	19·5	14·3	21·4

Rok 1891.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła	5·7	6·8	6·8	7·4	6·8	4·5	5·7	6·5	11·2	7·6	9·2	9·4
Wrzód mięki	8	6·3	5·7	9·1	8·1	9·2	12·5	4·4	8·1	11·1	6·8	5·3
Rzeżączka . .	0·5	1·7	1·7	2·3	2·5	2·3	3·1	1·8	1·2	0·6	1·4	0·6
Choroby wener. wogóle	14·2	14·8	14·2	18·8	17·5	16	21·3	12·6	20·6	19·4	17·5	15·3

Rok 1892.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła	8·7	8·7	11·2	6·3	6·3	7·5	5·6	6·8	7·5	8·7	6·8	3·5
Wrzód mięki .	6·3	7·5	3·7	9·4	8	12·5	8·7	9·2	3·1	8·7	5·6	11·1
Rzeżączka . .	0·6	2·5	2·5	3	1·1	2·5	1·9	3·2	1·2	2·5	1·2	2·5
Choroby wener. wogóle	15·6	18·7	17·5	18·7	15·4	22·5	16·2	19·2	11·8	20·0	13·7	17·1

Rok 1893.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła	4·7	5·7	7·9	5·5	7·5	5	5·6	8·2	6·4	4·6	6·8	6·3
Wrzód mięki .	10·6	7·8	5·6	6·2	8·7	8·1	7·2	6·8	5·3	4·1	5·7	6·8
Rzeżączka . .	1·8	1·5	1·5	1·6	3·1	1·2	0·6	1·2	—	1·8	1·1	0·5
Choroby wener. wogóle	17·1	15	15	13·3	19·3	14·3	12·5	16·2	11·7	10·5	13·7	13·6

Rok 1894.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła	8·5	5·7	8	9·1	8	14·3	10·6	9·3	5·8	5·3	4·6	4·5
Wrzód mięki .	5·8	4·5	5·6	7·4	6·8	5·6	7·5	5·6	4·7	6·5	8·5	8·5
Rzeżączka .	0·5	1·2	1·1	1·7	0·5	1·8	1·2	1·2	0·6	1·7	0·5	1·2
Choroby wener. wogóle	14·8	11·4	14·7	18·2	15·4	21·8	19·3	16·2	11·2	13·5	13·6	14·2

Rok 1895.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	—	—	—	0·5	—	—	—	0·5	—	1·1	1·7	0·5
Kiła drugorzędna . .	7·2	4·5	6·1	5·8	5·3	5·7	8·5	4·6	6·3	8·6	6·3	5·5
Wrzód mięki	5·5	5·6	6·1	5·8	6·4	4	3·4	1·7	4·1	5·7	2·8	3·3
Rzeżączka .	0·5	0·5	1·1	1·7	1·2	0·5	1·1	0·5	1·7	1·1	0·5	0·5
Choroby weneryczne .	13·2	10·6	13·3	13·2	12·7	10·2	13	7·3	12·1	16·5	11·3	9·8

Rok 1896.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	0·5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1·1	—
Kiła drugorzędna . .	5	4·6	5·6	4·4	4·5	4·4	4·4	1·7	6·1	3·3	5	4·4
Wrzód mięki	5·5	6·4	6·8	7·7	7·7	8·8	5·5	8·3	7·7	8·9	5·5	6·1
Rzeżączka .	1·1	1·8	0·5	0·5	1·2	1·1	0·5	1·1	0·5	0·5	1·1	0·5
Choroby weneryczne .	12·1	12·8	12·9	12·6	13·4	14·3	10·4	11·1	14·3	12·7	12·7	11

Rok 1897.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna . . .	1·1	—	1·1	—	—	—	0·5	0·6	0·5	—	0·5	1·1
Kiła drugorzędna . .	3·3	4·7	6·1	6·1	4·2	5	5	4·5	7·8	4·7	6·3	7·7
Wrzód mięki	8·4	8·4	8·3	5·5	4·2	3·8	5·5	5·2	7·3	8·9	9·5	6·6
Rzeżączka .	1·7	2·1	0·5	1·1	1	1·7	0·5	0·6	0·6	1	0·5	0·5
Choroby weneryczne .	15·5	15·2	16	12·7	9·4	10·5	11·5	10·9	16·3	14·6	16·8	15·9

Rok 1898.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	—	0·5	0·5	—	—	—	—	—	—	0·5	—	—
Kiła drugorzędna . .	4·7	4	2	4·5	3	2·5	4·6	1	5·1	3·6	3	1·5
Wrzód mięki	5·2	5	6	7·5	7	2	4	3·5	5·1	6·7	4·5	2
Rzeżączka .	0·5	1	1	1	1	0·5	1	1	1	1	0·5	0·5
Choroby weneryczne .	10·5	10·5	9·5	13	11	5	9·6	5·5	11·2	11·8	8	5

Rok 1899.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna . . .	0·5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kiła drugorzędna . .	6·0	2	4·6	4	4·5	3·6	7·5	6	4·5	4	2·5	6·5
Wrzód miękki	5	5	4·1	4	3	3·6	7	3	0·5	0·5	3	2
Rzeżączka	0·5	1	1	1	1·5	1	1	0·5	2	2	0·5	1
Choroby weneryczne	12	8	9·7	9	9	8·2	15·5	9·5	7	6·5	6	9·5

Tablica przeciętnego odsetka poszczególnych chorób wenerycznych z lat 1890—1900.

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899
Kiła	5·6	7·3	7·3	6·2	7·8	6·6	4·2	5·8	3·4	4·6
Wrzód miękki . .	8·5	7·9	7·8	6·8	6·4	4·5	7	6·8	4·9	3·4
Rzeżączka . . .	1·7	1·6	2·1	1·3	1·1	0·9	0·8	1	0·8	1·1
Choroby weneryczne	15·8	16·8	17·2	14·3	16·3	12	12	13·6	9·1	9·1

B) Tablice z obław policyjno-sanitarnych.

Rok 1895.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	—	1·2	1·3	0·9	—	—	0·9	0·7	—	—	—	1·5
Kiła drugorzędna . .	2·9	1·2	—	3·6	3·5	4	1·9	3	5	7	3·2	3·9
Wrzód miękki	2·3	4·6	—	1·8	3·5	3·1	3·1	2·3	2·5	2·3	3·2	1·5
Rzeżączka .	0·6	4·6	1·3	0·9	2·8	2·3	3·1	1·5	—	1.1	1·3	0·7
Choroby weneryczne	5·8	11·6	2·6	7·2	9·9	8·4	8	7·5	7·5	10·5	7·5	7·5

Rok 1896.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	2·4	0·5	0·6	0·6	—	1·9	—	—	—	—	—	0·7
Kiła drugorzędna . .	1·2	1	4	0·6	4·8	7·4	7·2	1·9	2·4	3·6	4·9	1·4
Wrzód miękki	1·8	3·2	2·6	1·7	2·4	7·4	1·8	3·9	4	7·3	4	0·7
Rzeżączka .	1·2	1	3·3	1·7	4·2	9·3	3·6	3·9	—	1·1	0·8	—
Choroby weneryczne .	6·7	5·8	10·7	4·6	11·6	26·1	12·7	9·7	6·4	11·7	9·8	2·8

Rok 1897.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·9	—
Kiła drugorzędna . .	5·2	1	1·8	5·3	7·8	0·8	3·3	3	3·6	8·2	1·9	2·7
Wrzód miękki	3·9	—	1·8	4	6·2	—	0·8	3	1·4	1	2·8	2·7
Rzeżączka .	2·6	—	—	—	1·5	—	2·5	1·5	2·2	1	—	0·9
Choroby weneryczne .	11·8	1·1	3·6	9·3	15·6	0·8	6·6	7·5	7·4	10·3	7·6	6·3

Rok 1898.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesien	Październ.	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	—	—	—	—	—	1·1	—	1·1	0·7	—	0·8	—
Kiła drugorzędna . .	3·6	4	—	3·4	1·8	3·5	4·2	2·2	1·5	0·8	0·8	0·9
Wrzód miękki	0·9	3·2	0·9	—	2·7	—	1·7	4·4	0·7	0·8	—	0·9
Rzeżączka .	0·9	1·6	1·9	—	0·9	—	4·2	1·1	2·3	—	1·7	0·9
Choroby weneryczne .	5·4	8·9	2·9	3·4	5·4	4·6	10·2	8·8	5·4	1·6	3·4	2·9

Rok 1899.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październ	Listopad	Grudzień
Kiła pierwotna	—	—	2·6	—	—	—	—	—	—	—	—	2·1
Kiła drugorzędna . .	1.2	3·6	3·9	1·6	4	2·6	4·6	3·3	2·4	4	1·1	5.3
Wrzód miękki	—	0·9	2·6	0·8	2	2·6	1·1	1·1	0·8	1	1·1	3·2
Rzeżączka .	1·2	—	1·3	2·5	3	—	2·3	1·1	1·6	1	1·1	1
Choroby weneryczne .	2·5	4·6	11·3	4·9	9	5·3	8	5·6	4·8	6	3·3	11·7

Tablice przeciętnego odsetka chorób wenerycznych z lat 1895—1900.

	1895	1896	1897	1898	1899
Kiła	3.8	3·8	3·8	2·2	3·5
Wrzód miękki	2·5	3·5	2·3	1·3	1·4
Rzeżączka	1·7	2·5	1·1	1·3	1·3
Choroby weneryczne . . .	7·8	10	7·3	4·8	6·2

Jeżelibyśmy chcieli na podstawie tych tablic wnioskować, w których miesiącach roku choroby weneryczne najwięcej się szerzą, wypadłby z tego rachunku wynik następujący. Uwzględniając tablice, dotyczące prostytutek jawnych, przyjdziemy do przekonania, że miesiące letnie najwięcej sprzyjają rozwojowi i szerzeniu się chorób wenerycznych, gdyż w ciągu 10 lat, objętych temi tablicami, miesiąc czerwiec przedstawiał trzykrotnie najwyższy w roku odsetek chorób wenerycznych, mianowicie w r. 1892, 1894 i 1896, a miesiąc lipiec również 3 razy, bo w latach 1890, 1891 i 1899; oba te zatem miesiące, razem wzięte, które dla bezpośredniego ich sąsiedztwa za jeden uważać można, okazują w 6 latach, a więc w 60% całego dziesięciolecia, najwyższy w roku odsetek chorób wenerycznych. Faktu tego, jako w każdym razie bardzo ciekawego, a pewnie i nie przypadkowego, milczeniem pominąć bezwarunkowo nie mogę. W pozostałych 4 latach najwyższy odsetek chorób wenerycznych okazywał kwiecień w r. 1898, maj w r. 1893, październik w r. 1895 i grudzień w r. 1897. (Dok. nast.)

* * *

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jag.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali
Dr. Wincenty Łepkowski, Docent dentystyki, i **Prof. Dr. Leon Wachholz,** Dyrektor Zakładu.

(Ciąg dalszy).

3) *Wpływy chemiczne* ujawniają się i na zębach i na dziąsłach. Przedewszystkiem kwasy organiczne i nieorganiczne, dalej połączenia rtęci, ołowiu, miedzi, żelaza, fosforu, jodu, arsenu, bismutu, srebra, wreszcie środki spożywcze, jak cukier, mąka i owoce, zawierające kwasy, wywolują w zębach zmiany. Tytoń palony i żuty, a nadto pewne owoce zostawiają charakterystyczne zabarwienia zębów samych lub wypełnień w nich założonych.

Kwasy, wywołujące zmiany, są albo takie, które wśród kiśnienia same się w ustach wytwarzają, albo też zostają doprowadzone do zębów z pokarmami, lub też wprost jako takie dostają się czy to w postaci przetworów leczniczych, czy też w zamiarach skryto- lub samobójczych. Działanie kwasów pozostawia niejednakie zmiany po sobie. Zmiany te zależne są od związków chemicznych soli wapniowych, zawartych w zębie, z danym kwasem. Jasną więc i naturalną jest rzeczą, że szkliwo zęba będzie uszkodzonem więcej pod działaniem kwasów mineralnych, n. p. solnego, siarkowego i azotowego, mniej zaś pod działaniem kwasów organicznych, a więc: mrówkowego, octowego, cytrynowego, jabłkowego. Uszkodzenia te stać będą w prostym stosunku do zagęszczenia i długości czasu, przez jaki kwas na ząb działał. Z pomiędzy kwasów organicznych w samych ustach wytwarza się kwas mlekowy, który powstaje jako wynik kiśnienia pod wpływem drobnoustrojów, a tworząc mlekan wapna, spowodowuje ubytki w zębach, zwane próchnicą, która według dziś panującej teoryi jest pochodzenia pasorzytniczo-chemicznego. Sądowolekarskie znaczenie zyskuje kwas solny, gdyż bywa przez partaczy zalecany do czyszczenia zębów. Zęby brudno-ciemne stają się białymi i czystymi, skoro się je natrze wacikiem, napojonym kwasem solnym. Po częstem stosowaniu go powierzchnia szkliwa staje się ćmą, szorstką i nierówną, z czasem zaś ząb się psuje przez nagromadzenie się drobnoustrojów na powierzchni i ulega próchnicy wprost pod wpływem kwasu solnego. Postępowanie tego rodzaju winno być uważane jako karygodny błąd leczniczy. Wiadomo, że rozcieńczony kwas solny ma w tegoczesnej medycynie rozległe zastosowanie wewnętrzne, głównie w chorobach żołądkowych, oraz jako środek ochronny przeciwko chorobom zakaźnym, nagabującym ustrój od strony żołądka. Nieoględne, dłużej trwające stosowanie go bez rurek szklanych wywołuje zupełnie podobne przyćmienie i porowatość szkliwa, prowadzące do próchnicy i zniszczenia zębów. Rozpoznanie działania kwasów na zęby nie sprawia wiele trudności. Przedewszystkiem zmiany dotyczą zębów przednich, a matowość, porowatość i białość szkliwa są charakterystyczną ich cechą. Doświadczenia nasze, podjęte z kwasem solnym i azotowym, stwierdziły w zupełności rzeczone działanie szkodliwe na szkliwo zębów; pozbawione szkliwa części zęba barwiły się zarazem pod działaniem kwasu azotowego na jasno-żółto, a barwa ta przybierała pod wpływem ługu potasowego lub amoniaku odcień pomarańczowy. Jak dalece i jak szybko kwas solny, zawarty w treści żołądkowej, niszczy zęby, niechaj posłuży następujący przykład: dla zbadania oznak zwyrodnienia u idyotów i obłąkanych, sporządziliśmy odciski uzębienia z chorych tutejszego Zakładu dla umysłowo chorych. Między innymi chorymi zwrócił naszą uwagę J. T., lat 15 liczący, od urodzenia umysłowo niedołężny. Chory ten, nieumiejący mówić, a wydający tylko ze siebie niezrozumiałe głosy, przedstawia w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych przykurczenia. Badanie jamy ustnej wykazuje język duży, mięsisty, zębów dolnych i górnych brak zupełny; gdzieniegdzie widać tylko szczątki w postaci spróchniałych korzeni, nigdzie jednak śladu korony, a nawet kawałeczka szkliwa. Przyczyną tego bezzębnego stanu ust było to, iż chory ten każdy przyjęty pokarm napowrót wraz z sokiem żołądkowym do ust z żołądka wracał, w ustach go trzymał, a następnie połykał na to, aby znowu tosamo uczynić. Rzecz naturalna, że kwas solny, zawarty w soku żołądkowym, przy tego rodzaju przeżuwaniu doszczętnie zniszczył zęby. Nawiasowo nadmieniamy, że niektóre pokarmy pozostawiają czasowe zabarwienie zębów i plomb w nich będących. Wzmianka ta może być przydatną, jeźli oględziny nastąpiły wkrótce po spożyciu takich pokarmów; do tych należą czarne jagody, czerwone wino, wogóle pokarmy, zawierające naturalny barwik.

Oprócz kwasów, niektóre środki chemiczne, wessane do ustroju, wywołują charakterystyczne zmiany na zębach. Pomiędzy nimi najważniejszą jest *rtęć*. Działa ona nietylko na ludzi, którzy zawodowo z nią się stykają, ale także na tych, którzy z powodu kiły używają jej w celach leczniczych. Zatruciu ulegają przedewszystkiem ci, którzy z rudy rtęć wydobywają; dalej robotnicy zwierciadeł, fotografowie, jubilerowie, pozłotnicy, kapelusznicy i t. d. Lekarze, zwłaszcza chirurdzy, którzy do częstego myciu rąk używają sublimatu, mogą także podlegać objawom rtęcicy. Ostre zatrucie rtęcią niema tu znaczenia, gdyż na zębach nie zostawia żadnych śladów. Natomiast zatrucie przewlekłe, czy to przez oddechanie parą rtęci, czy też przez wcierania lub wstrzykiwania przetworów rtęciowych, wywołuje na zębach zmiany tak dalece charakterystyczne, że po nich często rtęcicę rozpoznać można. Jednym z najczęstszych objawów jest zapalenie dziąseł. Wał obrzmiałego dziąsła przykrywa koronę zęba w okolicy szyjki; popod nim nagromadzają się drobnoustroje i wywołują zmiany próchnicze, charakterystyczne ze względu na ich umiejscowienie. Zęby wyglądają jakby podcięte u nasady. Rzecz naturalna, że nie leczona próchnica szerzy się coraz dalej i w końcu u osób dotkniętych przewlekłą rtęcicą widzimy zupełne zniszczenie i brak koron zębowych. Mimo tej znacznej próchnicy zęby bywają zwykle niebolesne. Zmiany powyższe ważne są dla rozpoznania rtęcicy, a przez to dla stwierdzenia tożsamości osoby.

Przewlekłe zatrucie *ołowiem* (ołowica) wywołuje zmiany nietylko na zębach, ale także i na dziąsłach. Podobnie, jak azotan srebrowy i żelazo, ołów sprawia zczernienie dziąseł i koron zębowych. To właśnie charakterystyczne zabarwienie daje sposobność rozpoznania, że badany człowiek musiał się dłużej stykać z ołowiem lub jego przetworami. Dawniej używano ołowiu do wypełniania zębów, i od niego nawet nazwa „plomby“ pochodzi. Obecnie nie wolno go w tym celu używać, ze względu na łatwość zatrucia.

Fosfor biały, stosowany do wyrobu zapałek, jest powodem fosforowej martwicy szczęk. Jakkolwiek ostatnie badania Michaëlsa nieco odmiennie przedstawiają sprawę powstawania martwicy fosforowej, gdyż Michaëls sądzi, że i u osób, niedotkniętych próchnicą zębów, martwica powstać może, to jednak stanowczo powiedzieć możemy, że choroba ta łatwiej powstaje tam, gdzie zęby są próchnicą nadwerężone. To też słuszne są ustawy państw, usuwające fosfor biały. trujący, a nakazujące używać fosforu czerwonego, jako nietrującego, do wyrobu zapałek. Przewlekłe zatrucie fosforowe (fosforzyca), bo to tylko stoi w związku z zębami, daje lekarzowi sposobność do rozpoznania zatrudnienia ze zmian chorobowych.

Miedź, z którą się stykają kotlarze, bronzownicy itd. wywołuje przewlekłe zatrucie, na które wskazuje obecność zielonawo zabarwionego rąbka na dziąsłach i zielonawego obłożenia zębów. Ponieważ tak zwany kamień winny daje często podobne zabarwienie na zębach, a i jedno i drugie zabarwienie jest tylko osadem, rozstrzygnięcie więc może nastąpić na drodze chemicznego rozbioru.

Arszenik jest materyałem o szerokiem zastosowaniu w przemyśle i w lecznictwie. Arszeniku używamy także w dentystyce w połączeniu z kokainą, morfiną, kwasem karbolowym i olejkiem gwoździkowym do zabicia miazgi zębowej, przykrywając pastę, z tych przetworów się składającą, zapomocą tak zwanego „Fletcher-cementu“. Ten fakt właśnie daje powód do przypadków zatrucia arszenikiem, a ztąd związek między medycyną sądową, arszenikiem i dentystyką. Zdarzały się przypadki ostrego zatrucia przez niedokładne zamknięcie arszeniku w zębie, przez połknięcie wacika, napojonego pastą arszenikalną. Sam arszenik nie wywiera wyraźnego działania na zęby, a może tylko, skoro w zębie pozostaje dłuższy czas, wywołać zapalenie okostnej i z niem w związku będące następstwa. Powstawanie arszenikowej martwicy szczęki, podobnej do martwicy fosforowej, jest znane, lecz związek między arszenikiem a ową martwicą jest jeszcze wątpliwy.

Bizmut wywołuje zmiany pod postacią rozpulchnienia dziąsła, zielonkawych plam na niem i chwiania się zębów.

Palenie i żucie tytoniu wywołuje na zębach charakterystyczne zabarwienie brudno bronzowe, dziąsło zaś bywa nieco zaczerwienione. To ciemne zabarwienie zębów dotyczy przedewszystkiem zębów przednich, a najbardziej jest charakterystyczne na zębach, o które opiera się cygaro. Wszystkie gatunki cygar, a szczególnie gatunki mocnych cygar hawańskich, barwią zęby na ciemno tak. że stają się one wprost czarne. Barwę tę najsilniej przejmują nie same zęby, ale przedewszystkiem kamień, który się ze śliny na zębach wytwarza. Rzecz naturalna, że wargowe ściany zębów będą słabiej zabarwione, niż językowe, gdyż osad, który pozostawia nikotyna na ścianach przednich, ściera się przez czyszczenie zębów i samemi wargami. Papierosy nie czernią zębów w tym stopniu, co cygara. Brak zupełny zbrunatnienia zębów nie jest jeszcze dowodem, że osobnik nie był palaczem, bo mimo palenia może się ono nie wytworzyć. Nagromadzanie się osadu, który powstaje przy paleniu na zębach, zależnem jest od gładkości szkliwa, a dalej od pilnego czyszczenia. W każdym jednak razie przy szczegółowych oględzinach spostrzeżemy zaczernienia, które zazwyczaj rozpoczynają się w okolicy szyjki zęba i w szparach międzyzębowych. Zęby sztuczne podlegają tymsamym zmianom. Oprawy ich kauczukowe i złote czernieją i tworzy się na nich dobrze wypolerowana skorupka osadu czarnego.

Ze środków spożywczych szkodzą zębom mąka i cukier, a wiadomo powszechnie, że piekarz i cukiernik prawie z reguły nie mają dobrych zębów. Pył mączny, zarówno jak pył cukru, oraz ta okoliczność, że cukiernicy muszą często gorący lukier ustami próbować, sprawia, iż u ludzi, zajmujących się temi gałęziami przemysłu, próchnica występuje z nader gwałtownym i niszczącym ich uzębienie przebiegiem. Przyczyną powstawania próchnicy jest tworzenie się w ustach kwasów mlekowego i masłowego w przebiegu spraw chemicznych, powstających wobec cukru i skrobi. Kwas mlekowy działa na sole wapniowe zęba, łącząc się z niemi na mlekan wapna i właśnie w ten sposób niszczy zęby próchnicą. Działanie cukrów może i drugą drogą nagabywać zęby. Używanie cukru w nadmiarze wywołuje często zaburzenia żołądkowe z nadmiernem wydzielaniem się kwasu solnego, który przy wymiotach lub odbijaniach dostaje się do jamy ust i tu na zęby działa.

Na zębach uwidoczniają się także pewne zmiany pod wpływem chorób ogólnych ustroju. Zmiany te mogą także posłużyć w danym przypadku do stwierdzenia tożsamości osoby. Mogą się one przedstawiać jako zagłębienia, nierówności szkliwa, zwane nadżerkami. Zęby z nadżerkami mogą wyrastać u dzieci, które posiadały zupełnie prawidłowe zęby mleczne. Dziedziczność co do nadżerek nie jest ściśle wykazana, a zdarza się nieraz, że jedne dzieci tychsamych rodziców mają zęby z nadżerkami, drugie zaś mają zęby zupełnie prawidłowe. Dowiedziono, że zęby już w swoim pęcherzyku zębowym zmianom tym ulegają. Twierdzenie, że zmiany te powstają z powodu płonicy, odry, ospy, duru, róży, wogóle chorób zakaźnych, nie wydaje się być słusznem, gdyż choroby te powstają u dzieci wtenczas, kiedy pęcherzyki zębowe są zupełnie wykształcone. Obecnie odnosi się przyczynę powstawania nadżerek głównie do kiły, drgawek i stanów gorączkowych u matki. Czy kiła dziedziczna jest rzeczywiście powodem nadżerek, trudno rozstrzygnąć, gdyż zdarza się brak ich u dzieci z wybitnymi objawami kiły dziedzicznej. Według Fourniera najczęściej zmianą tą są dotknięte pierwsze trwałe zęby trzonowe, rzadziej sieczne, a najrzadziej kły. Na kłach spostrzegamy nadżerki na krawędziach, taksamo na zębach siecznych, chociaż ich powierzchnie wargowe często są również nadżerkami pokryte. Charakterystyczne są zmiany na zębach trzonowych, dotyczą one powierzchni służącej do gryzienia przy prawidłowym trzonie korony zęba. Wedle Leea, Moona[18]), Buscha, leczenie rtęcią ma wywoływać nadżerki; tak więc tam, gdzie nadżerki spostrzegamy, winniśmy podejrzywać kiłę, drgawki, choroby zakaźne dzieci i matek, krzywicę, a w końcu zatrucie rtęcią. Choroby zakaźne, płonica, odra, ospa, grypa, róża, dur wywołują w jamie ustnej zmiany pod postacią zapaleń okostnej, samoistnie częstokroć występujące. Zmiany te są tem charakterystyczne, że tworzą się bez przyczyny ponad zupełnie zdrowymi, lub ponad dawno plombowanymi zębami. W rzędzie chorób zakaźnych kiła odgrywa ze względu na zęby ważną rolę. Wpływ kiły

[18]) Moon: Des érosions dues au traitement mercuriel (Progrès dentaire 1879).

dziedzicznej, prócz nadżerek, o których mówiliśmy, może wywoływać, jak niektórzy autorowie twierdzą, zmiany w kształcie (półksiężycowate rowki na wolnym brzegu siekaczy, niewłaściwie zwane zęby Hutchinsona), wielkości i odporności zębów. Kiła nabyta wywołuje zmiany w zębach o tyle, o ile wywołuje je leczenie rtęciowe. Osoby dotknięte gruźlicą dziedziczną odznaczają się zazwyczaj dużymi, efektownie białoniebieskimi zębami, których zębina jest nadzwyczaj krucha i skłonna do powstawania próchnicy. W odróżnieniu od próchnicy, wywołanej przez leczenie rtęcią, tworzą się tu jamki próchnicze zwykle pomiędzy zębami. Próchnica postępuje u gruźliczych szybko, a zębina od samych początków jest nadzwyczaj wrażliwą i bolesną. Zapalenia okostnej na tle gruźliczem, prowadzące do głębszych zmian w szczęce, nie należą bynajmniej do rzadkości. Po za tym szeregiem chorób zakaźnych spostrzegano zmiany w przebiegu dny, które opisali Dyce Dickworth [19]) w Londynie i Etcheparaborda [20]) w Buenos-Ayres. Zmiany te dotyczą nadzwyczajnej grubości szkliwa, które w późniejszych okresach choroby się ściera, jak to opisuje Saundby [21]), i prawie nic z poza dziąsła nie wystaje. Znaną jest rzeczą, że w przebiegu moczówki cukrowej zęby wypadają wskutek zwiotczenia i zmian zapalnych w dziąsłach, a nadto próchnieją nadzwyczaj szybko. Próchnicę tę tłómaczą wytwarzaniem się kwasu mlekowego w przebiegu spraw kiśnienia w jamie ustnej. Sprawy te opisał Marchal de Calvi [22]) i Magitot [23]), którzy również zwracają uwagę na powstawanie zapalenia okostnej w przebiegu moczówki cukrowej. Krzywica okazuje już i w drobnowidowej budowie zębów wybitne zmiany pod postacią szerokich kanalików zębowych, pryzmatów szkliwa nieściśle wytworzonych i t. d., a nadto wywołuje zaburzenia, objawiające się nieprawidłowem ustawieniem zębów, niedokształceniem się koron zębowych, a w końcu nadżerkami, dla których stanowi może najważniejszy czynnik etyologiczny.

Czy i o ile rozmiękczenie kości wpływa szkodliwie na zęby, dotąd nie zbadano; to jednak pewno, że chorzy na rozmiękczenie kości utracają zęby zupełnie zdrowe w następstwie zmian zapalnych w dziąsłach. Leblon, Krause twierdzą, że spostrzegali u takich chorych zęby chrząstkowato rozmiękłe. Spostrzeżenia tego dotąd nie potwierdzono. Z chorób układu nerwowego wiąd rdzenia wywołuje zmiany, charakteryzujące się bezbolesnem wypadaniem zębów zdrowych, jak również bezbolesnym przebiegiem próchnicy. W końcu wymienić musimy niedokrewność, blednicę, białaczkę, wogóle choroby krwi, które mogą również wywoływać zmiany, odznaczające się nadzwyczaj szybko postępującą próchnicą. Kto w szeregu lat praktyki dentystycznej miał częstszą sposobność plombować zęby dziewczętom, dotkniętym blednicą, ten przekonał się chyba dosadnie, jak mimo sumienności w plombowaniu i w wyszukiwaniu otworów próchniczych już po krótkim czasie tworzą się nowe ogniska próchnicy. Powszechnie przypisują tę łatwość próchnienia zębów środkom leczniczym, t. j. przetworom żelaza, które jednak nie odgrywają w tym przypadku tak wybitnej roli, bo przecież żelazo nie wchodzi w związek chemiczny z wapnem zęba. Bezpośrednią przyczyną jest niedostateczna ilość, lub wadliwy stan krwi, a źle lub nieprawidłowo odżywiona tkanka zębowa jest podatnym gruntem dla powstawania próchnicy. Jeszcze o jednym stanie, już nie chorobowym, ale fizyologicznym, nadmienić nam trzeba, a mianowicie o ciąży, która niszczy zęby bardzo prędko przez próchnicę. Pierwszy zwrócił na to uwagę Fauchard w roku 1722. Na jakiej drodze próchnica tu występuje, dotychczas nie jest rozstrzygnięte. Według Magitota ciąża wywołuje często zaburzenia żołądkowe, wymioty, więc kwas solny, zawarty w wymiocinach, może być tu przyczyną próchnicy zębów. Przeciwko temu tłómaczeniu przemawiałaby ta okoliczność, że spostrzegaliśmy już gwałtowne psucie się zębów mimo, iż wymioty wśród ciąży nigdy nie występowały. Musi tu być inna przyczyna, a kto wie, czy nią właśnie nie jest ten młody tworzący się ustrój, potrzebujący znacznej ilości wapna. I tak jak rozmiękczenie kości występuje wśród ciąży, tak też i próchnica zębów łatwo może być z nią w związku. (C. d. n.).

[19]) Dyce Dickworth (Rosenthal).

[20]) Etcheparaborda: Comptes rendus du Congrès dentaire de Paris, 1889. Str. 229.

[21]) Saundby: British medical Journal of dental Sciences 1886.

[22]) Marchal de Calvi: Recherches sur les accidents diabetiques 1863.

[23]) Magitot: Mémoire sur la valeur diagnostique dans le diabete sucre de la periostite alvéole-dentaire. (Académie de medécine 1882).

* * *

III. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

2. Gruczoł tarczykowy.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Prócz wymienionych powyżej chorób, w których gruczoł tarczykowy stosowano w większej liczbie przypadków, a stąd bogatsze zebrano doświadczenia, próbowano go przeważnie na małą skalę w wielu jeszcze innych stanach patologicznych. Niektóre z tych prób uważać można jako następstwo dawniejszych spostrzeżeń i doświadczeń na zwierzętach, inne były czysto empiryczne. Do pierwszych zaliczyć się dają usiłowania leczenia niektórych postaci chorób serca i chorób umysłowych, uzasadnione w części przynajmniej poznaniem wpływu istoty gruczołu tarczykowego na narząd krążenia, — według doświadczeń Cyona [97]) przedewszystkiem na nerwy sercowe, — i na stan psychiczny matołków lub chorych, dotkniętych obrzękiem śluzakowym.

Spostrzeżenia Van de Vorsta [98]) zdają się istotnie wykazywać, że tyroidyna działa niekiedy korzystnie, jako środek nasercowy. Należałoby więc bliżej określić możliwe wskazania i poczynić odpowiednie spostrzeżenia na większej ilości chorych. Z teoretycznego stanowiska najodpowiedniejsze wydawałyby się te przypadki, w których niedostateczne jest napięcie narządu nerwowego serca, ale gdzie zarazem niema zmian anatomicznych w samym mięśniu sercowym.

O skuteczności lub bezskuteczności przetworów gruczołu tarczykowego w zboczeniach psychicznych, względnie w chorobach umysłowych, nie podobna wyrobić sobie na podstawie dotychczasowych sprawozdań stanowczego sądu.

[97]) Cyon: L. c

[98]) Van de Vorst: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 1347.

Są one wogóle nieliczne, a niektóre z nich, co ważniejsza, mało krytyczne w wyborze przypadków i w ocenianiu przebiegu choroby; nie brak także widocznych bardzo sprzeczności między autorami.

Hill[99]) z Baltimore, który leczył 40 przypadków przeważnie niedołęztwa starczego, ostrego obłędu zadumczego, ocenia działanie tyroidyny korzystnie. Dziwnem się wszakże wydaje, że gruczoł tarczykowy skutkował równie dobrze w stanach podniecenia. w szale, jak i w stanach pognębienia i zupełnego zniedołężnienia. Autor ten przypuszcza, że niektóre przypadki chorób umysłowych są następstwem niedostatecznej czynności gruczołu tarczykowego, inne — wyrazem zatrucia wytworami przemiany pierwiastków, jak to się zdarza niekiedy po niektórych chorobach zakaźnych. Gruczoł tarczykowy. podawany wewnętrznie. usuwa w pierwszym przypadku niedobór, w drugim ma znaczenie środka odtruwającego.

Mniej pomyślnie opiewa sprawozdanie Crossa[100]). Na kilkanaście przypadków. zaledwo u dwóch melancholików osiągnąć można było pewną poprawę. O zupełnym zawodzie leczniczym w kilkunastu przypadkach zadumy, paranoi i niedołęztwa umysłowego wspomina Gerwer[101]). Richard i Leeper[102]) radzą przetwory gruczołu tarczykowego w tych przypadkach, w których psychoza zdaje się zależeć od zmian w krążeniu.

O innych próbach leczniczych, czysto już empirycznych, wspominać można raczej tylko dla uwidocznienia wszystkiego, co dotychczas w tym kierunku robiono, aniżeli dla ich istotnej praktycznej wartości; zadowolnimy się więc prostem wymienieniem odnoszących się tu sprawozdań i zaznaczeniem dostrzeżonych skutków. I tak w akromegalii podawał Rolleston[103]) równocześnie wyciąg z gruczołu tarczykowego i przysadki mózgowej; Schwoner[104]) w trzech przypadkach samą tyroidynę. Obaj podnoszą brak jakiegokolwiek wpływu dodatniego na zmiany w kościach; w przypadku Rollestona ustąpiły tylko uporczywe bóle głowy.

Senator[105]) badał wpływ gruczołu tarczykowego w rozmiękczeniu kości; chodziło mu jednak raczej o poznanie niektórych szczegółów z przemiany materyi, a nie o skutek leczniczy. Oznaczenia kwasu fosforowego, wapna i azotu wykazały, że wszystkie te ciała podczas podawania tyradenu opuszczały ustrój w ilości większej, najwyraźniej stwierdzić to można było odnośnie do fosforu. Stan chorej poprawił się wprawdzie w czasie jej pobytu w szpitalu Charité, gdzie robiono doświadczenia, poprawy jednak nie można było, zdaniem Senatora, uważać za następstwo leczenia, ale przypisywać ją należało lepszym warunkom higienicznym i odżywczym.

W moczówce cukrowej stwierdzili działanie niekorzystne Fontana i Grasselli[106]), czego zresztą na podstawie spostrzeganego tylokrotnie cukromoczu po podaniu tyroidyny wprost oczekiwać można było.

Zajmujące są sprawozdania, złożone na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu z dnia 9 lipca 1898 r. przez Capitana[107]) i Camusa[108]) o działaniu gruczołu tarczykowego w błednicy. Pierwszy ze sprawozdawców stosował go z dobrym skutkiem w kilkunastu przypadkach, drugi w jednym, ale za to w ciężkiej i upartej postaci, a z wyniku również był zadowolony.

Wpływ gruczołu tarczykowego na występowanie miesiączki u kobiet śluzakowych znany już jest od dość dawna, a Stehman[109]) stwierdził go także w zwykłych przypadkach braku miesiączki. Przypuszcza on, że istota gruczołu tarczykowego działa także w warunkach fizyologicznych na stan i czynność narządu rodnego kobiecego. Że brak miesiączki nie zawsze jednak da się usunąć przez podawanie przetworów tarczykowych, dowodzi spostrzeżenie Rollestona, który opisując przypadek akromegalii, wyraźnie zaznaczył nieskuteczność tyroidyny w tym kierunku. O dobrych wynikach leczenia włókniaków macicy za pomocą tyroidyny donosił w swoim czasie Polk[110]) z Nowego Jorku, opierając się na spostrzeganiu 10-ciu przypadków. Potwierdza on w zupełności podobne sprawozdania Jonina, Balla, i Stehmana. a temu sposobowi leczenia przyznaje wyższość nad wszystkimi innymi.

Na tworzenie się rychłe kostniny po złamaniu kości działała tyroidyna korzystnie w przypadkach, opisanych przez Gauthiera[111]). Natomiast w krzywicy nie mogli Knöpfelmacher[112]) a później Stoelzer i Lissauer[113]) stwierdzić żadnego wpływu.

Lépine[114]) spostrzegał przez dłuższy przeciąg czasu chorego z postępującym zanikiem mięśniowym bez odczynu zwyrodnienia, u którego świeży gruczoł tarczykowy sprowadził rychłą poprawę stanu mięśni, a po nieco dłuższem używaniu nawet zupełne wyzdrowienie.

Na możliwość leczenia gruźlicy płuc przetworami tarczykowymi zwrócił uwagę Morin[115]), wyszedłszy z założenia, że istota wydzielana przez gruczoł tarczykowy posiada własności przeciwpasorzytnicze, rzadko bowiem zdarzają się w gruczole tarczykowym zmiany ogniskowe, zapalne, wywołane zakażeniem. Chorzy, dotknięci wolem, mają być prawie wolni od gruźlicy. W ślad za tem rozumowaniem rozpoczął próby na chorych gruźliczych i wyniki swych spostrzeżeń ogłosił w r. 1896. Jak dotychczas sprawozdanie to jest zupełnie odosobnione i trudno przypuścić, aby znaleźli się naśladowcy tego sposobu leczenia, który, jak to wynika z pracy Morina, nie zapewnia bynajmniej pożądanego skutku, a wobec poznanego wpływu gruczołu tarczykowego na przemianę pierwiastków zupełnie uzasadniona byłaby obawa, że łatwo może podkopać odżywienie chorych.

Prócz gruźlicy w jednej tylko jeszcze chorobie zaka-

[99]) Hill: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897, S. 566.

[100]) Cross: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898, S. 623.

[101]) Gerwer: Ref. Therap. Monatshefte. 1898, S. 398.

[102]) Richard i Leeper: Deutsche med Wochschft 1900. L. B S. 30.

[103]) Rolleston: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898. S 646.

[104]) Schwoner. Zeitschft. f. kl Med. T. 32, S. 202.

[105]) Senator: Deut. med. Wochschft. 1897. V. B. S. 29. i Berl. klin. Wochschft 1897, Nr. 6.

[106]) Fontana i Grasselli: Ref. Centrblt. f. inn. Med 1898, S. 841.

[107]) Capitan: Therap. Monatshefte. 1898, S. 679.

[108]) Camus: *Ibidem*.

[109]) Stehmann: Deut. med. Wochschft. 1897. TB. S 64.

[110]) Polk: Therap. Monatshefte. 1899. S. 459

[111]) Gauthier: Therap. Monatshefte. 1898. S. 164.

[112]) Knöpfelmacher: Wien. klin Wochschft. 1895, Nr. 41.

[113]) Stoelzer i Lissauer: Ref. w Przegl. lek 1900, S. 41.

[114]) Lépine: Ref. Centrblt. f. inn Med. 1897, S. 180.

[115]) Morin: Centrblt. f. inn. Med. 1895, S. 859 i 1896, S. 538.

źnej przewlekłej stosowano tyroidynę, mianowicie w trądzie. Maitland[116]), który to czynił, notował wpływ korzystny.

W najnowszych już czasach ogłosił Jönicke[117]) spostrzeżenia kilku przypadków, zwracające uwagę, ale zarazem nakazujące pewną przezorność w sądzie, przynajmniej tak długo, dopóki wyników Jönickego nie potwierdzą dalsze i liczniejsze sprawozdania. Chodzi mianowicie o korzystny wpływ tyroidyny na obrzęki (jakie?) gruczołów pachowych, na chłoniaki i na rzekomo białaczkowy obrzęk śledziony (pseudoleukaemia lienalis).

Znajomość szczegółów z klinicznych spostrzeżeń mnogich i różnorodnych przypadków rozszerza bardzo znacznie wiadomości o gruczole tarczykowym, zdobyte drogą fizyologicznych badań i doświadczeń. Klinika, fizyologia i patologia doświadczalna uzupełniają się tu i wspierają nawzajem. Poznanie wpływu tego narządu i działania jego w różnych warunkach daje dopiero możność stworzenia sobie pojęcia o jego roli i znaczeniu w ustroju i dla ustroju.

Zużytkowanie całego dotychczas nagromadzonego i niewątpliwie bardzo zasobnego materyału w sposób, nie podlegający krytyce, stworzenie wykończonego zupełnie obrazu, nie jest wprawdzie jeszcze łatwe; nie jedno zapewne wypadnie zmienić i sprostować w przyszłości; ale w każdym razie znamy i wiemy już wiele, co przestaje być teoryą, a staje się w głównych przynajmniej zarysach, jeśli nie prawdą, to czemś bardzo do prawdy zbliżonem.

Podstawą przyjętych obecnie prawie ogólnie poglądów, punktem wyjścia dla objęcia całej fizyologii i patologii gruczołu tarczykowego, jest założenie, że narząd ten dla życia i prawidłowych czynności życiowych jest niezbędny, że zadanie swe spełnia przez wydzielanie istoty, ulegającej wessaniu za pośrednictwem naczyń żylnych lub chłonnych samego gruczołu, rozprowadzanej następnie po całym ustroju i wywierającej wpływ na jego mikrobiologiczne sprawy — jeśli wolno użyć tego określenia — sprawy, których bezpośrednio ani dotknąć się, ani zmierzyć nie możemy, — a poznajemy je dopiero po skutkach. Najważniejszą z nich jest przerabianie materyałów odżywczych, związane z niem odżywianie tkanin, zachowanie chemicznej równowagi w składowych częściach ustroju, należyte wyzyskanie wszystkiego, co dlań potrzebne, zniszczenie i wydalenie tego, co szkodliwe — jednem słowem — sprawa całej przemiany pierwiastków w najszerszem słowa tego znaczeniu. Wchodząc w bliższe jej szczegóły, przyjąć trzeba na podstawie dotychczasowych badań, że od wpływów wydzieliny gruczołu tarczykowego zależy fizyologiczna norma spalania się tłuszczu, a prawdopodobnie także i wytwarzanie się tłuszczu z węglowodanów; w pierwszym kierunku działa ta wydzielina podniecająco, w drugim hamująco. Także i rozpad istot białkowatych, chociaż zapewne w drugim dopiero rzędzie, zależy od jej wpływu; a najważniejszy jest tu rozpad wytworów przemiany materyi, posiadających własności trujące. W tem zdaje się leżeć odtruwające działanie gruczołu tarczykowego. Tyle prawie pewnego z fizyologii. Bardzo jest jednak możliwe, że od należytej czynności tego gruczołu zależy także prawidłowy wzrost kości i skóry i prawidłowy stan układu nerwowego. Doświadczenia Cyona zdają się przemawiać wielce za tem, że wydzielina gruczołu tarczykowego jest czynnikiem, lub jednym z czynników, regulujących czynność serca, a pośrednio czynnikiem, miarkującym dopływ krwi do mózgu i napełnienie naczyń mózgowych.

Z pośród wszystkich istot, jakie dotychczas udało się otrzymać z gruczołu tarczykowego, najważniejszą jest tyrojodyna, związek organiczny jodu. Połączenie to wywiera na przemianę pierwiastków, na sprawy odżywcze i na narząd krążenia jakościowo taki sam wpływ, jak gruczoł, otrzymywany zeń sok, lub wyciąg.

Nieprawidłowa czynność gruczołu tarczykowego objawiać się może w dwojaki sposób: wydzielanie jest niedostateczne, względnie brak go zupełnie, albo też wydzielanie jest nadmierne. W następstwie tego przyjmuje patologia dwa stany, zwąc pierwszy *„athyroidea“*, względnie *„athyroidisatio“*, drugi *„hyperthyroidea“* lub *„hyperthyroidisatio“*. Pierwszy z tych stanów jest następstwem zupełnego usunięcia gruczołu drogą rękoczynu, zwyrodnienia lub zaniku tkanki gruczołowej; a wynikiem tego są dobrze znane obrazy patologiczne chery i tężyczki, obrzęku śluzakowego i matołectwa. Jako przyczyny czynności nadmiernej wymienia Thornburn[118]) zatrucie ustroju przez spożywanie w nieodpowiedniej ilości samego gruczołu, lub jego przetworów — *thyroidismus* w ścisłem tego słowa znaczeniu — zatrucie przez tyroidynę, wytworzoną w nadmiarze skutkiem nadużywania soli jodowych — *jodismus* — przerost gruczołu tarczykowego z przyczyn bliżej jeszcze nie znanych — choroba Basedowa — wreszcie szybkie wessanie wydzieliny gruczołowej, ułatwione otwarciem naczyń chłonnych gruczołu.

Tenże sam autor przyjmuje jeszcze za rzecz pewną działanie tyroidyny jako antytoksyny, dopatrując dowodów na to w zachowaniu się gruczołu w czasie ciąży, wobec zarazków ropotwórczych, zarazków gruźlicy i kiły: Tam gruczoł przerasta, aby przez zwiększone wydzielanie podołać zobojętnianiu wytwarzanych w większej ilości trucizn, tu zaś na miejscu wydzielina jego niszczy zarazki, a stąd rzadkość przerzutowych ropni, zmian gruźliczych i kiłowych w gruczole.

IV. Oceny i sprawozdania.

Nobiling-Jankau: **Handbuch der Prophylaxe.** Seitz et Schauer. Monachium, 1900.

Dr. Th. S. Flatau (Berlin). **Die Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten.**

W pierwszej części ogólnej tego zeszytu zwraca autor uwagę na fizyologiczną czynność jamy nosowej, gardłowej i krtaniowej, omawia sposoby służące do utrzymania ich sprawności i do zapobiegania jej zaburzeniom; wskazuje przytem na szkodliwe wpływy, wywierane na te narządy przez niestosowne i niehigieniczne urządzenia w biurach, warsztatach, fabrykach, szkołach i innych przybytkach prywatnych i publicznych, i podnosi dyetetyczno-gimnastyczne zadanie zapobiegawcze lecznictwa. Zbyt jednostronne traktowanie zaburzeń w zdolności do śpiewu i intonacyi, i to na koszt innych, mniej uwzględnionych spraw chorobowych krtani, tłómaczyć należy stanowiskiem autora, jako nauczy-

[116]) Maitland: Centrblt. f. inn. Med 1897, S. 422.
[117]) Jönicke: Cntrblt. f. inn. Med. 1901, N 2.
[118]) Thornburn: Münch. med. Chron. Ref. w Nowinach lek. 1901, S. 19.

ciela fizyologii głosu i higieny śpiewu w królewskiej akademickiej szkole śpiewu w Berlinie; usterka ta nie odpowiada jednak głównemu celowi pracy, mającej przedstawić ogólną profilaktykę chorób gardła i t. d. W drugiej części, poświęconej profilaktyce rynologicznej i laryngologicznej w chorobach zakaźnych wieku dziecięcego i młodzieńczego, zasługuje na uwagę między innemi szczegółowe omówienie sprawy suchot, podnoszenie objawów, budzących podejrzenie na rozwijającą się gruźlicę i wskazanie na stósowne środki zapobiegawcze. W trzeciej wreszcie części zajmuje się autor środkami zapobiegawczymi przeciw krwawieniom różnego pochodzenia z górnych dróg oddechowych, sprawą w pewnych przypadkach niemniej trudną, jak ważną.

Spira.

Doc. Dr. Bing (Wiedeń). **Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde.**

Biorąc na uwagę ogromne znaczenie narządu słuchowego, którego sprawność niepośledni ma wpływ na moralne i materyalne powodzenie człowieka, i pamiętając o tem, że choroby uszne dość często skutkiem zaniedbania pociągają za sobą nietylko kalectwo dożywotnie, ale nieraz także groźne dla życia następstwa, uwzględniając wreszcie, że w podręcznikach mało tylko znajdujemy wskazówek, dotyczących zapobiegania, musimy przyznać, że autor zasłużył się rzetelnie lekarzom swoją pracą, w której potrafił tę lukę w piśmiennictwie otyatrycznem wypełnić. Z jednej strony zwraca on uwagę na niektóre szkodliwe nadużycia, przyzwyczajenia, nałogi, złe zwyczaje, jak przekłówanie płatka usznego dla noszenia kolczyków, pociąganie za muszlę uszną, nieodpowiednie próby wydobycia ciała obcego z ucha, wkładanie ciał obcych i niestosownych leków do ucha, dłubanie w uchu, nadużywanie tytoniu, gorących okładów, naparzania uszów i t. d.; z drugiej strony wskazuje na niedbałość i obojętność wobec pewnych stanów chorobowych narządu słuchowego, jak n. p. w przebiegu ostrych chorób zakaźnych przy przewlekłem ropieniu uszów, przewlekłych stanach nieżytowych górnych dróg oddechowych i t. d.; następnie poucza o znaczeniu zapobiegawczem doszczętnej operacyi w przewlekłem ropieniu usznem, o dotkliwym braku dozoru ze strony lekarzy szkolnych. Szczególnie godne są uwagi wskazówki, tyczące się zapobiegania t. zw. twardzieli (sklerozie) usznej i zajęciom nerwowego narządu słuchowego, jako następstwom pewnych ogólnych chorób zakaźnych i pewnych zawodów, oraz pouczenie o ważności wczesnych ćwiczeń słuchowych i ćwiczeń mowy dla zapobiegania głuchoniemocie.

Z podanych tu ogólnych zarysów treści ocenić można wielki pożytek, jaki czytelnikowi przyniesie poznanie tej pracy.

Spira.

Doc. Dr. Rudolf Fischl (Praga). **Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters.** Monachium 1900, 8°, str. 76. Cena 2 M. Nakład: Seitz i Schauer.

W szeregu rozpraw o zapobieganiu rozmaitym chorobom, zebranych w podręczniku „O profilaktyce“ Nobiling-Jankaua, pojawiła się rozprawka znanego w piśmiennictwie pedyatrycznem autora praskiego, Dra Fischla, która zasługuje na szczególną uwagę, a to tembardziej, że jest w niej przedstawiony treściwie i jasno dorobek doświadczalny autora, nagromadzony w ostatnich 15-tu latach jego działalności lekarskiej. Jakkolwiek z małymi wyjątkami nie znajdujemy tu dużo nowego, to jednak przeczytawszy dziełko to odnosimy prawdziwą korzyść, gdyż autor podaje spostrzeżenia swoje w formie zajmującej nietylko specyalistę, lecz każdego lekarza praktycznego. I tak omawia on naprzód środki zapobiegające chorobom noworodków, następnie osesków, we wczesnym wieku dziecięcym, t. j. aż do czasu dojrzałości płciowej. Podczas gdy u noworodków, t. j. aż do czasu zagojenia się rany pępkowej, należy się starać o aseptyczne utrzymanie rany, to u osesków głównie wchodzą w rachubę środki, zapobiegające chorobom przewodu pokarmowego, w drugim rzędzie zaś niebezpieczeństwa, wynikające z przeziębienia. We wczesnym wieku aż do siódmego roku życia dzieci są narażone na choroby zakaźne i, jako więcej już samodzielne, są bardziej narażone na wpływy zewnętrzne. W okresie zaś ostatnim, w którym dzieci uczęszczają do szkoły, pracują umysłowo, każe kłaść główny nacisk na higienę wychowania. Nie mam zamiaru podawać szczegółów, gdyż równałoby się to przetłómaczeniu dziełka. Muszę atoli zwrócić uwagę na rozdział ostatni: kurative Prophylaxe, w którym autor zwraca się wprost do samych lekarzy, przypominając im starą zasadę „non nocere“ i tu wymienia środki, których nie należy podawać dzieciom, oraz zabiegi, których się nie powinno u nich wykonać. Między tymi wymienia uśpienie dla celów rozpoznawczych i intubacyę w praktyce prywatnej bez nadzoru lekarskiego. Przytem, zdaniem autora, nie powinno się dzieci używać, jako przedmiotu niebezpiecznych badań naukowych, a należy zawsze dobrze rozważyć, czy zaspokojenie ciekawości naukowej pozostanie bez szkody dla osobnika chorego. Zdaniem naszem odnosi się to zarówno dobrze do dzieci, jak i do dorosłych. Jeżeli zatem autor ściśle trzymał się zakreślonego tematu, nie powinien był i teraz zbaczać z konsekwentnie wytkniętej drogi.

Tych kilka słów nakreśliłem dla podania treści cennego dziełka, które powinno znaleźć przychylne przyjęcie u lekarzy praktycznych, gdyż monografia ta przedstawia całokształt profilaktyki dziecięcej i może czytelnikowi wiele wyjaśnić.

Jan Landau.

V. Wyciągi.

Harmer. **O wpływie wyciągu z nadnercza na błonę śluzową nosa i krtani.** (*Wiener klin. Wochs.*, 1901, Nr. 19). Fromaget i Königstein wykazali wpływ 10%-wego wyciągu z nadnercza na naczynia spojówki, mianowicie pod wpływem tego wyciągu naczynia się zwężają. Prócz tego wykryto, że wyciąg z nadnercza ma własności znieczulające i że działanie kokainy jest o wiele silniejsze, jeżeli bezpośrednio przedtem użyto wyciągu z nadnercza. W laryngologii Swain pierwszy zastósował wyciąg z nadnercza i na zasadzie swoich spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że wyciąg ten ma własności znieczulające i zwężające naczynia, oraz, że wskutek tego nadaje się w przypadkach rozpulchnienia i obrzęku ciał jamistych muszli nosowych. Efekt ten można otrzymać kilkakrotnie i trwa nieraz kilka godzin. By tu występowało przyzwyczajenie się do środka, jak to ma miejsce przy używaniu kokainy, Swain nie zauważył. Inni autorowie podnoszą również własności znieczulające, a jednocześnie dowodzą, że niema po użyciu nawet znacznych ilości żadnych następstw ujemnych. Autor stosował 10 i 50 procentowy wyciąg z nadnercza 22 razy w nosie i 9 razy w krtani. Spostrzeżenia autora różnią się w wynikach o tyle od spostrzeżeń innych autorów, że on nie stwierdził własności znieczulających, ani też własności specyalnie hemostatycznych: znieczulenie, jeżeli miało wogóle miejsce, to tylko w nieznacznym stopniu, a krwotok po operacyi nie był mniejszy po użyciu tego wyciągu, niż po kokainie. Autor podnosi też, że po użyciu wyciągu z nadnercza kokaina działa o wiele silniej i że z tego powodu o wiele mniej tej ostatniej potrzeba do zupełnego znieczulenia. *Dr. Teofil Zalewski.*

Bayerl. **Przypadek rany postrzałowej pęcherza moczowego.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 19). Wogóle obrażenia pęcherza należą do rzadkich rzeczy nawet podczas wojny. Na 504 przypadków obrażenia pęcherza moczowego, które zebrał Bartels, było 285 ran postrzałowych. Autor opisuje przypadek rany postrzałowej z pistoletu. Obrażenie dotyczyło przedniej części pęcherza, niepokrytej otrzewną. W parę dni po wypadku wystąpił naciek moczowy, wskutek czego musiano w kilku miejscach porobić nacięcia. Z jednego takiego nacięcia na grzbiecie członka wyszła przy opatrunku kula wielkości grochu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Höniger. **Przyczynek do nauki o nowotworach płatów czołowych mózgu.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 19). Na zasadzie swoich i innych autorów spostrzeżeń zwraca H. uwagę na występowanie przy nowotworach płatów czołowych mózgu zaburzeń psychicznych, objawiających się pewnym stanem przygnębienia. Jako objaw charakterystyczny ma także występować pewnego rodzaju gadatliwość: chorzy nieraz żartują sobie nawet ze swego ciężkiego stanu. Autor przytacza przypadek, gdzie po okresie gadatli-

wości nastąpiła niemota i przypuszcza, że obydwa te objawy, gadatliwość i niemota, — mają swą przyczynę w podrażnieniu, względnie porażeniu, ośrodka mowy. Dalej zwraca autor uwagę na występowanie przy nowotworach płatów czołowych mózgu takich zaburzeń ze strony mięśni tułowia, jakie występują w kończynach w tych przypadkach, kiedy nowotwór usadowiony jest w okolicy ośrodków ruchowych. W końcu H. opisuje przypadek padaczki Jacksona z udziałem mięśni tułowia, gdzie sekcya stwierdziła obecność guza w płacie czołowym: guz zajmował pierwszy i drugi zwój. Już na pewien czas przed wystąpieniem padaczki chory skarżył się na bóle w krzyżach i można było stwierdzić osłabienie mięśni tułowia. *Dr. Teofil Zalewski.*

Simonds. **O zapaleniu gruźliczem opon mózgowych w przypadkach gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 19). Autor zwraca uwagę na częstość łączenia się gruźlicy narządów płciowych u mężczyzn z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych. Na częstość tę autor zwrócił uwagę już przed 15 laty. Na 60 sekcyonowanych zwłok mężczyzn z gruźlicą narządów płciowych było w 19 przypadkach zapalenie gruźlicze opon; a na 35 przypadków zapalenia gruźliczego opon mózgowych w 16 przypadkach były zajęte jednocześnie i narządy płciowe. W przypadkach gruźlicy płuc spotyka się tylko 5% zapalenia gruźliczego opon mózgowych. Autor zwraca uwagę, że ta częstość występowania zapalenia gruźliczego opon mózgowych przy gruźlicy narządów płciowych daje się zauważyć u mężczyzn dopiero w wieku dojrzałym i robi przypuszczenie, czy przekrwienie części płciowych, jakie ma miejsce przy spółkowaniu, nie sprzyja dostaniu się prątków do krwi. Fakt ten, że często gruźlica narządów płciowych wikła się z gruźlicą opon mózgowych, może nieraz ułatwić rozpoznanie. Autor przytacza przypadek, gdzie w przebiegu gruźlicy części płciowych wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych; rozpoznano zapalenie gruźlicze opon, co następowe nakłócie lędźwiowe potwierdziło. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Singer. **Dalsze przyczynki w sprawie etyologii ostrego gośćca stawowego.** (*Wien. klin. Wochs.*, 1901, Nr. 20). W dawniejszej swej monografii starał się S. dowieść, że ostry gościec stawowy polega na zakażeniu gronkowcami i paciorkowcami, a obecnie podaje dalszy dowód na to, mianowicie 5 przypadków ostrego gośćca stawowego, 2 przypadki pląsawicy gośćcowej. We wszystkich przypadkach gośćca i w jednym pląsawicy wykazał S. drobnowidowo i zapomocą hodowli w różnych narządach paciorkowce; w drugim zaś przypadku pląsawicy, połączonej z ropnem zapaleniem stawów, a powstałej po zapaleniu mieszkowem migdałków — gronkowce. S. zwalcza zdanie Wassermanna, Meyera i in., których zdaniem gościec stawowy wywołują odrębne, swoiste paciorkowce. Nie można bowiem o „swoistości“ znalezionych paciorkowców wnosić ani z drobnych odmian hodowli, ani z nieznacznych różnic w wynikach doświadczeń na zwierzętach, gdyż wiadomo, że paciorkowce zwyczajne zachowują się pod tym względem nieraz bardzo rozmaicie i że zapomocą nich również wywołać można niekiedy zapalenie stawów u zwierząt. *C.*

Doc. Ascoli. **W sprawie morfologii bakteryj i jej związku z jadowitością.** (*Deutsche med. Wochs.*, 1901, Nr. 20). Dotychczas nie powiodło się nikomu wykazać niewątpliwie istnienia jąder w komórkach bakteryj. Twory, wykazywane w komórkach bakteryj różnymi sposobami i uważane za jądra, nie są niemi; nie są one również okresem wstępnym powstawania zarodników, jak to utrzymywali niektórzy badacze. Twory takie, posiadające postać ziarn (n. p. ziarna Ernst-Babesa) różnią się od siebie pod względem chemicznym, a znaczenie ich biologiczne nie da się na razie napewno określić; w każdym razie nie pozostają one w żadnym związku z żywotnością i jadowitością bakteryi. Zdaniem A. są one najprawdopodobniej albo tworami degeneracyjnymi, albo może cząstkami, których komórka pozbywa się przy przemianie protoplazmy w plazmę zarodkową (podobnie jak jajo pozbywa się ciałek kierunkowych). *C.*

L. Freund. **Przyczynek do anatomii i kliniki guzowatych blizn.** (*Festschrift z. Ehren v. Kaposi*, 1900). Sprawa przerosłych blizn nie jest dotąd w zupełności wyjaśnioną. Autor opisuje szczegółowo przypadek z oddziału Prof. Langa, w którym po oparzeniu kwasem siarkowym powstały na grzbiecie dwie blizny, które skutkiem zaniedbania w leczeniu przerostowo wybujały i przeszło rok utrzymują się w postaci guzowatych wyniosłości. Guzy te wycięto, ranę częściowo zeszyto, częściowo pokryto sposobem Thierscha. W obrazach histologicznych znaleziono: warstwa zrogowaciała i ziarnista naskórka dobrze utrzymana, tej ostatniej tu i owdzie brak; komórki kolczaste przeważnie źle się barwią, a komórki podstawowe przepełnione są barwikiem. Część brodawkowa skóry złożoną jest z młodej tkanki łącznej, poniżej niej zaś, w samej tkance tworzącej guz, widać zbitą tkankę klejorodną (*kollagen*), przebiegającą w różnych kierunkach, bez włókien elastycznych, o bardzo skąpych komórkach tkanki łącznej. — Cały więc przebieg kliniczny, jak i obraz histologiczny, każą zaliczyć ten przypadek do keloidów; ze względu jednak na brak ścisłej granicy od otoczenia, dużą ilość naczyń w otoczeniu, myślećby należało raczej o bliznie przerosłej. Trudno wyrazić w tym razie zdanie zupełnie ściśle, bo niema dotąd całkiem ściśle określonych cech anatomicznych lub klinicznych między obu temi postaciami chorobowemi. — Przypadek opisany zwraca uwagę także i przez to, że przerost blizny powstał po działaniu kwasu siarkowego, co przemawia za tem, że do wytworzenia guzowatej blizny nie wystarcza sama skłonność osobnicza, ale że tu ma znaczenie i działanie chemiczne jakiegoś czynnika; nie u wszystkich bowiem skłonnych do nowotworowego przerostu blizny powstanie guz pod wpływem pewnego czynnika; — u jednych atoli pod wpływem tego, u innych innego środka chemicznego, czy mechanicznego. Własność pewnych przetworów pobudzania rozrostu tkanki łącznej jest dawno znaną; trudno jednak tłómaczyć to działanie ich oddziaływaniem chemicznem, a raczej pobudzaniem czynności fizyologicznej, i to najprawdopodobniej za pośrednictwem naczyń, około których widać najwięcej pierwiastków komórkowych.

Blizny guzowate nie ustępują zazwyczaj samoistnie, a w ciągu ich trwania chorzy doznają znacznego w tych miejscach świądu, a nierzadko i bólów, jak było i w przypadku autora; — dlatego leczenie musi się zasadzać na zupełnem wycięciu nowowytworzonej tkanki i pokryciu rany jednym ze znanych sposobów. *Krzyształowicz.*

W. Friedländer. **O nawykowem zwichnięciu rzepki.** (*Archiv Langenbecka* T. 63. Z. II.) Dwa przypadki, spostrzegane przez autora, stanowią punkt wyjścia dla omówienia sprawy nawykowego zwichnięcia rzepki. W pierwszym 12-letnia dziewczynka zgłosiła się z powodu skrzywienia kręgosłupa nie wiedząc nic o tem, że jej rzepka lewa jest zwichniętą. Wywiady w tym kierunku były zupełnie ujemne — tak, że autor przypuszcza wrodzone pochodzenie tego zwichnięcia. W drugim przypadku również 12-letnia dziewczyna od kilku już lat ma zrost kostny obu stawów biodrowych, jako następstwo krwawego odprowadzenia wrodzonego zwichnięcia tych stawów. Po tej operacyi dopiero wytworzyło się obustronne zwichnięcie rzepek, które jeszcze bardziej utrudnia i tak już niełatwy chód. Dolegliwości z tej ostatniej przyczyny były jednak tak nieznaczne, że chora stanowczo nie zgodziła się na jakikolwiek zabieg krwawy. *Herman.*

Adolf Würtz: **Z kazuistyki otoków opłucnowych w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 313, Z. 5, 1901). Würtz opisuje 18 przypadków otoków opłucnowych u dzieci, leczonych w klinice Prof. Kohla w Strasburgu, w wieku od 5 miesięcy do 10 lat, i przychodzi do wniosków, że w wieku dziecięcym otoki opłucnowe są częstsze i o wiele w krótszym czasie powstają, aniżeli u dorosłych. O ile u dorosłych gruźlica daje zwykle powód do otoków opłucnowych ropnych, o tyle u dzieci pierwsze miejsce w etyologii tej choroby zajmuje zapalenie płuc dławcowe względnie nieżytowe, które autor wykazał w 12 przypadkach na 18 spostrzeganych. Co do wieku, to 14 przypadków na 18 dotyczyło wieku do lat 5; a co się tyczy umiejscowienia, to 10 przypadków na 18 przypadało na stronę lewą klatki piersiowej. *Dr. Komorowski.*

VI. Korespondencye.

Praga, 30 maja.

Trzeci dzień Zjazdu (27 maja) rozpoczęliśmy od zwiedzania zakładów klinicznych i naukowych. Przedewszystkiem wymienić tu należy „Szpital dla dzieci“, zupełnie wykończony, lecz jeszcze nie zamieszkany, którego wewnętrzne urządzenie stanowi ostatnie słowo higieny szpitalnej; tem więcej należy tu wskazać na ten zakład, że powstał on ze składek ludności czeskiej bez udziału rządu. Wyjaśnień w „Szpitalu dla dzieci“ udzielał dr. Haasz.

Zakłady kliniczne i instytuty naukowe w czeskim Wydziale lekarskim rozwinęły się znakomicie w ciągu ostatnich lat 15-stu, nie dorównywują jednak niemieckim: wyraźnie zarząd oświaty państwowej nie zdobył się jeszcze na stanowisko bezstronnego równouprawnienia. Gdy jeden z lekarzy polskich zwrócił uwagę Riegera na tę okoliczność,

sędziwy wódz narodu czeskiego odpowiedział: „w istocie jest tak; lecz od czegóż zasada „narod sobě“, której Czesi hołdują? jeśli rząd nie dźwignie instytucyj, to je wystawi „narod sobě“; pamiętne i godne zapamiętania słowa dla wszystkich, którzy *per aspera* dążą *ad astra*.

Wystawy przyrodniczo-lekarskiej ogólnej nie urządzano: z poszczególnych zaś wystaw ściśle naukowych podnieść należy bogatą wystawę higieniczną w uniwersyteckim zakładzie dla higieny, oraz wystawę okazów z dziedziny okulistyki prof. I. Schoebla.

Praga posiada wielką liczbę znakomicie i umiejętnie zachowanych zabytków architektonicznych, do których w pierwszym rzędzie zalicza się ratusz, po którym oprowadzał architekt Feige; dalej: nadzwyczaj piękna starożytna synagoga, kościół tyński. Hradczany (dwór królewski), katedra św. Vita, wieże: żelazna i przy moście Karola IV-go, brama zwana „Prochownia“ i nader liczny poczet starożytnych kościołów, pomników, mostów i t. d. Ze zbiorów doby odrodzenia narodu czeskiego wymienić należy: muzeum królestwa czeskiego, „Rudolphinum“ (sztuka i przemysł), muzeum etnograficzne. Wszystkie te osobliwości Pragi zwiedzali uczestnicy Zjazdu, wszędzie życzliwie witani i oprowadzani. I w tym trzecim dniu prace w Sekcyach rozpoczęły się z uderzeniem godziny 9-tej. O godzinie 11 odbyło się „Ogólne Zgromadzenie słowiańskiego Komitetu lekarskiego“, o którego uchwałach, jak to oświadczyłem w liście poprzednim, zdam sprawę osobno. Dzień 27 maja zakończył się koncertem na wyspie Zofińskiej.

Na czwarty dzień Zjazdu (28 maja) przypadły dwie wycieczki: jedna do kopalń w Przybramie, druga do zakładów fabrycznych w Pilznie. Ci zaś członkowie Zjazdu, którzy pozostali w Pradze, zwiedzali przed godziną 9-tą w dalszym ciągu miasto, a następnie pracowali w Sekcyach przed- i po południu. Polscy uczestnicy Zjazdu zebrali się wraz z rodzinami na wspólny obiad na wyspie Zofińskiej i skorzystali z tej chwili, by wyrazić serdeczną wdzięczność Panu Rudzkiemu za jego życzliwą a tak pożyteczną opiekę nad ogółem polskich uczestników i członków Zjazdu. Skorzystano również z nadarzającej się sposobności i wyrażono Panu Rozwodzie, dziennikarzowi w Pradze, głęboko odczutą wdzięczność za jego tak wypróbowaną życzliwość dla narodu polskiego i niewzruszoną stałość zasad, dla których poniósł tyle ofiar i zniósł tyle cierpień. Wieczorem odbyło się uroczyste przedstawienie dla uczczenia Zjazdu w „Narodnem Divadle“, gdzie członkowie Zjazdu usłyszeli jedną z najpiękniejszych oper p. t. „Rusałka“, osnutej na poetycznej baśni słowiańskiej, do której ułożył wspaniałą muzykę Dvořak. Doniosłość tego dzieła muzycznego podnosiło znakomite, prawdziwie artystyczne jego wykonanie. Po teatrze potworzyły się koła, które spędziły długie godziny nocne na serdecznej biesiadzie i przyjacielskiej wymianie myśli. Czem bliżej Zjazd dobiegał końca, tem atmosfera stosunków polsko-czeskich stawała się cieplejsza, tem żywiej, zdawałoby się, uderzało serce w piersi czeskiej dla członków polskich, którzy jedni od początku życzliwie i poważnie traktowali Zjazd lekarzy czeskich, czego zresztą dowiedli liczbą członków i liczbą odczytów.

Dzień piąty i ostatni Zjazdu wypełniły we wczesnej porze demonstracye wybranych przypadków klinicznych w poszczególnych klinikach czeskiego Wydziału lekarskiego. O godzinie 11-stej odbyło się w Panteonie muzeum królestwa czeskiego II-gie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu. Dzienny porządek tego II-go posiedzenia ogólnego stanowiły następujące punkty: 1) zagajenie przez przewodniczącego Komitetu gospodarczego; 2) sprawozdanie sekretarza generalnego o nadesłanych życzeniach i powitaniach; 3) odczyt prof B. Raýmana: „Rozmach chemie mezi vědami přírodními“. 4) Wybór delegacyi Zjazdów, oznaczenie miejsca i czasu IV-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich; 5) Uchwalenie wniosku o niezbędnej potrzebie założenia drugiej wszechnicy czeskiej, oraz zaprowadzenia dla Czechów uniwersyteckiego nauczania weterynaryi i rolnictwa; 6) zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu gospodarczego prof. Hlawę.

Telegramów nadesłano wielką liczbę: po czeskich najwięcej ich było z Polski. Północ, gdzie wysłano więcej niż dwa razy tyle zaproszeń na Zjazd, ile ich przypadło na resztę słowiańszczyzny, nadesłała 2 telegramy; uniwersytety, akademie, towarzystwa lekarskie w tej części Europy nie dały znaku życia. Odczyt znakomitego chemika Raýmana wysłuchany był z wielką uwagą, a wypowiedziane w zakończeniu myśli społeczne wzbudziły zapał w słuchaczach i burzliwe objawy wdzięczności dla prelegenta. Prof. Reinsberg uzasadniał wniosek potrzeby założenia drugiego uniwersytetu czeskiego: mowca oparł się na niewzruszonej logice i liczbach statystycznych; może ministerstwo oświaty opierać się założeniu drugiego uniwersytetu czeskiego, ale wywodów społecznych, pedagogicznych i statystycznych Dr. Reinsberga obalić nikt nie potrafi. Liczba Czechów, kształcących się w uniwersytecie wiedeńskim, jest wyższa od liczby wszystkich słuchaczy w Uniwersytecie czerniowieckim, założonym przez epigonów germanizmu wcale nie dla celów oświaty. Zarząd oświaty państwowej powinien znieść uniwersytet czerniowiecki, jako nieudały pomysł politycznej natury, a założyć go w Bernie, stolicy kraju, stojącego tak wysoko w wszechstronnej kulturze.

W imieniu wszystkich delegatów słowian, w szczególności zaś w imieniu Polaków, przemówił prof. Kostanecki, dziękując Komitetowi gospodarczemu, oraz wszystkim lekarzom i przyrodnikom czeskim za tyle dowodów serdecznego przyjęcia i gościnnego zaopiekowania się; jednocześnie złożył życzenia, oby gorącemu pragnieniu narodu czeskiego posiadania drugiego uniwersytetu stało się co najrychlej zadość i oby to drugie ognisko nauki czeskiej wydawało równie cenne owoce dla społeczeństwa czeskiego, jak uniwersytet dzisiejszy w Pradze. Przemówienie prof. Kostaneckiego, wygłoszone z odcieniem tego serdecznego ciepła, które cechuje myśli, styl i intonacyę tego mowcy, wywołało serdeczny oddźwięk w słuchaczach i entuzyastyczne objawy dla przewodniczącego Komitetu polskiego, któremu osobno, po skończonem posiedzeniu, dziękowali polscy członkowie Zjazdu za tak pomyślne, pełne godności reprezentowanie polskich członków III-go Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników.

Przyszły Zjazd ma się odbyć również w Pradze. Według ostatniej listy liczba członków i uczestników Zjazdu dosięgła 1055. Organem Zjazdu był „Věstník III Sjezdu českých přírodozpytcův a lékařů v Praze“, czasopismo codzienne, znakomicie informujące członków Zjazdu i odzwierciadlające ruch naukowy i towarzyski w jego łonie.

Dn. 30 maja liczne grono członków Zjazdu zrobiło wspólną wycieczkę do czeskich zdrojowisk, inni zaś podążyli różnymi szlakami do swych domostw i do trudów codziennego żywota.

Opuszczamy Pragę z tem poczuciem wewnętrznem, że w święcie naukowem bratniego narodu nie byliśmy czynnikiem biernym. Przypatrywaliśmy się Czechom w ich domu, przy robocie i podziwialiśmy wawrzyny ich pracy, wieńczące dobrobyt społeczny, oświatę ogólną, życie wstrzemięźliwe, rozwój instytucyj, dorobek w zakresie wszelkiej umiejętności. Wynieśliśmy wiarę w żywotność słowiańskiego plemienia, oraz wzór cierpliwej, lecz zwycięzkiej pracy. Czesi rzucili już granitowe podwaliny dla swego bytu, resztę *Bohemia fara da se.* *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII.

† DR. TOMASZ DROBNIK.

Jeżeli ciężką jest dla naszego społeczeństwa strata każdej jednostki, pracującej z miłością dla kraju na pożytek ogółu, to tem boleśniejszy jest cios, gdy wraz ze stratą pracownika ginie dla społeczeństwa i zajmowany przezeń posterunek. A najgłębiej już odczuwać musimy takie straty w tych częściach kraju naszego, gdzie powetować się one nie dadzą, gdzie każdy posterunek społeczny jest zarazem placówką, stojącą na straży tego, co jest nasze i nam drogie.

Te też smutnem nad wyraz echem odbiła się wszędzie u nas wieść o śmierci Dra Tomasza Drobnika, lekarza i prymaryusza oddziału chirurgicznego dla dzieci w szpitalu św. Józefa w Poznaniu, zmarłego dnia 22 zeszłego miesiąca. Urodzony w 1857 roku w Trzemesznie, studya lekarskie odbywał w Wrocławiu i Würzburgu, gdzie też doktoryzował się w roku 1885. Następnego roku zostaje asystentem profesora Joessla w Strasburgu, pod którego kierunkiem pracuje w zakresie anatomii topograficznej. Z tego okresu czasu pochodzą jego badania anatomiczne nad topografią nerwu współczulnego na szyi i tętnic tarczowych („Ueber Unterbindung der Arteria thyreoidea inferior“ i „Topographisch-anatomische Studien über den Halssympathicus mit besonderer Rücksicht auf das Terrain der Kropfexstirpationen“), prace, które zwróciły na się uwagę chirurgów. W roku 1887 przeniósł się do Królewca, gdzie w klinice prof. Mikulicza pozostawał jako asystent do roku 1890, w którym otrzymał miejsce kierownika oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Józefa w Poznaniu. Na tem stanowisku pracował przez lat 10 z górą, z korzyścią dla nauki polskiej, a wielkim pożytkiem dla chorych i swego społeczeństwa, wśród którego rzetelną pracą zdobył sobie wkrótce prawdziwe uznanie i wdzięczność.

Stali uczestnicy Zjazdów chirurgów polskich, powołanych przed 12 laty przez prof. Rydygiera do życia, znali dobrze tę energiczną postać śp. Drobnika, biorącego w nich w miarę możności dość częsty udział. A nie przyjeżdżał na nie nigdy z próżnemi rękami; zawsze dzielił się z nami swemi spostrzeżeniami klinicznemi, opartemi na klinicznej obserwacyi i oryginalnym częstokroć pomyśle. W ciągu lat na Zjazdach tych przedstawił szereg wyników swych badań, jak naprzykład: „O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni“, „O symetrycznej gruźlicy kości“, „O powstawaniu i leczeniu torbieli trzustki“ i inne. Z pomiędzy tych prac pierwsza „o leczeniu porażeń dziecięcych“ zyskała ogólne uznanie i prawo obywatelstwa w terapii chirurgicznej następstw porażenia dziecięcego.

Niespodziana śmierć przerwała to czynne życie człowieka w pełni sił, po którym i nauka i społeczeństwo wiele jeszcze spodziewać się mogło. Jak zaś głęboko odczuto powszechnie tę stratę, — dowodem ogólny żal i niezwykle liczny udział w pogrzebie wszystkich warstw społeczeństwa polskiego, pojmującego całą donioslość tej podwójnej straty, — utraty dzielnego pracownika na niwie dobra ogólnego i ubytku jednego stanowiska społecznego, na którym tyle pożytku przynosić można swoim. *Kryński.*

VIII. VII. międzynarodowy kongres przeciw nadużywaniu wyskoku.

(Wiedeń, 9—14 kwietnia, 1901 r.).

(Dokończenie)

— Prof. Kassowitz wyłożył rzecz: *O nadużywaniu wyskoku w wieku dziecięcym.* Na podstawie bogatej statystyki mowca twierdzi, że wiele chorób dziecięctwa: padaczka, bredzenie, obłęd, zapalenie wątroby i t. d. mogą powstać i często powstają wskutek nadużywania wyskoku, zwlaszcza, że układ nerwowy dziecka posiada wyłączną wrażliwość na wyskok, a nawet małe dawki, t. zw. lecznicze nie pozostają bez wpływu szkodliwego. Mowca jest przekonany, że leczenie wyskokiem jest najczęściej punktem wyjścia dla nałogu opilczego u dzieci. Fizyologia wykazała zgubny błąd, jakoby wyskok posiadał własności odżywcze lub sprzyjające rozwojowi; natomiast sprowadza on zaburzenia trawienne; gorączkę obniża dopiero w dawkach wysokich, skądinąd szkodliwych zdrowiu; rzekomy wpływ wzmacniający na serce może w skutkach stać się groźnym; jako lek przeciwzakaźny nie posiada żadnej wartości, albo nawet ma wpływ ujemny. Zdolność uczniów obniża się w prostym stosunku do ilości używanego wyskoku.

— Prof. Gruber mówił: *O wpływie wyskoku na przebieg chorób zakaźnych.* Autor twierdzi, że większe użycie napojów wyskokowych zmniejsza w wysokim stopniu odporność żywotną ustroju ludzkiego na wpływ zarazka, który tem łatwiej się pleni, oraz szybciej i silniej działa. Niewielkie dawki (0·5—0·15 wyskoku bezwzględnego na kilogram wagi i na dzień), jakie poleca się często chorym na cierpienia zakaźne, wpływają również niekorzystnie, lecz nie w zbyt silnym stopniu. Rzeczą jest pewną, że w żadnym razie wyskok nie potrafi zapobiedz wybuchowi zakażenia, ani przerwać jego rozwoju, lub zmniejszyć czas trwania. Jeśli dopuszczalnem jest przenoszenie na człowieka wniosków, wysnutych z badania na zwierzętach, to nie istnieją wskazania do racyonalnego leczenia chorób zakaźnych wyskokiem. Mowca utrzymuje natomiast, że wyskok ma w pewnych, wyjątkowych okolicznościach wypróbowane zastosowanie w lecznictwie, mianowicie dla zwalczania groźnego zapadu (porażenie ośrodków oddechowego i krążenia, jak o tem przekonały doświadczenia na zwierzętach), lub też zapadu poczynającego się.

— Prof. Forel miał wykład: *O stosunku opilstwa do chorób wenerycznych.* Mowca zwraca uwagę na fakt, że wyskok poraża rozwagę i powściągliwość, a rozbudzając instynkty zwierzęce prowadzi do nadużyć płciowych. Ten brak zastanowienia się nad okolicznościami, towarzyszącemi spółkowaniu, w wysokim stopniu ułatwia nabycie i szerzenie się chorób wenerycznych. Statystyka tej sprawy nie jest jeszcze wykończona, atoli zebrane do tej pory liczby niezbicie świadczą, że okres podniecenia wyskokowego i stan upicia się zupełnego są najniebezpieczniejszymi we względzie nabycia choroby wenerycznej.

— Dr. Boissier: *Wpływ opilstwa na powstawanie porażenia ogólnego postępującego.* Na 1000 chorych na porażenie ogólne mowca u wszystkich wykazał kiłę, jako czynnik przyczynowy: dokładne wywiady przekonały go jednocześnie, że większość tych chorych nabyła kiły w stanie podpitym. Z drugiej strony Boissier utrzymuje, że ci z chorych na kiłę zastarzałą zwykle ulegają porażeniu ogólnemu, którzy są jednocześnie i nałogowymi pijakami. Zatem, jeśli krzywe częstości porażenia ogólnego z jednej, a opilstwa z drugiej strony, przebiegają równolegle, to nie jest to rzeczą prostego przypadku.

— Prof. Anton: *Opilstwo i dziedziczność.* Najtrwalszych następstw szkodliwości nałogu pijackiego należy poszukiwać w stanie zdrowia potomstwa: 1) między opilstwem rodziców a zwyrodnieniem ich dzieci jest dający się często wykazać związek; 2) opilstwo i zwyrodnienie są objawami tejsamej przyczyny: neuropatyi dziedzicznej; 3) przez długotrwałe i stałe zatruwanie się wyskokiem chorowity stan pijaków przybiera cechy chorób określonych, które wzmagają się, przechodząc na potomstwo; 4) nędza, wadliwa higiena matki i dziecka, następstwa upijania się od czasu do czasu, są czynnikami, lecz nie wystarczającymi; 5) natomiast zatrucie się

przewlekłe ustroju matki i ojca jest w całej pełni wystarczającem do zamącenia rozwoju zarodka.

Mowca jednak sądzi, że stan ten nie jest beznadziejny, gdyż odrodzenie nie jest niemożebne; a polega ono na ozdrowieniu rasy i zwalczeniu zwyrodnienia dziedzicznego. Zadanie zawodu lekarskiego według mowcy nie ogranicza się do leczenia jednostek, jemu przypada cześć czuwania nad higieną rasy. Jeśli się uwzględni, że kultura jednostki ludzkiej prowadzi do rozszerzenia i pogłębienia jej pojętności i wiedzy, do podniesienia szczebla ideału i nabycia sympatyi ludzkiej, to staje się rzeczą jasną, że kultura jest potężnym środkiem leczenia. Wytwarza ona poczucie potrzeby ściślejszej higieny ciała, jest orędowniczką moralnego i rozsądnego życia, oraz wzięcia w tem życiu na wzgląd przyszłych zadań narodu swego lub rasy: kultura ludzka ziszcza słowa poety: „taką stanie się dusza, jakiem będzie ciało“.

— Bezzola (dyrektor zakładu dla pijaków w Schloss Hard): *Badania statystyczne wpływu wyskoku na powstawanie niedołęztwa umysłowego wrodzonego.* Używanie wyskoku mięsza rozrodczą sprawę życiową, lecz sposób działania wyskoku na zarodek nie jest jeszcze należycie wyjaśniony; według jednych wyskok wywołuje w zarodku zaburzenia odżywcze, według innych — trujące. Stwierdzoną jest rzeczą, że płód, poczęty w stanie nawet przypadkowego upicia się, może dać początek życiu idyoty; wobec tego twierdzenia, jak niemniej wobec niewątpliwego faktu, że w pewnych okresach roku używanie wyskoku zwiększa się zwyczajowo, przypuścić należy, że epokom tym odpowiadać musi większa liczba przyjścia na świat idyotów. Mowca zebrał 70 przypadków idyotyzmu, z których 35 urodziło się podczas winobrania, uroczystości noworocznych i zapustnych, słowem w okresie, nie przekraczającym w całości 14 tygodni czasu. Jeśli się rzuci okiem na krzywą zastąpień prawidłową, to się stwierdzi fakt stale w ciągu 7-miu lat ostatnich, że w wspomnianej epoce 14-tygodniowej krzywa obniża się, świadcząc, że wśród wzmożonego nadużywania wyskoku bądź rodzą się idyoci, bądź też siła rozrodcza ludzi wogóle słabnie.

Prócz tego autor posiada wykaz uczniów niezdolnych w szkołach szwajcarskich: krzywa czasu poczęcia 9000 uczniów niezdolnych, oraz krzywa czasu poczęcia późniejszych idyotów, przedstawiają uderzającą różnicę w zestawieniu ich z krzywą czasu poczęcia dzieci prawidłowych: kiedy ta ostatnia wznosi się ze zwiększeniem się dnia, t. j. od stycznia do lipca, i obniża się od lipca do stycznia, to krzywa czasu poczęcia idyotów i uczniów niezdolnych jest nizką w lecie, a względnie wysoką w zimie, t. j. podczas wyżej wymienionych epok hulaszczych.

Zdaje się więc rzeczą niewątpliwą, że nadużywanie zwyczajowe w pewnych epokach roku napojów wyskokowych prowadzi do wydania na świat znacznej liczby idyotów, i że wyskok wpływa bezpośrednio na zarodek i raczej go zatruwa, niż wywołuje tylko, jak niektórzy sądzą, zaburzenia odżywcze.

Kwietniowy kongres przeciw używaniu i nadużywaniu wyskoku dowiódł, że ludzkość głęboko odczuwa zło i poniżenie, wynikające z niewstrzemięźliwości. Prasa, kazalnica, a nawet (niezawsze szczera) postawa rządów, nie zwalczą zdaje się nałogu wszech ludów i wszech czasów: przed szranki walczących winna wystąpić młoda nowoczesna potęga, — samopomoc społeczna, która jedna potrafi odczynić już dziś może nie nałóg, lecz prawie rodzaj potrzeby fizyologicznej, wytworzonej siłą wieków, dziedziczonej przez setki pokoleń. Wyrobienie w masach ludu przekonania wewnętrznego o szkodliwości wyskoku, podniesienie w jednostkach siły woli, hartu duszy i godności osobistej, słowem oświata i umoralnienie, to jest broń jedyna i najcelniejsza do zwalczenia opilstwa i zamknięcia szynkowni. *A. K.*

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XI Zjazd chirurgów polskich. W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

18. Kol. Bogdanik (Biała): O zachowawczem operowaniu włókniaków macicy. (Demonstracya preparatów).
19. Kol. Barącz (Lwów): O narkozie chlorkiem etylu (kelenem).
20. Tenże: O przepuklinie lędźwiowej.
21. Tenże: O chirurgicznem leczeniu skrętu *(volvulus)* jelita cienkiego.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 6 czerwca.

* Nadzwyczajny wiec rakuzkich Izb lekarskich powziął następujące rezolucye: 1) zaprowadzenie Kas dla chorych majstrów jest zgubne dla stanu lekarskiego, podkopanego już przez zaprowadzenie Kas dla chorych robotników. 2) Wiec ubolewa, że wprowadzenie ustaw o Kasach chorych robotników z r. 1888, oraz o Kasach chorych majstrów z r. 1897, weszło w życie bez poprzedniego zasięgnięcia zdania, któregokolwiek ze związków lekarskich co do pierwszego, a Izb lekar. w Austryi co do drugiego. Niemniej wiec żywi obawy, że jeśli przytoczona ustawa nie ulegnie przejrzeniu, oraz uwzględnieniu interesów stanu lekar., zakraść się może do czynności zawodowych lekarza, wskutek biedy ekonomicznej, deprawacya, która oddziała zgubnie na stosunki zdrowotne. 3) Wiec zakłada uroczysty protest przeciw zawieszeniu uchwały Izby lekarskiej czeskiej, dotyczącej nie przyjmowania posad w Kasach chorych majstrów, jako sprzeciwiającego się godności stanu lekarskiego: przytoczona uchwała Izby lekar czeskiej, z której treścią zgadzają się wszystkie Izby austryackie, była aktem koniecznej samoobrony bytu stanu lekarskiego. 4) Wiec stwierdza, że przeszło 10-letnie doświadczenie przekonało ostatecznie o szkodliwości dla bytu lekarzy organizacyi Kas chorych wogóle i to nie tylko przejściowo, lecz stale. 5) Wiec zwraca się do rządu z usilną prośbą o zaopiekowanie się interesami bytu stanu lekarskiego, a w pierwszym rzędzie o taką zmianę w ustawie dla Kas chorych majstrów, ażeby członkowie Kas tych dostawali pieniądze na czas choroby, a nie zorganizowaną opiekę lekarską, oraz o zmianę w ustawie Kas chorych robotników w tym sensie, jak to szczegółowo wyłuszczone zostanie w zredagowanym memoryale do rządu.

* Komisya sanitarna m. Krakowa na posiedzeniu 28-go maja uchwaliła następujące wnioski: 1) otworzenie, w myśl odezwy namiestnictwa, apteki przy ul. Dietla, lub innej sąsiedniej w tej dzielnicy miasta; 2) zakupienie przyrządu Prausnitza do desinfekcyi mieszkań za pomocą formaliny; 3) zarządzenie, by masło dostarczane miastu, zawijane było w papier pergaminowy, a w celu zapobieżenia z każdym dniem wzrastającego fałszowania nabiału wybrano ogólną podkomisyę; 4) poczynienie starań w celu zapobieżenia nadużyciom ze sprzedażą margaryny; 5) oczyszczanie mieszkań po zmarłych suchotnikach; 6) zbudowanie domu dla czasowego izolowania rodzin, w łonie których zdarzyły się przypadki chorób zakaźnych; 7) umieszczenie łazienek na Wiśle powyżej ujścia Rudawy i obu kanałów; 8) wybranie podkomisyi w celu wydania dla ludności drukowanego pouczenia o postępowaniu z ranami, — wreszcie 9) wezwanie magistratu do przypomnienia dawniej wydanych zarządzeń dla restauratorów i handlarzy materyałów spożywczych, oraz do dopilnowania ich wykonywania.

* Wydział krajowy postanowił urządzić przy oddziale chirurgicznym w lwowskim szpitalu powszechnym osobne ambulatoryum dla chorób uszu, nosa, gardła i krtani. Kierownikiem tego ambulatoryum mian. został dr. Z. Spalke.

* Egzamina rządowe złożyli następujący lekarze: J. Agatstein, M. Bernaciński (z odzn.), S. Boczar (z odzn.), S. Horoszkiewicz (z odzn.), A Kraus, Wł. Murczyński i A. Zopoth.

* Zjazd lekarzy Towarzystw ubezpieczeń na życie odbędzie się w Amsterdamie w m. wrześniu.

* Dr. J. Semerad wydał w dalszym ciągu nowy zeszyt »Słowiańskiej bibliografii lekarskiej«, odznaczający się, jak i poprzednie, sumiennem wyczerpaniem i opracowaniem tego przedmiotu.

— Powołując się na dawną teoryę, według której przyczyną matołectwa i wola ma być brak jodu w wodach górskich, proponuje W. Janeregg w celu zapobiegania tym sprawom dodawanie do soli kuchennej, znajdującej się w handlu, małych ilości jodków alkaliów, które w drobnych dawkach są nieszkodliwe. Ten sposób zapobiegania wolowi i matołectwu dałby się łatwo przeprowadzić w krajach, mających, jak Austryo-Węgry, monopol solny *(Zdrowie 4)*.

— Wpływ na powstawanie próchnicy zębów zdaje się mieć miękka woda. Podobno w Glasgowie od czasu używania miękkiej wody z jeziora Katrine zwiększyła się znacznie częstość próchnicy zębów (i krzywicy). Podobne spostrzeżenia poczyniono w południowej Afryce między krajowcami. W Birmingham, gdzie używano wody twardej, próchnica zębów u popisowych była bardzo rzadką; obecnie poczęto i tam używać wody z jeziora, niektórzy więc miejscowi higieniści obawiają się, że się próchnica zębów i tu szerzyć będzie. *(Zdrowie 4)*.

— W sprawie odkażania bielizny podaje Foerster na zasadzie własnych badań następujące wskazówki. — Bielizna odkaża się dostatecznie przez 6-godzinne moczenie w 10% roztworze mydła krezolowego w wodzie zimnej; dłuższe moczenie bielizny w tym roztworze bielizny nie niszczy; ogrzanie roztworu jest niezbędne, jeżeli na bieliźnie jest dużo plam, zwłaszcza krwawych, które trzeba wyprać ręcznie lub zapomocą maszyny. Wymoczywszy zakażoną bieliznę w roztworze krezolu, należy ją po 6–24 godz. wypłókać w wodzie zimnej lub przy 40°C., a po ręcznem wypraniu plam postąpić dalej, jak w zwykłem praniu. *(Zdrowie 4).*

Mianowania. Dr. Peterson mian. został profesorem ginekologii w Michigan. Doc. Sachs mian. profesorem nadzwycz. w Wrocławiu. Prof. ginekologii w Dorpacie mian. został dr Sołowjew. Dr. F. C. Dwyer mian. prof. chirurgii w Dublinie. Dr. van Walsen, został mian. prof. anatomii patol. w Leyden. Dr. Botkin i dr. Janowski mianowani zostali prof. zwyczajnymi w Petersburgu.

Nekrologia. Zmarli: dr. Aleksander Widera, lekarz zakładów Towarz. Sosnowickiego, zmarł w Dąbrowie Górniczej d. 29 maja. Dr. Maryan Hawranek, właśc. zakładu dla chorych piersiowych w Zakopanem, zmarł tam w 35 r. życia. Prof. R. v. Limbeck zmarł w Wiedniu.

Bibliografia

— Ballaban Teodor Dr. wydał własnym nakładem w drukarni wszechnicy Jagiell. w Krakowie dziełko pod tytułem: »Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacyi". Kraków, 1901.

Przeglądając to wielu fotogramami ozdobione wydawnictwo młodego lwowskiego okulisty, odnosimy wrażenie, że sympatyczny nasz kolega, rozpoczynając praktykę, powiedział sobie: *nulla dies sine linea.* Nie oglądając się na nikogo, nie licząc na niczyją pomoc, urządził sobie swój własny warsztat praktyczno-naukowy i, jak pszczółka miód do ula, znosił to, czego codzienne spostrzeżenie go uczyło, a dziś, po 7-letniej sumiennej pracy, przedstawia nam wcale obfity jej owoc. Znajdujemy tam bardzo cenne wskazówki, jak sobie taką pracownię urządzić wygodnie i praktycznie, znajdujemy niezłe zestawienie wypróbowanych przez autora sposobów leczenia i cały szereg bardzo ciekawych spostrzeżeń z najrozmaitszych działów okulistycznej patologii i terapii. *Wicherkiewicz.*

— *Zdrowie Nr. 6.* Bregman: Pierwsze sanatoryum dla niezamożnych chorych nerwowych. Chełchowski: Nasze kąpiele na prowincyi. Kopczyński: Stan zdrowia uczniów warszawskiej 7-klasowej szkoły handlowej w świetle cyfr. (dok.)

— *Medycyna Nr. 22.* Dobrzycki: Działalność lecznicza Stacyi klimatycznej, oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25 (dok.). Heiman: O guzie perlistym ucha (c. d).

— *Gazeta lekarska Nr. 22.* Moraczewski: Przemiana materyi w przypadku akromegalii. Oppenheim: Trzy przypadki zatrzymania się ości rybich w dolnym odcinku (krtaniowym) gardzieli. Popielski: Przyczynek do fizyologii splotu trzewowego (dok.).

— *Časopis lékařů českých Nr. 22.* Prochazka: O spontanních rupturách srdečních. Haškovec: Neurosis traumatica. Brabec: O gangraeně nosokomialni.

— *La semaine médicale Nr. 21.* Cornil et Coudray: Działanie jodoformu na tkanki zdrowe.

— *La Presse médicale Nr. 41.* Troussaint: Gorączka żółciowa z hemoglobinuryą w przebiegu zakażenia zimniczego. Nr. 42 Rist: Mór w Egipcie od maja 1899 do lipca 1900 r. N. 43; Brault: Zapasy glikogenu w wątrobie uległej marskości

— *Wiener klin. Wochenschrift Nr. 22.* Hackmann: Plomba jodoformowa. Trzebicky: O kokainizacyi lędźwiowej sposobem Biera. Pendl: Przypadek podskórnego pęknięcia więzadła rzepkowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift Nr. 22.* Fuchs: Przyczynki doświadczalne i kliniczne do sprawy leczenia chorób macicy gorącą parą *(Vaporizatio).* Lachmann: Leczenie chorób macicy gorącą parą. Graefe: O amputacyi części pochwowej, zwłaszcza o szkodliwych następstwach tej operacyi. Theilhaber: Przyczyny i leczenie kolki miesiączkowej. Glaevecke: O opadnięciu kobiecej cewki moczowej. Schenk: O mimowolnem przedziurawieniu macicy narzędziami. Kuse: O zachowaniu się języka przy braku żuchwy (*Agnathie*).

— *Deutsche medic. Wochenschrift N. 22.* Bial i Blummenthal: Spostrzeżenia nad przewlekłą pentosuryą. Krausz: Doświadczenia z prątkiem Danysza. Heusner: Przyczynek do leczenia przykurczeń kolanowych. Simmonds: O krwotoku mózgowym przy zapaleniu wsierdzia brodawczatem. Schott: O wstrzymaniu ciśnienia krwi przy leczeniu przewlekłych chorób sercowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift Nr. 22.* Neisser und Doering: Przyczynek do wiedzy o hemolitycznych własnościach ludzkiej surowicy. Hesse: O porażeniu jelita odchodowego. Ehrlich und Morgenroth: O hemolysinie (dok). Krause: Przyczynek do oznaczenia miejsca usadowienia się guzów w rdzeniu pacierzowym, oraz opis przypadku, wyleczonego chirurgicznie (dok.). Lehmann: O związku ustalonego tyłozgięcia macicy do ciąży, porodu i połogu (dok.).

Redakcya otrzymała: Politzer i Brühl: Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde. Błoński: O potrzebie wprowadzenia w powszechne użycie odkażających mięszanin oleju rycynowego (rezorcyno-benzonaftolowego, rezorcyno-salolowego lub im podobnych). Polikier: O stanie pedyatryi przed stu laty.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 czerwca, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po demonstracyach, nastąpi odczyt kol. doc. Raczyńskiego: „O kwaśnym nieżycie jelit u osesków".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

L. 2804.

Wydział powiatowy w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Tucholce**, z płacą roczną z funduszu powiatowego w kwocie 1.200 K. i ryczałtem na koszta podróży, ustanowionym przez Wydział krajowy w rocznej kwocie 800 Koron.

Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Annaberg, Felizienthal ze Smorżem górnem, Grabowiec skolski, Hołowiecko, Hutar, Kalne, Karlsdorf, Klimiec, Orawa, Orawczyk, Pławie, Pohar, Ryków, Smorże dolne, Smorże miasteczko, Tucholka, Tysowiec, Wyżłów i Żupanie, razem 19 gmin z ludnością 11.030 na obszarze 330 klm. kwadratowych.

Ubiegający się o tę posadę mają oprócz dostatecznej fizycznej zdatności stwierdzonej świadectwem C. k lekarza powiatowego, wykazać się:

1. Prawem obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplomem doktora medycyny upoważniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Świadectwem moralności;
4. Znajomością języków krajowych i przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

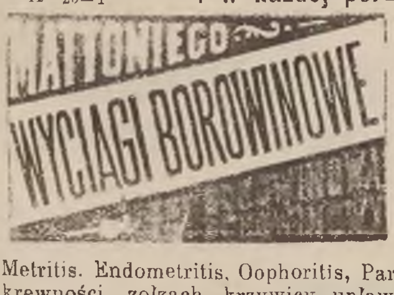
Lekarz okręgowy w Tucholce będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31-go grudnia 1891, Dz. ust. kraj. Nr. 82 i 83. (Część XXII dz. u. kr. z roku 1891).

Posada zostanie nadaną na 1 rok prowizorycznie, poczem dopiero może nastąpić stabilizacya.

Podania ostemplowane marką stemplową na 1 Kor., należy wnosić do dnia 15-go czerwca 1901 roku.

Z Wydziału powiatowego.





Rok XL. Kraków, 15 Czerwca 1901. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak policzka, rozwijający się na tle tocznia *(lupus)*, i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Podał
Dr. M. W. Herman,
Asystent kliniki.

Wszystkie owe wrodzone nowotwory łagodne, objęte ogólną nazwą „znamion" *(naevus)*; każdego rodzaju owrzodzenia przewlekłe, bez względu na ich etyologię (pęknięty i zropiały kaszak, wrzód podudzia i t. p.); wreszcie pozostające po jakiemkolwiekbądź obrażeniu blizny, niemałą zdają się odgrywać rolę w etyologii nowotworów złośliwych. Od czasu do czasu spostrzegamy, jak n. p. z wrodzonego brodawkowego znamienia barwikowego poczyna bujać mięsak, i to w jednej z najzgubniejszych postaci; lub też, jak wrzód podudzia nagle poczyna szybko szerzyć się w głąb i wszerz, a drobnowid wykazuje utkanie tkanki zrakowaciałej. Zjawisko to spostrzegamy z całą ścisłością przedmiotowej obserwacyi, widzimy kolejność następstw i przeczuwamy, że istnieje związek przyczynowy między pierwotnem znamieniem, a późniejszym mięsakiem; między pierwszorzędnym wrzodem podudzia, a drugorzędnym rakiem; jednakowoż nie umiemy owej przyczyny, powodującej przejście jednej sprawy w drugą, wykryć, nie umiemy zastosować jej doświadczalnie, i gubimy się w szeregu hipotez, które, niby dogmaty jakie, mają swych wyznawców i apostołów. Rzecz się nie wyjaśnia mimo gromadzącej się liczby spostrzeżeń. Tak n. p. liczni autorowie (Lang, Kaposi, Volkmann, Richter, Steinhauser, Esmarch i inni) opisują raka, który początek swój brał z jakiegoś owrzodzenia toczniowego, dłuższy czas się nie zabliźniającego, lub też donoszą o przypadkach, w których podścieliskiem dla nowotworu była blizna po pozornie lub doszczętnie wyleczonym toczniu. Gdy się zwiększyła liczba spostrzeżeń analogicznych, ugrupowano je systematycznie w trzy działy i wyróżniono: 1) raka rozwijającego się bezpośrednio z wrzodu toczniowego; 2) raka powstającego w świeżej bliźnie po toczniu, zawierającej jeszcze tu i ówdzie wpryśnięte ogniska tkanki toczniowej; i — wreszcie 3) raka, dla którego kolebką była blizna dawna, jakkolwiek pozostała po wrzodzie toczniowym, jednak już niczem nie zdradzająca swego pochodzenia.

Wątpię, czy podział ten ma ponad abstrakcyjną, jakąkolwiek inną wartość. W utkaniu bowiem tych raków nabłonkowych nie wykazano żadnych różnic w budowie, ani też nic cechującego, coby pozwalało już z samego wejrzenia mikroskopowego wnosić o ich pochodzeniu i odróżnić od nabłoniaków, rozwijających się w skórze, pierwotnie niezmienionej.

O wiele natomiast rzadziej, prawie wyjątkowo, widywano mięsaka, dla któregoby wilk stanowił punkt wyjścia, lub też przedstawiając rzecz ze strony widzenia klinicznego, dla któregoby toczeń stanowił jedną z niewiadomych w szeregu przyczyn, wywołujących rozrost tego nowotworu.

Spowodowany jednem spostrzeżeniem klinicznem, przejrzałem dostępne mi piśmiennictwo, i znalazłem jeden tylko przypadek podobny do tego, jaki zamierzam poniżej opisać. Mianowicie Taufer ogłasza następujący opis: 27-letni kupiec, obciążony dziedzicznie gruźlicą, w 12 r. ż. zauważył owrzodzenie (toczeń) w okolicy lewego kąta ust, które powoli przeszło na sąsiednie skrzydełko nosa. Mniejwięcej w tymsamym czasie zauważył podobne owrzodzenia na prawem udzie i na grzbiecie prawej ręki, potem na prawym łokciu i wreszcie na grzbiecie prawej stopy. W dwa lata później potworzyły się podobne owrzodzenia w okolicy prawego kąta żuchwy i na najbliższych okolicach szyi. Tymczasem z owrzodzenia w okolicy kąta ust począł wyrastać guz, — a gdy dorósł do rozmiarów orzecha włoskiego, zgłosił się chory do lekarza, który guz wyskrobał ostrą łyżeczką, a całe owrzodzenie wypalił żegadłem Pacquelina. Już jednak w trzy lata później na temsamem miejscu wyrasta nowy guz. Ponieważ już wówczas lekarz podejrzywał guz ten o przyrodę złośliwą, wycięto go wraz z owrzodzeniem w zdrowej skórze i ubytek pokryto (z powodzeniem) płatkami Krausego. Badanie mikroskopowe wyciętego guza nie dało absolutnie pewnego rozpoznania, — wykazało tylko obfite, częściowo atypowe bujanie naskórka, co skłoniło anatomo-patologa do postawienia rozpoznania „nabłoniaka początkującego". Aliści nie minął znowu rok, kiedy poza przeszczepionymi płatami, na 2 ctm. od ich brzegu, bliżej ucha, wyrósł na bliźnie nowy guz grzybowaty. Guz wycięto, zbadano mikroskopowo i rozpoznano w sposób teraz już niewątpliwy mięsaka o komórkach wrzecionowatych, częściowo olbrzymich, na podłożu przewlekle bliznowatem. Taufer dodaje, że to podówczas (r. 1898) jedyny obserwowany przypadek! A jeżeli się nie mylę, nikt po nim po dziś dzień drugiego takiego przypadku nie opisał, a przynajmniej nie udało mi się drugiej analogicznej obserwacyi w dostępnej mi literaturze odszukać. Zatem chętnie korzystam z pozwolenia mego szefa Radcy Dworu Prof. Rydygiera i ogłaszam przypadek podobny, z porządku drugi, właśnie w naszej klinice spostrzegany i leczony.

Dnia 5 października 1900 r. zgłosiła się do kliniki chora Karolina R. z Radomyśla, l. 34 licząca, z rozległem owrzodzeniem twarzy. Wywiady: chora opowiada, że ojciec żyje, zdrów, matka umarła przed 20 laty na jakąś chorobę piersiową. Z rodzeństwa troje zmarło

w dzieciństwie, troje zaś żyje zdrowych. Dzieckiem będąc, cierpiała długo na zapalenie oczu. W 15 r. ż. zauważyła na twarzy pod okiem prawem malutką plamkę sinawo-różową z łuszczącym się naskórkiem, równocześnie zaś taką samą na nodze. Takie same, obecnie już duże plamy ma na rękach, pośladkach i barkach, — nie umie jednak podać daty ich pojawienia się, bo tak jak i plama na twarzy, tak i te nic jej niedokuczały. Dokładnie wypytywana nadmienia wyraźnie i stanowczo, że plamka na twarzy pojawiła się dopiero w 15 r. ż., — poprzednio skóra była zupełnie czystą; plama ta była zupełnie podobną do plamy na ramieniu prawem, a podobieństwo to stwierdzała codziennie „przyglądając się w lusterku" i porównując ją ze zmianami na ramieniu i to długo, bo od 15 r. ż. aż do 34. Przez cały ten bowiem czas plamka ta nigdy chorej nie sprawiała żadnego bólu, swędzenia lub czegoś podobnego i tylko nieznacznie rozrastała się, gdyż przez tych lat 19 istnienia, mając początkowo rozmiary ziarnka soczewicy, doszła do rozmiarów srebrnego reńskiego. Dopiero na wiosnę r. 1900 w środku plamy wytworzyło się owrzodzenie, które pokryło się strupkiem. Chora strupek zdrapała, — krwawiło nie wiele, poczem wrzód pokrył się nowym strupkiem, a równocześnie się powiększał. Dopiero teraz poraz pierwszy chora zgłosiła się do lekarza, który przepisał jej maść. Maść nie pomagała, owrzodzenie szerzyło się szybko, różne jednak względy i powody sprawiły, że leczyć się dalej nie mogła i obecnie dopiero ($^5/_{10}$ 1900) zgłasza się do kliniki.

Miesiączkuje od 16 r. ż. prawidłowo, — w 22 r. wyszła zamąż i ma dwoje zdrowych dzieci.

Dokucza jej tylko owrzodzenie na twarzy, — poza tem żadnych dolegliwości nie ma.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa licha, odżywienie podupadłe. Na policzku prawym, w granicach między fałdem nosowo-policzkowym a linią, przebiegającą na 4 palce przed uchem z jednej strony, z drugiej zaś między brzegiem powieki dolnej a linią poziomą, przebiegającą nieco poniżej linii ust, owrzodzenie wyniosłe, kalafiorowate, pokryte strzępami tkanki obumarłej, wydzielające ciecz posokowatą, cuchnącą. Brzegi skórne ostro cięte, podminowane. Guz z kością policzkową niezrośnięty. Błona śluzowa policzka prawego niezmieniona. Za dotknięciem krwawi z owrzodzenia łatwo i obficie. Na prawej płaszczyźnie nosa płaski guzek wielkości 1 halerza, pokryty skórą zcieńczałą, z rozszerzoną siecią naczyniową. Przez zcieńczałą skórę przeświecają tu i ówdzie szare punkciki. Skóra poniżej owrzodzenia zaczerwieniona (wyprysk). W okolicy prawego kąta żuchwy guz wielkości jaja gołębiego. Skóra nad szczytem guza owrzodziała. Brzegi owrzodzenia ostro cięte, głęboko podminowane, sino-różowo zabarwione.

Na powierzchni zewnętrznej ramienia prawego, w górnej trzeciej części, na rozległej przestrzeni, skóra sinawo zabarwiona, z odcieniem miedzianym, sucha, z łuszczącym się naskórkiem. Podobne ogniska znachodzą się na łokciu i na przedramieniu tejże ręki, z tą jednakowoż odmianą, że w środku tych plam widzi się wyraźne blizny, na obwodzie zaś wyniosłe nad powierzchnię guzki, żywiej czerwono-sinawo zabarwione. Ogniska tego samego charakteru spotykamy ponadto na udzie lewem w dołku podkolanowym i na łydce tejże kończyny, — wreszcie na całym pośladku prawym i przyległej części uda.

Prócz owego jednego gruczołu pod prawym kątem żuchwy, nigdzie nie wyczuwa się gruczołów wyraźnie powiększonych.

W narządach jamy brzusznej i klatki piersiowej nic patologicznego wykazać nie można. Mocz bez zmian. Stan bezgorączkowy.

Rozpoznanie cierpienia tego natrafiało na pewne trudności. Chorą przyjęliśmy do kliniki z rozpoznaniem: *epithelioma faciei*. Po spisaniu jednakowoż dokładnych wywiadów i po stwierdzeniu licznych i rozległych ognisk tocznia na innych częściach ciała, pierwotne rozpoznanie upadło, zwłaszcza, że charakter samego owrzodzenia nie we wszystkich szczegółach odpowiadał owrzodzeniu rakowatemu. Nowe rozpoznanie, o którem sądziliśmy, że jest jedynie prawdziwe, brzmiało: *lupus exulcerans faciei*. Rozpoznania tego byliśmy tak pewni, że wyciąwszy kawałek guza do zbadania mikroskopowego, zastósowaliśmy nie czekając rozpoznania drobnowidowego terapię, u nas zwykłą w przypadkach owrzodziałych i wybujałych ognisk tocznia, a więc dokładne wyskrobanie ostrą łyżeczką i przypalenie podłoża przyrządem atmokaustycznym Holländera. Lecz znów przebieg pooperacyjny, zanim dowiedzieliśmy się o rozpoznaniu mikroskopowem, zachwiał nasze przekonanie w prawdziwość rozpoznania, — guz bowiem niezwykle szybko odrastał, jak nigdy po takim zabiegu w przypadku tocznia. Nie upłynęły nawet dwa tygodnie po pierwszem wyłyżeczkowaniu i przypaleniu, a guz urósł do pierwotnych rozmiarów. Nie zdziwiło nas to teraz, bo już tymczasem badanie drobnowidowe było skończone.

Opis preparatu mikroskopowego *(Dr. J. Krzyszkowski)*.

Preparaty, uzyskane z różnych przekrojów (równoległych i prostopadłych do powierzchni) przysłanego kawałka, okazują wszędzie tensam obraz. Utkanie składa się z dużych komórek o jądrach pęcherzykowatych. Kształt komórek jest wydłużony lub nieregularny, protoplazma wejrzenia jednolitego, barwi się bardzo blado barwikiem jądrowym (hematoksyliną), a blado barwikami protoplazmatycznymi (eozyna i kwasem pikrynowym). Jądra kształtu owalnego, duże, pęcherzykowate, bardzo ostro obrysowane, okazują po dwa i więcej jąderek zabarwionych ciemno hematoksyliną i delikatną siateczkę nitek chromatynowych; komórek olbrzymich nie zauważono. W obrazie mikroskopowym widać ogromną obfitość i znaczną różnorodność postaci mitoz w komórkach nowotworowych. Komórki, będące w stanie dzielenia się, są nieco większe, okrągłe. Protoplazma ich, zagęszczona na obwodzie, barwi się nieco mocniej, istota zaś chromatynowa w postaci cieniutkich niteczek lub drobniutkich ich odłamków tworzy albo typowe, regularne, wielkich rozmiarów figury karyomitotyczne (monastry-dyastry), lub figury nieregularne najdziwaczniejszych kształtów, często ułożone przy brzegu komórki, albo też wielkie, kilkoramienne gwiazdy utworzone z grubych, prawie do czarna hematoksyliną zabarwionych nitek.

Wszędzie brak budowy siatkowatej (alweolarnej); pomiędzy komórkami nowotworemi tu i owdzie widać cieniutkie niteczki tkanki podstawowej, Van Giesonem czerwono się barwiącej; w miejscach zaś, gdzie ona jest więcej nagromadzona, widać drobne wrzecionowate komórki o jądrach pęcherzykowatych. Protoplazma nieregularnych komórek nowotworowych gubi się wypustkami swojemi wśród nitek tkanki podstawowej.

Utkanie to nowotworowe okazuje mierną ilość cieńszych i grubszych naczyń, jużto o ścianach własnych, jużto przestworów naczyniowych, utworzonych wprost przez komórki nowotworowe. W najbliższem otoczeniu grubszych naczyń i przestworów naczyniowych widać promienisto poustawiane owalne komórki nowotworowe.

Ponadto w utkaniu nowotworowem widać, zwłaszcza przy powierzchni (obrazy uzyskane z prostopadłych przekrojów) ,partye martwicze (nekrotyczne), gorzej się barwiące, masy włóknikowe, wybroczyny ciałek czerwonych krwi i bardzo liczne ciałka ropne, równomiernie też na wszystkich obrazach rozsiane.

Na podstawie tych obrazów rozpoznano *sarcoma exulcerans*.

(C. d. n.).

II. **Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jag.**

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, Docent dentystyki, i **Prof. Dr. Leon Wachholz,** Dyrektor Zakładu.

(Ciąg dalszy).

4) Znamiona zwyrodnienia w zębach u obłąkanych, zbrodniarzy, prostytutek, karłów itd. Fizyczne znamiona zwyrodnienia spotyka się między innemi także i w zębach, t. j. w ich rozwoju, ustawieniu, kształcie i t. d. Już Bourneville zwrócił na to uwagę w r. 1863, że w wrodzonej tępocie umysłu (*idiotismus*) zachodzą obok innych znamion zwyrodnienia pewne właściwe tej postaci zmiany w zębach, jakoto: późne i nieprawidłowe ich wyrzynanie się, mała odporność i skłonność do próchnicy, niedostosowanie się ich powierzchni, przewlekłe zapalenia i owrzodzenia dziąseł, a nadto wielkie rozmiary ust, wysokie ostrołukowe wysklepienie podniebienia i silne ślinienie. Spostrzeżenie Bournevilla jest o tyle słuszne, o ile wyliczone przezeń zmiany w istocie bardzo często zdarzają się u idyotów; atoli z drugiej strony nie można w zmianach tych dopatrywać się znamion, rozpoznawczo ważnych dla wrodzonej tępoty umysłowej, albowiem spotkać je można także i to wcale nierzadko u osób o wysokim stopniu wykształcenia. Talbot[24]) spotykał je bardzo często u ludności anglosaskiej i uważa za ich przyczynę zbytnie zmięszanie ras.

U matołków (*cretinismus*) zauważano wielkie i niekształtne zęby, oraz częsty brak zębów mądrości. Przy małogłowiu, wodogłowiu i t. d. zdarzają się również często wadliwości w rozwoju zębów. Alicya Sollier[25]) znalazła wady uzębienia u 91 na 100 idyotów; przedstawiały się one 13 razy jako przedwczesne ząbkowanie; w ¼ części tych przypadków, jako spóźnione ząbkowanie; w 14% było uzębienie drobne (*mikrodontiasis*), w 11% — wielkie (*makrodontiasis*), w 53% wadliwe ukształtowanie zębów, w 34% wadliwe ich ustawienie. Prawidłowe uzębienie napotkała tylko 11 razy.

Badania nasze, przedsięwzięte u kilku idyotów, przekonały nas o istnieniu pewnych zmian w zębach, zwłaszcza we wzajemnem ich zestawieniu. U trzech badanych przez nas idyotów (wysokiego stopnia) istniał tyłozgryz, t. j. zęby szczęki dolnej wystawały przed zęby szczęki górnej; u jednego z nich występowały kły górne z szeregu reszty zębów, między nimi zaś, a bocznymi górnymi siekaczami były luki, w które przy zwarciu szczęki wchodziły kły dolne; zarazem siekacze dolne były rzadko ustawione, ku przodowi wychylone i miały swą sieczną krawędź wypukło-łukowatą. Z powodu nieprawidłowego zgryzu posiadały przednie ściany górnych siekaczy środkowych starcia (uzury) wytworzone przez przeciwległe im siekacze dolne. U innego spotkaliśmy na krawędziach kłów siecznych i siekaczy górnych wybitne wręby (erozye). Uzębienie badanych przez nas idyotów w wieku między 16 a 26 lat było względnie dobrze zachowane, u jednego tylko z nich, t. j. wzmiankowanego już poprzednio, który ustawicznie pokarmy przeżuwał, było ono niemal doszczętnie zniszczone przez kwas solny żołądka, domięszany do pokarmów zwracanych z żołądka w celu przeżucia kęsów pokarmowych. U 200 obłąkanych napotkał Richter[26]) wystawanie siekaczy i kłów z rzędu szczęk, i to częściej w dolnej szczęce, niż w górnej. Z innych wad spotykał zboczenia zgryzu, nadliczbowe zęby, ich braki wrodzone itd. U 30-tu dotkniętych niedowładem postępującym znalazł tylko dwa razy wady uzębienia. Wszystkie te dotychczasowe badania opierają się jeszcze na małym stosunkowo materyale i dlatego znaczenie ich jest jeszcze podrzędne. Podobnie jak u idyotów i matołków, tak i u prostytutek mają się często zdarzać zmiany zwyrodnienia w zębach. Wedle Lombroso[27]) zdarzają się wogóle nieprawidłowości zębowe u 0·5% prawidłowych kobiet, u 5·1% prostytutek, a u 10·8% zbrodniarek.

Z antropologicznych badań Tarnowskiej[28]) wynika, że prostytutki nieprzygodne, lecz oddające się swemu zawodowi od wczesnej młodości, są dotknięte cielesnemi i psychicznemi znamionami zwyrodnienia wskutek niedokładnego rozwoju. U 150 przez siebie badanych prostytutek znalazła Tarnowska zniekształtnienia zębów w 54%, a to 62 razy wadliwe ustawienie zębów, 19 razy tak zwane zęby Hutchinsona lub Parrota (wręby [erozye] półksiężycowate na wolnej krawędzi siekaczy, jako dowody kiły dziedzicznej, czemu Magitot stanowczo się sprzeciwia) i 10 razy wrodzony brak górnych siekaczy bocznych. Wyniki tych badań Tarnowskiej potwierdzili Talbot, Lombroso, Andronieo i Recklingshausen. U 15 przez nas w tym kierunku badanych prostytutek zauważyliśmy przedewszystkiem u wszystkich znaczne zniszczenie zębów przez próchnicę, nadto zaś na zębach siecznych u 5-ciu wręby (erozye); innych zmian u tej zresztą małej liczby badanych nie spotkaliśmy.

U zbrodniarzy spotykano liczne nieprawidłowości zębowe. I tak Lombroso[29]) zauważył u 4% morderców nadmiernie silny rozwój kłów; u 44% morderców (a 11·7% zbrodniarzy) luki (*diastema*) między kłami górnymi a bocznemi siekaczami górnemi, w które, podobnie jak u zwierząt, zwłaszcza zaś orangutana wnikają kły dolne, rzadkie u prawidłowych ludzi (gęste) ustawienie zębów, nadmiernie silny rozwój środkowych siekaczy górnych obok zaniku częściowego lub wrodzonego braku bocznych siekaczy górnych. Zupełny brak bocznych siekaczy górnych zauważono dotąd u 2·1% zbrodniarzy. Nieregularne ustawienie zębów spotykano częściej u zbrodniarek, niż u zbrodniarzy, najczęściej u prostytutek (41%). Zwykle łączy się z niem obecność wązkiego a wysokiego podniebienia twardego. Odnośne badania, które Paltauf[30]) podjął w wiedeńskim Zakładzie sądowo-lekarskim co do uzębienia 30 czaszek głośnych morderców, wykazały w 8-miu wystające i silne siekacze,

[24]) Die Ätiologie der Missbildungen des Schädels, der Kiefer und Zähne. Chicago, 1894.

[25]) L'état de la dentition i t. d. (Progrès medical, 1888).

[26]) Bildungsanormalien bei Geisteskranken. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1881. T. 38).

[27]) Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte von Lombroso und Ferrero. Hamburg 1894, str. 287.

[28]) Étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. Paryż, 1889.

[29]) Der Verbrecher. Hamburg 1887 i Kurella: Naturgeschichte des Verbrechers. Stuttgart, 1893.

[30]) *L. c.* str. 435.

w 5-ciu takieżsame kły, w 3 brak zębów mądrości mimo wieku, w 2 powstrzymanie rozwoju zębów, w 5-ciu wysterczanie zębów ku przodowi (prognatyzm), w 2 zęby małe. Uzębienie głośnego mordercy sług Hugona Schenka było miarowem i pięknem! Minovici oświadczył w swym wykładzie na Zjeździe 1886 r. w Wiedniu, że daremnie śledził u zbrodniarzy za opisanemi przez Lombrozę zboczeniami czaszki, i że u 7217 zbrodniarzy spotykał jeszcze najczęściej prognatyzm i wady utworowe zębów (14%). W ostatnich czasach mieliśmy sposobność badać uzębienie trzech podpalaczy, jednego kilkakrotnego mordercy i nałogowego złodzieja, wreszcie jednego 50 letniego kazirodcy, który wielokrotnie gwałcił i hańbił swą 13-letnią córkę. U 3 podpalaczy nie stwierdziliśmy żadnych uderzających zboczeń uzębienia, u rzeczonego kazirodcy, dotkniętego niedołęztwem umysłu z porażeniami, istniały zgryz prostopadły, czyli nagryzający, przechodzący w przodozgryz i starcie kłów tak, iż na modelu gipsowym niepodobna było ich odróżnić od siekaczy. U wzmiankowanego mordercy, liczącego lat 28, który się przyznał do dwóch morderstw, trzech innych zaś zarzuconych mu się zapierał, u którego nie dało się stwierdzić znamion obłąkania moralnego, a ze znamion zwyrodnienia istniały pewne wadliwości w ukształtowaniu małżowin usznych (wywinięcie obwodu ucha) i przepuklina wolna pachwinowa, stwierdziliśmy rzadsze ustawienie zębów w szczęce górnej, wrodzony brak górnego siekacza lewego bocznego obok wstrzymanego rozwoju takiegoż siekacza prawego, brak prawego górnego zęba mądrości i silny rozwój górnych siekaczy środkowych. U 40-letniego nałogowego pijaka, dotkniętego przytępieniem umysłu, który dopuścił się morderstwa z lubieżności [31]), jeden z nas zauważył rzadkie ustawienie zębów i powstrzymany rozwój bocznych siekaczy górnych.

Wszystkim tym zboczeniom w uzębieniu nie można, podobnie jak i wadom utworowym reszty ustroju, przypisywać znaczenia tego, jakie do ich obecności przywiązuje Lombroso. Nie stanowią one wcale dowodu, że posiadający je jest urodzonym zbrodniarzem (Manouvrier, Tarde, Brouardel), lecz wskazują tylko na nieprawidłowy rozwój jednostki, która niekoniecznie musi być zbrodniczą.

Zęby karłów przedstawiają nieraz tak znaczne zboczenia, że mogą one znawcy sądowemu utrudnić oznaczenie wieku. Uzębienie karłów raz zbliża się do uzębienia dzieci, raz znowu do uzębienia dorosłych. Jeżeli się zważy, że przy uzębieniu pozornie dziecinnem mogą się znaleźć zęby mądrości, to ich obecność przy zresztą pozornie dziecinnem uzębieniu może łatwo wprowadzić znawcę w kłopot przy oznaczeniu wieku. Wedle Paltaufa [32]) rozwój zębów u karłów pozostaje w rażącej sprzeczności z ich wzrostem. Raz są one dobrze wykształcone, z wyjątkiem zębów mądrości, których rozwój bywa zwykle powstrzymany; innym znowu razem są niezupełne i wadliwe. Bardzo często mają one nieznacznie starte krawędzie sieczne mimo późnego wieku karła, a to dlatego, że zęby stałe bardzo późno się wyrznęły. Tak n. p. karzeł Schaffhausena dopiero w 22-gim roku swego życia utracił zęby mleczne; karzeł Hisa [33]) miał jeszcze w 58-mym roku swego życia częściowo zachowane uzębienie mleczne, a odpowiednie temu zęby stałe były jeszcze w szczęce ukryte; karzeł Magitota, mimo 14 lat życia, miał 7 zębów (3 kły i 4 trzonowe) mlecznych, a 8 stałych (1 sieczny, 1 dolny kieł, 1 dwuguzikowy górny, 5 trzonowych); karzeł Paltaufa, lat 49 liczący, pochodzący z Andrychowa w Galicyi, 112·5 ctm. wzrostu mający, miał 28 zębów stałych, dobrze zachowanych i mało startych; dwa górne zęby mądrości, dopełniające liczbę poprzednich do 30, były w rozwoju silnie powstrzymane; takież dwa dolne nie rozwinęły się wcale, albowiem drugie dolne zęby trzonowe tkwiły z powodu małych rozmiarów żuchwy w jej wstępującem ramieniu. Uzębienie karła badanego przez Paltaufa dowodziło, że niezawsze zęby karłów są mało odporne i trwałe. Uzębienie trzech szkieletów karlich ze zbiorów tutejszego Zakładu anatomo-patologicznego nie przedstawiało uderzających zboczeń. Szkielet męski 128 ctm. długi (wiek 24 lat) okazywał prócz braku jednego zęba trzonowego dolnego i jednego środkowego górnego siecznego po wyrwaniu, zresztą dobrze zachowane bez jakichkolwiek wadliwości. Kościec ten był tem uderzający, że kość czołowa składała się z dwóch połów, połączonych dobrze zachowanym szwem czołowym. Kościec krzywiczy kobiecy, 115 ctm. długi, okazywał dobrze zachowane zęby stałe, opatrzone licznemi wrębami (erozyami); boczne górne siekacze były w rozwoju powstrzymane, niedokształcone, wałeczkowate. Kościec 105 ctm. długi, 36 letniej karlicy krzywiczej z czaszką hidrocefaliczną, przedstawiał pod każdym względem prawidłowe uzębienie.

U ludzi z wzrostem nadmiernym (olbrzymów) spotykali Langer i Schaffhausen prawidłowe uzębienia. Natomiast u osób dotkniętych nadmiernem owłosieniem całego ciała, jak n. p. u pokazującego się w panoptikach Stefana Bibrowskiego [34]), syna wieśniaka z Grojca pod Warszawą, zachodzi wrodzony prawie zupełny lub częściowy (w górnej szczęce u Jewtichiewa, zwanego rosyjskim psim człowiekiem i jego syna, oraz u głośnej Julii Pastrany) brak zębów. W przypadkach infantylizmu, jako zwykle połączonego z innemi wadami utworowemi, mianowicie z matołectwem, idyotyzmem, karlectwem (nanosomia), gigantyzmem lub z takiemi chorobami, jak obrzęk śluzakowy, krzywica, akromegalia i t. d. znajdą się również zmiany i wady w uzębieniu, którym atoli dotąd nie poświęcono jeszcze szczegółowej uwagi; zmiany te zresztą będą niejednokrotnie zależne od wymienionych powikłań infantylizmu.

5) Fizyologiczne i patologiczne właściwości zębów ułatwiają stwierdzenie tożsamości, jeżeli były znane osobom z otoczenia człowieka, którego tożsamość ma być stwierdzoną. Do fizyologicznych właściwości zaliczają się niezwykłe zabarwienia zębów, nadmierna ich wielkość, długość lub szerokość, gęste lub rzadkie, t. j. posiadające luki (*diastema*) uzębienie, nierównomierność rozwoju zębów, n. p. silne i wielkie kły przy małych siekaczach, wadliwości ustawienia zębów, n. p. skośne, ku jamie ustnej lub ku zewnątrz, t. j. ku przodowi pochylenie wszystkich lub kilku zębów i t. d.

Do patologicznych właściwości zaliczają się wrodzone braki w uzębieniu, zęby zrośnięte, nadliczbowe, powstrzy-

[31]) Wachholz: O morderstwie z lubieżności. (*Przegląd lekarski*, 1900).

[32]) Ueber den Zwergwuchs i t. d. Wien, 1891.

[33]) *Ibidem.*

[34]) Neugebauer. Kilka słów o męzkiem uwłosieniu u kobiet. (*Gazeta Lekarska* 1897).

mane w rozwoju, przesunięte, n. p. obecność dwuguzikowego zęba między siekaczem a kłem, wrzekome podwójne uszeregowanie zębów i t. d.

6) Sztuczne uzębienia oraz sztuczne wypełnienia zębów nadniszczonych próchnicą i t. d. ułatwiają, względnie umożliwiają stwierdzenie tożsamości osoby, nawet wówczas, gdy czynności tej dokonuje znawca na zwłokach zwęglonych lub późnemi przemianami pośmiertnemi (gnicie) dotkniętych. Dla wyjaśnienia wypada podać tu kilka słów o obecnej technice dentystycznej. Sztuczne uzębienia składają się z zębów porcelanowych, posiadających albo po stronie językowej dwa platynowe ćwieczki, albo od podstawy ich przez całą ich długość lub przez dolną połowę ich długości przebiegający otwór. Zęby z ćwieczkami platynowymi osadza się na płycie kauczukowej lub metalowej; zęby rurkowe, t. j. z otworem przez całą ich długość, wyścielonym rurką platynową, osadza się w metalu; zęby z otworem do połowy ich długości i bez rurek platynowych osadza się w kauczuku (w praktyce dla ubogich).

Zęby osadzone na płytce kauczukowej utrzymują się w ustach siłą przyssania się płytki do podniebienia za pomocą odpowiednich zagłębień w płytce. Tylny brzeg takiej płytki wytwarza na podniebieniu brózdę już w 2—3 dni po używaniu płytki; brózda ta, podobnie jak i odbicia zagłębień płytki, jako powierzchowne, nikną szybko. Gdy błona śluzowa podniebienia jest bardzo wrażliwą, lub gdy płyta nieszczelnie przylega, a wskutek tego pokarmy pod nią podchodzą i tu się rozkładają, przyjść może do zapalenia błony śluzowej, do owrzodzeń i ziarniny. Gdy płyta kauczukowa z zębami sztucznymi jest długo używaną, okazuje starcia w miejscach stycznych z zębami antagonistycznymi, gdy nadto nie była należycie czyszczona, porasta kamieniem ze śliny, a u palaczy nadto czarnym osadem dymu tytoniowego. Podobne zmiany w ustach spotyka się po protezach, w których zęby były osadzone na obecnie już zarzuconej w praktyce celuloidynie. Zęby sztuczne mogą być także osadzone zapomocą klamer złotych lub platynowych, założonych na zachowanych zębach naturalnych. Klamry te ścierają się z czasem przez częste zdejmowanie ich i nakładanie, a nadto ścierają także i zęby naturalne, na których się opierają i stają się powodem ich próchnicy. Osady zębów sztucznych mogą być sporządzone także z metali, n. p. ze złota, platyny, glinu, brązu glinowego, nikieliny, oraz z mięszaniny platyny, srebra i niklu. Najwięcej używane jest do osad złoto. Z wyrobów metalowych używa się robót płytowych, mostkowych, koronowych, ćwieczkowych i ich wzajemnych kombinacyj. Płytki metalowe, jako osada dla zębów sztucznych, wywołują w ustach zmiany podobne, jak i płyty kauczukowe. Osadzenie zębów sztucznych między dwoma zębami naturalnymi lub ich korzeniami, bez płyty podniebiennej, zwie się osadą (robotą) mostkową; na korzeniach naturalnych umocowuje się zęby sztuczne zapomocą ćwieczków (roboty ćwieczkowe), na zachowanych zaś zębach zapomocą kapsli, pokrywającej koronę zęba. Mostki mogą być stale ucementowane w swoje osady i te nie dają się zdjąć, albo też są osadzone zapomocą klamer lub śrub do zdejmowania. (Dok. n.).

III. Kilka uwag o chorobach wenerycznych na podstawie dziesięcioletniej statystyki.

Podał

Dr. Albin Kazimierz Schwarz,

(Według odczytu, mianego w Tow. lek. krak. d. 24 kwietnia 1901 r.).

(Dokończenie).

W tablicach, dotyczących obław policyjnych, obejmujących okres zaledwo pięcioletni, najwyższy odsetek chorób wenerycznych wykazuje w każdym roku inny miesiąc, a mianowicie: luty w r. 1895, maj w r. 1897, czerwiec w r. 1896, lipiec w r. 1898 i grudzień w r. 1899; na podstawie tych zatem tablic nie można dojść do żadnego wyraźniejszego wniosku, choć i tutaj miesiące czerwiec i lipiec są wyraźnie zaznaczone.

Jeżelibyśmy chcieli dowiedzieć się, które miesiące w moich tablicach wykazują najwyższy odsetek kiły, reszty bowiem chorób wenerycznych, jako w tym przypadku mniej ważnych i dla nas mniej wartości mających, nie mam zamiaru uwzględniać, doszlibyśmy do zgoła odmiennego wyniku. I tak w tablicach prostytutek jawnych najgorzej pod tym względem przedstawiają się miesiące jesienne: wrzesień i październik; w ciągu bowiem ostatnich dziesięciu lat każdy z wymienionych miesięcy wykazuje trzykrotnie najwyższy w roku odsetek kiły, a mianowicie wrzesień w 1891, 1896 i 1897 r., październik zaś w 1890, 1895 i 1898 r. Fakt ten z pewnością także nie jest dziełem czystego przypadku, gdyż do pewnego stopnia ma potwierdzenie w tablicach z obław policyjnych, gdzie w ciągu ostatniego pięciolecia miesiąc październik dwukrotnie, bo w r. 1895 i 1896 wykazuje również najwyższy w roku odsetek kiły. Fakt ten, iż w miesiącach jesiennych, a potem zimowych, najwięcej bywa przypadków kiły świeżo nabytej, potwierdzają mi i moje spostrzeżenia z mej praktyki prywatnej, a mam też to przeświadczenie, iż pod tym względem zgodzi się ze mną większość kolegów, zajmujących się chorobami wenerycznemi. Według moich zapisków, które bardzo starannie notuję, wypada mi na 14 lat mej praktyki, iż miesiąc listopad w 5-ciu latach (1888, 1890, 1891, 1896 i 1898), grudzień i styczeń każdy w 3 latach (grudzień w 1889, 1897 i 1900, a styczeń w 1892, 1893 i 1895) przedstawiały najwyższy w roku przyrost chorych z kiłą pierwotną. Jeżeli uwzględnimy te dane, które przecież, jako na liczbach oparte, tem samem nie są wytworem wyobraźni, przyjść musimy do przekonania, że na tem wszystkiem jest coś i coś być musi, nie znając jednak dotąd jeszcze zarazka kiły, a tem mniej jego biologii, nie możemy też wiedzieć, do czego fakta te odnieść i czem je tłómaczyć; musimy je tylko, jako takie, przyjąć do wiadomości i na razie tem się zadowolnić.

Jeżelibyśmy chcieli teraz na podstawie mych tablic dojść do jakiegoś wyniku, w których miesiącach tak choroby weneryczne wogóle, jak i kiła w szczególności, okazują najmniejszą dążność do szerzenia się, czyli zatem najmniejszy w roku odsetek, przekonalibyśmy się, że pod tym względem nie dojdziemy do żadnego wyraźnego, dodatniego wniosku. Wprawdzie u prostytutek jawnych 2 sąsiednie miesiące: sierpień i wrzesień okazują w 4 latach na 10, a mianowicie sierpień w r. 1891 i 1895, a wrzesień w 1892 i

1894, najmniejszy odsetek chorób wenerycznych, w tablicach jednak z obław policyjnych w każdym roku inny miesiąc jest w tym kierunku najkorzystniejszym. Co do samej kiły, to tablice prostytutek jawnych okazują najmniejszy jej odsetek w lutym dwukrotnie (1895 i 1899), w czerwcu dwukrotnie (1890 i 1891), w grudniu również dwukrotnie (1892 i 1894); w pozostałych zaś 4 latach, w każdym roku w innym miesiącu, a w tablicach z obław policyjnych na 5 lat miesiąc marzec okazuje dwukrotnie (1895 i 1898) najniższy w roku odsetek kiły, w pozostałych zaś latach, w r. 1897 czerwiec, w 1896 kwiecień, a w 1899 listopad. Widzimy więc z tego zestawienia, że co do najmniejszego nasilenia chorób wenerycznych wogóle, a i kiły w szczególności, nie możemy wysnuć żadnego wyraźniejszego wniosku; widzimy tylko to jedno, że granica dolna wahań, jakim w ciągu roku ulegają choroby weneryczne, nie jest tak wyraźnie ruchomą, jak górna, a po drugie, że nie ma wogóle jakiegoś stałego stosunku między chorobami wenerycznemi wogóle, a kiłą z drugiej strony, w tem naturalnie znaczeniu, iżby kiła mogła być w przybliżeniu pewnym wykładnikiem wszystkich chorób wenerycznych. Dolna granica tych wahań według mych tablic byłaby zatem dość stałą i jednostajną, co też potwierdza i spostrzeganie w praktyce szpitalnej i prywatnej, a które wyraźnie wskazuje, że w każdym prawie roku nie ma wogóle miesięcy, w którychby liczba wypadków chorób wenerycznych wogóle, jak i kiły samej, była uderzająco mniejszą.

A teraz chciałbym jeszcze przy tej sposobności poruszyć dwa zagadnienia, które pozostają w blizkim związku z memi tablicami, a na które zawodowi nawet ludzie różnie się zapatrują.

Wiemy o tem, iż bardzo utartem jest zdanie, a hołdują mu nawet bardzo wybitni syfilidologowie, że najbardziej niebezpiecznem, a według niektórych nawet wprost wyłącznem źródłem, z którego szerzy się kiła, są publiczne domy nierządu. Że bardzo znaczna część przypadków kiły czerpie swój początek w prostytucyi jawnej, o tem zbyt dobrze wszyscy wiemy i udowadniać też tego nie potrzebuję. Ze jednak prawie równa liczba zarażeń kiłą ma swoje źródło w prostytucyi tajnej, o tem prawdopodobnie wszyscy moi koledzy zawodowi jedno ze mną będą mieć zdanie, gdy uprzytomnią sobie spostrzeżenia z praktyki prywatnej i szpitalnej. Na dowód, że twierdzenie to moje nie jest gołosłowne, lecz ściśle tylko oparte na faktach, pozwolę sobie przytoczyć wyciąg z zapisków moich z praktyki prywatnej, które od szeregu lat prowadzę, a z których podam następujące daty. W przypadkach zakażenia się kiłą wywiady wykazały mi, iż zarażenie się nastąpiło od prostytutek tajnych w r. 1890 w 34·3% wszystkich przypadków, w 1891—29·8%, w 1892—47·1%, w 1893—31·4%, w 1894—53·2%, w 1895—42%, w 1896—52·5%, w 1897—37·7%, w 1898—48·2%, w 1899—27·8%, w 1900—35·3%.

Liczby, które powyżej podałem, są zbyt chyba jasne i wymowne, by prostytucyę tajną można było uważać za wiele mniej niebezpieczną od jawnej i by ją, jako jedno ze źródeł kiły, lekceważyć wolno było. Zapewne i z tem się też liczę, że może nie u wszystkich kolegów stosunek ten wypadłby tak jaskrawo w liczbach, jak u mnie, mam jednak to przekonanie, że gdybyśmy spostrzeżenia nas wszystkich razem dodali, nie wiele zmieniaćby wypadło.

Gdybyśmy w sprawie tej chcieli poradzić się mych tablic, stosunek przypadków kiły spostrzeganych u prostytutek jawnych i tajnych przedstawiałby się w ostatnich 5 latach (gdyż z konieczności te tylko lata porównać możemy) w sposób następujący: przeciętny odsetek kiły wynosił

Rok	prostytucya jawna	prostytucya tajna
1895	6·6	3·8
1896	4·2	3·8
1897	5·8	3·7
1898	3·4	2·2
1899	4·6	3·5

Z tego porównania wynikałoby, że odsetek kiły, choć nie bardzo znacznie, jednak stale jest wyższym u prostytutek jawnych; jeśli jednakże uwzględnimy pewne okoliczności, które tu przytoczę, a z któremi liczyć się musimy, rzecz przedstawi się nam nieco inaczej. Przedewszystkiem pamiętać o tem musimy, że prostytutka jawna podlega nierównie częściej oględzinom lekarskim i już z zaledwo rozpoczynającą zmianą kiłową, z których każda uwidoczniona jest w mych tablicach, odsyłaną bywa do szpitala. Prostytutka tajna, o ile przypadkowo nie zostanie poddana badaniu lekarskiemu i oddana szpitalowi, leczy się prywatnie, a przypadki te uchodzą naturalnie obserwacyi lekarza policyjnego. Następnie uwzględnić także musimy, że pewna część prostytutek tajnych, szczególnie dla zdrowia publicznego szkodliwych, wpisaną zostaje z urzędu na listę prostytutek jawnych, a w takim razie każdy nawrót kiły u nich objętym już być musi tablicami prostytutek jawnych. Gdybyśmy zatem mogli przypadki pierwszej i drugiej kategoryi doliczyć do przypadków z urzędu stwierdzonych u prostytutek tajnych, odsetek kiły u nich z pewnością nie wypadłby niżej, niż u jawnych.

Na zakończenie chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na drugą sprawę, która cały ogół żywo zajmuje. Ze wszystkich niemal stron podnoszą się głosy powołanych i niepowołanych, że kiła wśród ogółu ludności szerzy się w sposób zatrważający i widmem jej straszy się wszystkich ustawicznie, stawiając najczarniejsze horoskopy dla całego społeczeństwa. Że z roku na rok liczba chorych na kiłę się zwiększa, że skutkiem tego w szpitalach coraz bardziej uczuwa się brak dostatecznego pomieszczenia dla chorych kiłowych, to nikogo według mego zdania dziwić nawet nie powinno, gdyż przecież i ludności ciągle przybywa, a szpitale nasze, na tym punkcie przewłocznie chore, na nasze potrzeby były zawsze i prawdopodobnie zawsze pozostaną niewystarczającymi. Że tak bardzo źle nie jest i że wogóle w ostatnich latach kiła wcale nie robi tak gwałtownego postępu, potwierdzają to także do pewnego stopnia moje tablice, które wyrażają przecież w liczbach przeważną część źródeł kiły; potwierdza to także codzienna nasza praktyka lekarska, na co koledzy moi zawodowi z pewnością zgodzą się ze mną. Mojem zdaniem, a na te stosunki patrzę bądźcobądź kilkanaście lat, przyrost chorych kiłowych w ostatniem dziesięcioleciu nie pozostaje w zanadto rażącym niestosunku do przyrostu ludności i nie widzę też żadnego powodu, aby na tę sprawę tak strasznie czarno się zapatrywać i wysnuwać stąd jakieś daleko sięgające obawy. Każdy z kolegów, zajmujących się chorobami wenerycznemi, wie o tem dobrze z praktyki, że

ilość kiłowych, świeżo chorobą dotkniętych, w różnych latach bywa bardzo różną; wahania te jednakowoż odbywają się w granicach nie tak znów rozległych i nigdy też nie nasuwają tak zatrważających myśli, iżby aż o przyszłość następnych pokoleń obawiać się należało. Że jeszcze i dzisiaj zdarza się niejednokrotnie, iż w jakiejś miejscowości wiejskiej pojawi się równocześnie więcej przypadków kiły i choroba ta wówczas przybiera cechy nagminne, dziwnem nam się nie wyda, jeśli zważymy, że kiła, to przecież choroba zakaźna, a przytem uprzytomnimy sobie, że nasza ludność wiejska tak mało oświecona, tak o zdrowie swe nie dbająca, zawsze prawie pozostaje w jawnej i jaskrawej niezgodzie z najelementarniejszemi pojęciami o czystości. Oderwanym takim epidemiom, w takich zwłaszcza wylęgłym warunkach, trudno jest nawet przypisywać zbyt wielkiego znaczenia, a tem bardziej uważać je za zapowiedź groźnych katastrof; boć przecie dobrze o tem wiemy, że epidemie takie zawsze się przytrafiały, że dziś je także spostrzegamy, a w przyszłości niechybnie pojawiać się będą.

Że, jak to podniesiono na jednem z posiedzeń krak. Tow. lekarskiego, a co ogólnie wielką wywołało sensacyę, między młodzieżą gimnazyalną pojawiają się przypadki kiły, z mojego doświadczenia mogę tylko potwierdzić, — nie mogę się tylko bezwarunkowo na to zgodzić, by rzecz ta przybierała groźne rozmiary i by tych przypadków obecnie bywało niestosunkowo więcej, niż po inne lata. Odkąd zajmuję się chorobami wenerycznemi, począwszy od praktyki mej klinicznej aż po dzień dzisiejszy, corocznie widywałem tego rodzaju przypadki i wcale nie zauważyłem, iżby liczba ich z roku na rok się powiększała, jak to uwidacznia następujące zestawienie z lat dwunastu.

Rok	Ogółem	Kiła	Wrzód miękki	Rzeżączka
1889	8	1	2	5
1890	3	0	0	3
1891	4	2	0	2
1892	6	1	4	1
1893	3	0	1	2
1894	3	0	2	1
1895	8	1	1	6
1896	4	2	1	1
1897	3	0	0	3
1898	2	1	0	1
1899	3	1	0	2
1900	5	1	1	3
Razem	52	10	12	30

Czy to szerzenie się chorób wenerycznych, a kiły w szczególności, jest tak znaczne, jak to twierdzą niektórzy, nie czuję się powołanym rozstrzygać; według moich, wcale nie optymistycznych, lecz czysto przedmiotowych, bo na faktach i liczbach opartych zapatrywań, rzecz tak groźnie się nie przedstawia; — o tem coś bardziej stanowczego i pewniejszego powiedzieć będziemy mogli dopiero wtedy, gdy jak to już wspomniałem, będziemy rozporządzać dokładną statystyką ze wszystkich stron, a więc nie tylko z prostytucyi jawnej i tajnej, lecz także z klinik, szpitali i zapisków lekarskich z praktyki prywatnej.

Na razie celem i zamiarem moim było przedstawić pewne dane, do jakich doszedłem na zasadzie kilkunastoletnich moich spostrzeżeń, zapoczątkować wymianę zdań i zapatrywań w przedmiocie powyżej poruszonym, a wreszcie poprosić wszystkich mych kolegów zawodowych o współudział w pracy, o wspólne zgromadzenie materyału, co kiedyś w przyszłości może wydać niespodziewanie nawet piękne owoce.

IV. *O sztucznem karmieniu noworodków.*

Streszczenie zbiorowe.

Według własnego referatu, wygłoszonego w Sekcyi pedyatrycznej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Napisał

Dr. Jan Landau.

(Dokończenie).

Podobne do mleka Gärtnera jest t. zw. „Cream Milk Cantleya“, tylko że ono nie jest rozcieńczone wodą, lecz równemi częściami 10 procentowego rozczynu laktozy. Składem swoim jest bardzo zbliżone do mleka kobiecego. Dzieci trawią je dobrze; zwykle podawano je pasteuryzowane i w następujących kombinacyach: 3 części mleka na 1 część wody, 2 części mleka na 1 część wody i wreszcie nierozcieńczone. Niemniej powszechnego zastosowania doznała mięszanka Biederta t. zw. „natürliches Rahmgemenge“, z której wyrabia się pięć mięszanin, stosownie do wieku dziecka. Mimo, że mięszanka ta nie jest opatentowana, a więc tania, wyrabiają dla wygody mięszankę sztuczną.

Mniejszego rozgłosu nabrały rozmaite następujące przetwory: de Jager przyrządza pokarm dla osesków w ten sposób, że na jeden litr mleka masłowego *(Buttermilch)* dodaje 12 grm. mąki pszennej lub ryżowej i mięszając ciągle ogrzewa aż do wrzenia. Po zdjęciu z ognia osładza cukrem mlekowym lub trzcinowym i dodaje na koniec noża masła. Backhaus sądzi, że różnice mleka kobiecego i krowiego pod względem jakościowej zawartości tłuszczu i cukru mlekowego są nieznaczne; natomiast jest znaczna różnica co do białka i soli; dlatego zaproponował w roku 1895, ażeby ze świeżej żętycy z dodatkiem zaczynu podpuszczkowego wytworzyć żętycę obfitą w białko, zagęścić ją ciśnieniem w próżni do $^4/_5$ i dodać odpowiednią ilość śmietany. Zaletą tego pokarmu jest mała zawartość sernika z mleka krowiego, uniknięcie zawsze zanieczyszczonego cukru mlekowego i pewność wyjałowienia. Przez rozmaity rozkład śmietany i rozmaity stopień zagęszczenia otrzymywał Backhaus trzy rodzaje mleka dla osesków.

Höckermann, Biringer, Runge, Vierordt używali z dobrym skutkiem mleka tego, a Thiemich nie widział u dzieci lekko chorych tak szybkiego powrotu funkcyi żołądka i jelit do stanu prawidłowego i następowego przyrostu na wadze, ani też wyleczenia u ciężko chorych dzieci, jak się to stwierdza u dzieci karmionych piersią; natomiast przy podawaniu tego mleka rzadziej występowały nieżyty żołądkowo-jelitowe, aniżeli przy mleku Gärtnera.

Mleko roślinne Lahmanna, otrzymywane z migdałów, orzechów i cukru mlekowego, zawiera według Stutzera 25% tłuszczu, 10% istot azotowych, 38,5% cukru i składników bezazotowych, 1,50% składników mineralnych i 25% wody. Mleko to przy ciepłocie krwi, po dodaniu doń soku żołądkowego, daje skrzep wiotkostrzępiasty, a dodane do mleka, powoduje strąt sernika w wiotkich strzępach. Höck uważa za zaletę, że mleko to nie zawiera skrobi że dodane do mleka, nie potrzebuje rozcieńczenia i dodatku tłuszczu i że przy nizkiej kwasocie soku żołądkowego przyspiesza trawienie żołądkowe. — Polecone przez Dufoura humanizowanie mleka, odbywa się w ten sposób, że odejmuje się ciała białkowate, a dodaje tłuszczu i cukru mlekowego. Początkowo metoda ta polegała na tem, że mleko pozostawiano w garnku zamkniętym, aż się zebrała śmietana, a następnie mleko spodnie *(Magermilch)* wypuszczano otworem, umieszczonym w dnie i dodawano 3,5% cukru mlekowego. Następnie

Dufour o tyle to zmodyfikował, że do mleka dodawał $^1/_3$ objętości wody, a do 100 części tej mięszaniny dodawał 1,50—2,0 śmietany, 3,50 części cukru mlekowego i 0,10 soli; mięszaninę wyjaławiano. Mleko Rietha jestto przetwór otrzymywany z białka jaja kurzego, ogrzanego do 135°, z którego przez dodanie śmietany i cukru mlekowego otrzymuje się przetwór, równowartościowy co do ilości z mlekiem kobiecem. Mleko to obecnie według Hamburga o tyle uległo modyfikacyi, że zamiast węglanu potasowego używa się soli sodowej, białko ogrzewa się nie do 135°, lecz do 127°, a ilość albumozy zredukowano ze 140 grm. na 80 grm. na litr. Skuteczne działanie mleka Rietha polega na krzepnięciu jego w wiotkie strzępy, na dostatecznej zawartości tłuszczu i na korzystnym wpływie, jaki wywiera na tworzenie się kwasu solnego; nie można jednak przetworu tego według Hausera uznać za mogący w zupełności zastąpić mleko kobiece.

Kraus, badając mleko peptonizowane Löfflunda, otrzymywał w niektórych przypadkach wyniki dodatnie; nie zaleca się ono jednak, jako pokarm trwały, przez dłuższy czas. Mleko to można sobie przygotować przez dodanie 1 grm. proszku mlecznego Timpego, lub 0,50 laktopepsyny Richardsona do pokarmu, przygotowanego we flaszce. Można także dodać około 0,10 dwuwęglanu sodowego, lub pankreatyny.

Landau zaleca gorąco czyste mleko Löfflunda, które stosował z dobrym skutkiem u własnego dziecka w przebiegu nieżytu żołądkowego i w innym przypadku cholery dziecięcej. Pokarm Pfunda składa się z rozcieńczonej śmietany, białka jaja kurzego i cukru mlekowego. Do proszku, powstałego przez zmięszanie cukru i białka, dodaje Hesse na 1 litr mięszaniny 0,22 *Ferri saccharolactici*. Wyniki jego były korzystne, ale nie we wszystkich przypadkach. Mleko sztuczne Meyera otrzymuje się przez zmięszanie wody, białka, masła, cukru mlekowego i soli. Składem swoim odpowiada mleku kobiecemu i zawiera białka 0,91%, tłuszczu 4,67—3,85%, cukru mlekowego 7%. Tłuszcz znajduje się w lekkiej zawiesisinie, sernik zaś z mleka krowiego. Sernik mleka sztucznego krzepnie w wiotkie strzępy, a zaczyn trzustki trawi go w 2—3 godzin. Badanie przemiany materyi wykazało, że tłuszcz jest dobrze zużyty, a wyniki otrzymane były bardzo dobre nawet u osesków, które nie znosiły mleka krowiego. — Konserwa Söldnera, polecona przez Camerera, zawiera w 100 grm. około 5% białka, 25% tłuszczu i 42% maltozy; jest trwała i można ją wyjałowić. — Pokarm Steffena otrzymuje się przez gotowanie 140 grm. mięsa cielęcego bez soli przez $^1/_2$—$^3/_4$ godziny w $^1/_2$ litrze wody, dodanie 1 części mleka na 1 cz. bulionu, jednej łyżeczki śmietany i 3,8 cukru mlekowego na 100 grm. mięszaniny. Mięszanina ta zawiera sernika 1,8%, tłuszczu 3,1%, cukru 6,2%. Jakkolwiek wynik otrzymany był dobry, to jednak mięszanina jest za droga i przygotowanie jej mozolne.

Schreiber i Waldvogel przez dodanie albumozy do sernika sprawiają, że sernik krzepnie w wiotkie strzępy. Przy sztucznem trawieniu mleka po dodaniu kazeozy ilość strawionego białka wzrasta, a kazeoza nie powoduje zaburzeń jelitowych.

Mleko humanizowane, którego sposób wyrabiania podał Vigier w roku 1893, otrzymuje się w ten sposób, że się pewną ilość mleka dzieli na dwie porcye; na jednej wytwarza się śmietana, którą się dodaje do pierwszej porcyi, pozostałe mleko odtłuszczone ścina się, a otrzymaną serwatkę dodaje się do pierwszej porcyi mleka. Mleko to zawiera więcej tłuszczu i cukru, aniżeli zwyczajne, a połowę sernika zawartego prawidłowo w mleku. Mleko to jest barwy żółtawej, smaku słodszego od zwyczajnego i zawiera w 1000 gramach: sernika 13,60, cukru mlekowego 41,04, węglowodanów 8,10, tłuszczu 37,50, soli 7,0. Ma ono być z dobrym skutkiem używane. Zalecone przez Montiego i Wolffa mleko dla osesków polega na rozcieńczeniu mleka zapomocą żętycy w ten sposób, że z mleka strąca się sernik zapomocą podpuszczki, a następnie mięsza się żętycę, przecedzoną przez jedwab, po połowie z mlekiem. — Mleko Voltmera jestto sztucznie peptonizowane mleko, zmięszane z sokiem trzustki; odznacza się nietrwałością i nie ma zawsze jednakiego składu, dlatego się nie nadaje jako pokarm zwykły dla osesków; przedstawia się jako miękka, żółtawa masa, która po rozcieńczeniu ośmiu częściami wody przybiera zabarwienie jasno brunatne. — Mleko stężone (kondenzowane) według Montiego otrzymuje się z mleka krów przez stężenie w próżni i dodanie cukru. Przy dobrem stężeniu składniki mleka nie ulegają zmianie. Jest ono gęstości miodu, barwy białej lub żółtawej i nie psuje się prędko. Jeżeli się je rozpuści w wodzie, to można przy badaniu mikroskopem dostrzedz całe kuleczki tłuszczu i kryształki cukru. Dla noworodka używa się rozcieńczenia: 1 cz. mleka stężonego: 14 części wody,

od 3—8 tygodni życia używa się 1 cz. mleka stężonego: 13 części wody,

od 8 tygodni do 4 miesiąca używa się 1 części mleka stężonego: 12 części wody,

od 4—10 miesiąca używa się 1 części mleka stężonego: 10 części wody.

Przez dłuższy czas mleka tego podawać nie można, gdyż wywołuje niestrawność, wzdęcie brzucha i nieżyty kiszek.

Kahnt, badając wpływ cukru mlekowego zwykłego i wyjałowionego na mleko i na odżywienie osesków zdrowych i chorych, doszedł do przekonania, że cukier mlekowy jest ważnym środkiem odżywczym dla zdrowych i chorych osesków; jako dodatek do mleka osesków cukier mlekowy jest niezbędny, a cukier trzcinowy szkodliwy. Cukier mlekowy wyjałowiony nie ma pierwszeństwa przed niewyjałowionym i jest droższy. Mleko i cukier należy razem gotować. Gotowanie przez 45—60 minut w ciepłocie 100° C. wystarcza zupełnie, by zniszczyć bakterye mleka i cukru.

Moro, badając mleko i stolce osesków, dochodzi do następujących wniosków: 1) treść jelit i kał osesków zawierają zazwyczaj od urodzenia enzymy dyastatyczne, które w pierwszych tygodniach życia ilościowo się zwiększają; 2) narządy gruczołowe wydzielają te enzymy, a mianowicie można już w soku trzustki noworodków wykazać ślad ich; bakterye w tem wytwarzaniu nie biorą udziału; 3) mleko kobiece w stanie prawidłowym zawiera enzym, zamieniający w cukier; mleko krowie enzymu tego nie zawiera; 4) enzym ten można również wykazać w stolcach osesków, karmionych mlekiem kobiecem.

Na uwagę zasługują badania Schmid-Monnarda, który, podając dzieciom mleko krów, rozcieńczone wodą, z dodatkiem cukru lub bez tłuszczu, zauważył, że dzieci przyjmowały więcej pokarmu, niż przy piersi, a te dzieci, które przyjmowały mało, w stosunku do pierwotnej wagi ciała przybierały więcej na ciężarze. Przy karmieniu mlekiem kobiecem otrzymywały dziennie 99 kaloryi na 1 kgr. ciała, a karmione flaszką 131 kaloryi. W pierwszych miesiącach życia rozwijały się najlepiej dzieci, karmione mięszaninami rozcieńczonemi z małą ilością białka, a obfitym dodatkiem tłuszczu i węglowodanów; zaleca przeto ten autor podawać noworodkom 1 część mleka: 2 cz. wody i cokolwiek cukru mlekowego, postępując szybko do mięszaniny 1:1, a w piątym miesiącu na $^2/_3$ mleka.

Piśmiennictwo. 1. Alt: Durchfall bei Kindern nach Genuss der Milch von Kühen, die mit befallenen Klee gefüttert worden waren (Deutsche mediz. Wochenschrift 1895 Nr. 5). — 2. Auerbach: Ernährung der Säuglinge mit Kuhmilch. (Therap. Monatshefte 1895. Nr 1). — 3. Tenże: Ueber Production von Kindermilch und Milchsterilisirung. (Deutsche medizin Wochenschrift. 1893. Nr. 10). — 4. Backhaus: Forschungen über Herstellung von Kindermilch. (Berliner klinische Wochenschrift 1895. Nr. 27). — 5. Bagnisky: O mleku Gärtnera (Tytuł nieznany). — 6. Tenże: Sommerdiarrhöe, Kuhmilchnahrung und Milchsterilisirung. (Berlin. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 43 i 44). — 7. Baldini: Neue Methode, die Kinder ohne Brust gross zu ziehen. (Z włoskiego. Wiedeń). — 8. Baron: Die künstlichen Kindernah-

rungsmittel (Münchener medizin. Wochenschr. 1895 Nr. 29 i 30). — 9. Tenże: Beitrag zur Frage der künstlichen Ernährung der Kinder. (Deutsche med. Woch. 1894 Nr. 26). — 10. Barton: The value of sterilised Milk. (The British medical Jounal 2 jan. 1897). — 11. Basch i Weleminsky: Ueber die Ausscheidung von Krankheitserregern durch die Milch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde T. XLVII 1898). — 12. Bauer i Deutsch: Das Verhalten der Magensäure, Motilität und Resorption bei Säuglingen und Kindern unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1898. T. XLVIII). 13. Bendix: Beiträge zum Stoffwechsel des Säuglings. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1896. T. XLIII). — 14. Tenże: Kuhmilchnahrung und Milchsterilisirung. (Berliner klin. Wochenschr 1895. Nr. 15) — 15. Behrend i Lange: Stoffwechselversuche an dyspeptischen Säuglingen. (Jahrbuch für Kinderheitkunde, 1897. T. XLIV). — 16. Bergeron, Bertillon i Marjolin: Hygiène des nouveau-nés. (Bericht f. den internat. Kongress). — 17. Bendix: Weitere Beiträge zum Stoffwechsel des Säuglins. (Jahrbuch f. Kinderheikunde 1898 T. XLVI) — 18. Tenże: Ueber die Verdaulichkeit der sterilisirten und nichtsterilisirten Milch. (Jahrbuch für Kinderheikunde, 1894. T. XXXVIII). — 19. Biedert: Ueber das natürliche Rahmgemenge (älteste Fettmilch) und neue Untersuchungen zur Herstellung im Grossen sowie über einige verwandte Präparate. (Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 19). — 20. Tenże: Ueber Kuhmilch, Milchsterilisirung und Kinderernährung. (Berliner klinische Wochenschrift 1894. Nr. 44). — 21. Tenże: Die Kinderernährung im Sänglingsalter. Stuttgart 1893. — 22. Tenże: Ueber einige Probleme der Milchwirtschaft und Milchverwendung. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Lubece 1895). — 23. Bollinger: Die Tuberculose unter den Hausthieren. Berlin 1899 — 24 Bieringer: Ueber Ernährung von Säuglingen mit der neuen Backhausmilch (Trypsinmilch). (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1899. T. XLIX) — 25. Blasius i Beckurts: Sterilisirte Kuhmilch als Nahrungsmittel für Säuglinge und Reconvalescenten nach Untersuchungen der sterilisirten Milch der Braunschweiger Molkerei (Odbitka). — 26. Bluze: Lait sterilisé employé dans l'alimentation infantile. (Progrès médical 1893. Nr. 16). — 27. Boissard: De l'alimentation des nouveaunés par le lait maternel. Préparation, usage et proprietés. (La France médicale et Paris médical. 42 année. Nr. 33). — 28. Boas: (Tytuł nieznany) (Zeitschrift für klinische Medizin 1890). — 29. Böckh: Arbeiten des XI internat. (Congresses für Hygiene und Demographie in Wien H. I—XXXVIII). — 30. Brandenburg: Ueber die Ernährung mit Kaseinpräparaten. (Deutsahes Archiv für klinische Medizin 1896. T. XVIII. 1 i 28 grudnia). — 31. Brudziński: Ueber den Emulsionszustand des Fettes in der Gärtnerschen Fettmilch. (Therapeutische Monatshefte 1899. Nr. 9). — 32 Budin: Sur l'allaitement. (Progrès medical. 1893. Nr. 19). — 33. Cahen-Brach: Ueber die Gärtner'sche Fettmilch. (Die Praxis. 1896. Nr. 20). — 34. Camerer: Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch mit Bemerkungen über die künstliche Ernährung des Säuglings (Zjazd w Frankfurcie 1896). — 35. Cantley: A special milk for infants. (Cream milk). (The Lancet 1896. 11 stycznia). — 36. Carstens: Ueber Fehlerquellen bei der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1893. T. XXXVI) — 37. Tenże: Weitere Erfahrungen über die Ausnützung des Mehls im Darme junger Säuglinge. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Lubece 1895). — 38. Tenże: Ueber die Vortheile und Nachtheile der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Düsseldorfie 1898). — 39. Casper: Wedlug Pfeiffera w Gerhardta Handbuch f Kinderkrankheiten o. Kindersterblichkeit. — 40. Clay: Ibidem. — 41. Chavano: Ueber sterilisirte Milch behufs Ernährung des Neugeborenen. (Gazette médicale de Paris. 1893). — 42. Cohn: (Tytuł nieznany) (Zeitschrift für physiologische Chemie. T. XIV). — 43. Czerny: Die Beurtheilung der Erfolge künstlicher Ernährung an magendarmkranken Kindern des ersten Lebensjahres. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1896. T. XLI). — 44. Czerny: Ueber den gegenwärtigen Stand der Ernährungstherapie magendarmkranker Säuglinge. Allgemeine medizin. Central- Zeitung 1898. Nr. 26 i 27. — 45. Dogiel: Einiges über die Eiweisskörper der Frauen- und Kuhmilch. — 46. Dornblüth: Krankheitsübertragung durch Milch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1893. T. XXXVI). — 47. Drews: Ueber Kufekes Kindermehl. (Centralblatt für innere Medizin. 1897. Nr. 9). — 48. Dufour: Sur une mode pratique d'humanisation du lait de vache. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1896. pag 431). — 49. Erőss: Oeffentlicher Kinderschutz Neumanna 1895. (Handbuch der Hygiene pag. 436). — 50. Escherich: Różnica między karmieniem sztucznem a naturalnem ze stanowiska fizyologicznego i patologicznego. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Moskwie 1898). — 51. Tenże: Die Gärtner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung (Wiener medizin. Wochenschrift 1894). — 52. Feer: Beobachtungen über die Nahrungsmengen von Brustkindern. (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1896. T. XLII). — 53. Flügge: Ziele und Aufgaben der Milchsterilisation gegenüber den Darmkrankheiten der Säuglinge. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskranheiten. 1894, XVIII). — 54. Fournier: Wie ernährt man ein von einem syphilitischen oder syphilisverdächtigen Vater stammendes Kind (Therapeutische Wochenschrift 1897. Nr. 8 i 10). — 55. Freemann: Sterilisation of milk at 75°C. and its efficiency in destroying pathogenic organismus. (Medical Record. 1893. Juny). — 56. Fürst: Die künstliche Ernährung des Kindes imersten Lebensjahre. Fragen einer Mutter und Antworten eines Arztes Berlin. 1895. — 57. Galatti: Versuche über ein neues Kindermehl. (Archiv. f. Kinderheilkunde 1893. T. XV). — 58. Gärtner: Ueber die Herstellung der Fettmilch. (Wiener medizine. Wochenschrift. 1894). — 59. Tenże: Ueber die im Ambulatorium Frühwalds mit der Fettmilch erzielten Ernährungserfolge. (Wiener medizin. Wochenschrift: 1895. Nr. 51 i 52). — 60. Gernsheim: Ueber den Fettgehalt und Grad der Sterilisation der Kindermilch bei einigen ammeisten gebräuchlichen Verfahren der Zubereitung und Verabreichung unzersetzter Kindernahrung. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1897, T. XLV). — 61. Gregor. Zur Therapie der chronischen Ernährungsstörungen im Säuglingsalter (Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1898. T. XLVIII). — 62. Grósz: Untersuchungen bezüglich des Eiweiss-Stoffwechsels des Neugeborenen und des Säuglings. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1897, T. XLIV). — 63. Guttelson Mlle Sophie: De la valeur nutritive de la farine de Neré ou Neté et son application à l'alimentation du premier âge, Paris, 1895. — 64. Hamburg: Ueber die Zusammensetzung der Rieth'schen Albumosenmilch und deren Anwendung bei Kindern und Erwachsenen. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. Nr. 35). — 65. Hammarsten: Einiges über die Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilch. (Jahresberiegt für Thierchemie 1895). — 66 Hauser: Eine neue Methode der Säuglingsernährung. (Berliner klin. Wochenschrift 1893. Nr. 33). — 67. Heim: Ueber Verwendung von Aleuronat zur Säuglingsernährung. (Jahrb. für Kinderheilk. 1899. T. XLIX). — 68. Hempel: (Tytuł nieznany). (Münchener medizin. Wochenschrift 1894). — 69. Tenże: Zur Frage der Säuglingsernährung. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1894. Nr. 44). — 70. Hesse: Ueber Pfunds Säuglingsnahrung. (Berliner klin. Wochenschrift 1896. Nr. 30). — 71. Heubner: Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler. Berlin 1897. — 72. Tenże: Ueber Ausnützung des Mehles im Darm junger Säuglinge. (Berliner klin. Wochen. 1895. Nr. 10). — 73. Tenże: Säuglingsdarm und Mehlverdauung. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1898. T. XLVII). — 74. Tenże: Kuhmilch als Nahrungsmittel f. Säuglinge. (Berliner klin. Wochenschrift, 1894. Nr. 37). — 75. Hochsinger: Practische Winke und Neuerungen zum Soxhletschen Milchkochverfahren. (Wiener medizin. Presse 1896. Nr. 15—18). — 76. Hornef: Ueber weitere Verbesserung des Muttermilchzusatzes. (Internationale klin. Rundschau 1893. Nr. 34). — 77. Höck: Ueber Anwendung von Lahmanns vegetabiler Milch. (Wiener medizin. Wochen. 1896. Nr. 11). — 78. de Jager: Die Verdauung u. Assimilation des gesunden u. kranken Säuglings. (Centralblatt f. die medizinischen Wissenschaften 1896. Nr. 9). — 79. Kahnt: Beitrag zur Milchzuckerfrage. (Berliner klin. Wochenschrift 1893. Nr. 34). — 80. Keilmann: Beitrag zu den Erfahrungen über künstliche Ernährungen gesunder Säuglinge. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1896. T. XLI). — 81. Keller: Bemerkungen zu der Arbeit von de Jager. Zob. Nr. 77. — 82. Tenże: Ueber die künstliche Ernährung kranker Säuglinge und ihre Erfolge in der Klinik. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Düsseldorfie 1898). — 83. Klautsch: Einige Mittheilungen über Verwendbarkeit von Oppels Nährzwieback als Nebenkost f. Säuglinge u. an Rhachitis leidende Kinder. (Jahrb. f. Kinderheik. 1896. T. XLIII) — 84. Klemm: Ueber Grundprinzipien der Säuglingsernährung. (Jahrb f. Kinderheilkunde 1898. T. XLVII). — 85. Tenże: Ueber Eselmilch u. Säuglingsernährung. (Jahrb. f. Kinderheilkunde 1896, T. XLIII). — 86 Knöpfelmacher: Kuhmilchverdauung u. Säuglingsernährung. (Wiener med Woch 1898. Nr. 4). — 87. Koplik: O sterylizowaniu mleka. (The New-York Nedical Journal 1893. February). — 88. Köppen: Milchgift- u. Vergiftung. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1898. T. XLVII). — 89. Koeppe: Vergleichende Untersuchungen über den Salzgehalt der Frauen- u. Kuhmilch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1898. T. XLVII). — 90. Kramsztyk: Sterilisation oder Pasteurisation (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1894. T. XXXVII). — 91. Kraus: O Löfflunda mleku peptonizowanem. — 92. Tenże: Ueber Verwendbarkeit von Kufekes Kindermehl i t. d (Wiener allg. Zeitung 1898. Nr. 10). — 93. Landau: Zur Ernährungsfrage. (Wiener medizin. Presse 1896. Nr. 21 i 22). — 94. Lange: Ueber den Stoffwechsel des Säuglings bei Ernährung mit Kuhmilch. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1895. T. XXXIX). — 95. Laurent: Ueber Ursachen des Misslingens der künstlichen Ernährung des Neugeborenen u. über die Mittel dasselbe zu verbindern. (La Médecine infantile, 1898. Nr. 3 i 5). — 96. Lehmann: (Tytuł nieznany). (Archiv. f. die gesammte Physiologie). — 97. Lunier et Foville: L'hospice des Enfants Assistés de Paris. (Annales d'hygiene publ et de medicine legale 1891). — 98. Marfan: (Tytuł nieznany). — 99. Meyer: Ueber künstliche Milch. (Berliner klin. Wochenschrift, 1898, maj). — 100. Michele: Experimentelle Untersuchungen über die toxische Wirkung der Milch tuberculöser Thiere. (La Pediatria. 1894, pag. 228). — 101. Monti: Die künstliche Ernährung der Säuglinge. (Wiener Klinik 1897). — 102. Moro: Untersuchungen über diastatisches Enzym in den Stühlen von Säuglingen und in der Muttermilch. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1898. T. XLVII). 103. Moser: Die Gärtnersche Fettmilch. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1896. T. XLII). — 104. Munk: Zur quantitatiwen Bestimmung der Eiweiss- u. Extractionstoffe in der Kuh- u. Frauenmilch. (Virchows Arch. T. 143). — 105. Neumann: Versorgung der unbemittelten Bevölkerung Berlins mit Kindermilch. (Berl. klin. Wochen. 1894 Nr. 20). — 106 Nicolle: La Nourricerie de l'Hospice des Enfants Assistés, 1891. — 107 Passini: Beitrag zu Ernährung frühgeborener Kinder. (Jahrbuch. f Kinderheilkunde. 1899. T XLIX). — 108. Pfaundler: Ueber Magencapacität im Kindesalter. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Moskwie, 1898). — 109. Pfeifer: Ueber die Eiweisskörper u. ihren Stickstoffgehalt. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1896. T. XLIII). — 110. Popper: Ueber Ernägrungsversuche mit Gärtner'scher Fettmilch. (Archiv. für Kinderheilkunde, 1896. T. XIX). — 111. Rabinowitsch Lydia i Kempner: O zaraźliwości mleka krów gruźliczych i o korzyściach szczepienia tuberkuliny. (Deutsche medizin Wochenschrift, 1899. Nr. 21).

112. Raczyński: Doświadczenia kliniczne z t. zw. tłustem mlekiem Gaertnera (Przeg. lek. 1897. Nr. 26. 27. — 113. Robertson: The constitution and use of infantsfoods, (Edinburgh medic. Journal, 1896. November). — 114. Seeliger: Noch nicht veröffentlichte Eselmilch-analysen aus dem J. 1896. (Jahrbucb f. Kinderheilkunde. 1897. T. XLIII). — 115. Schlesinger J: Ueber künstliche Säuglingsernährung. (Therapeutische Monatshefte 1896. Nr. 12). — 116. Schlesinger E.: Ueber künstliche Säuglingsernährung. (Therapeutische Monatshefte 1897. Nr. 3). — 117. Schlossmann: Różnica między karmieniem naturalnem a sztucznem ze stanowiska fizyologicznego i patologicznego. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Moskwie) 118. Tenże: Ueber die mutmasslichen Schicksale des Mehles im Darme junger Säuglinge. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1898 T. XLVII). 119. Schmid-Monnard: Uebe die Nahrungsmengen normaler Flaschenkinder. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1899. T. XLIX) — 120. Tenże: Einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Ernährung von Flaschenkindern. (Therapeutische Monatshefte, 1899, Nr. 2). — 121. Schnürer: Zur Kenntniss der Milchgerinnung im menschlichen Magen. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1899. T. L.). — 122. Schramm: Versuche mit Somatose. (Archiv f. Kinderheilkunde, 1896. Str. 113). — 123. Schreiber i Waldvogel: Ueber eine neue Albumosenmilch. (Deutsche med. Wochen. 1898. Nr. 32). — 124. Schütz: Ueber das Verhalten der Gaertner'schen Fettmilch bei der Magenverdauung. (Wiener klinische Wochenschrift, 1896). — 125. Schwartz: Die Vorzüge ungekochter Ziegenmilch als Nahrungsmittel für Kinder. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1896. Nr. 40). — 126. Siebert (Tytuł nieznany). — 127. Söldner: Die Salze der Kuhmilch. (Inaugural-Dissertation). — 128. Sonnenberger: Ueber Intoxicationen durch Milch (Sprawozdanie ze Zjazdu w Frankfurcie 1896). — 129. Soxhlet: (Tytuł nieznany). — 130. Tenże: Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- u. Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung. (Münchener medizinische Wochenschrift. Nr. 4. 1893). — 131. Starck: Barlowsche Kranheit und sterilisirte Milch. (Münchener med. Wochenschrift 1895. Nr. 42) — 132 Tenże: Ueber Vortheile n. Nachtheile der Ernährung der Säuglinge mit sterilisirter Milch. (Sprawozdanie ze Zjazdu w Düsseldorfie, 1898). — 133. Steffen (sen): (Tytuł nieznany). — 134. Steffen (jun): Zur Frage der Ernährung im Säuglinsglter. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1895. Nr. 40). — 135. Stoos: Ueber Gärtner'sche Fettmilch. — 136. Stutzer: Lahmann's vegetabile Milch. — 137. Tenże: Die Milch als Kindernahrung u. Vorschläge zu einer neuen, den Forderungen der Hygiene und der Volkswirthschaft besser entsprechenden Verkaufsweise der Milch. Bonn. 1895. — 138 Thiemich: Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Kindermilch nach Backhaus (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1897, T. XLIV). — 139. Thiemich i Papiewski: Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Gaertner'scher Fettmilch. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1896 T. XLI). — 140. Troitzky: Bacteriologische Untersuchungen über die sterilisirte Kuhmilch. (Archiv. f. Kinderheilkunde 1896. T. XIX). — 141. Umikoff: Zur differentiellen chemischen Reaction der Frauen u. Kuhmilch itd. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1896. T. XLI). — 142 Vigier: (Tytuł nieznany). — 143. Voltner: (Tytuł nieznany). — 144. Wachsmuth: Ueber die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch im Säuglingsalter. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1896. 1896. T. XLI). — 145. Winter: Ueber Milchsterilisation. (Jahrbuch f. Kinheilkunde 1900. T. LI). — 146. Wolff: Untersuchungen über die Kindersterblichkeit. Erfurt. — 147. Wolf: Ueber die Anwendung der Somatose bei Verdauungsstörungen älterer Kinder. (Allg. Wiener medizin. Zeitung, 1896). — 148. Wróblewski: Beiträge zur Kenntniss des Frauencaseins u. seine Unterschiede vom Kuhcasein. (Mittheilungen aus den Kliniken u. med. Instituten der Schweiz, 1896. H. 6. II. Reihe).

V. Oceny i sprawozdania.

Maryan Stępowski: **Sztuczne wody mineralne i napoje gazowe.** (Warszawa. Nakładem „Wiadomości farmaceutycznych". 1901).

Piśmiennictwo polskie nie może się poszczycić wielką ilością dziel z zakresu technologii chemicznej. Nie winą to piśmiennictwa, ile raczej niedostatecznego rozwoju przemysłu chemicznego, braku fabryk, a z tem i braku czytelników; dopiero w ostatnich latach pod wpływem żywszego rozwoju przemysłu daje się zauważyć zwrot korzystny. Tem życzliwiej należy powitać dziełko p. Stępowskiego. W napojach gazowych mamy bardzo dzielnego sprzymierzeńca w walce z alkoholizmem, a w sztucznych wodach mineralnych jeden z ważnych środków terapeutycznych; to też i nas lekarzy ten dział przemysłu chemicznego powinien żywo interesować.

Dziełko powyższe tworzy całkowite *vademecum* dla fabrykanta, jako tako obeznanego z zasadami chemii. Część pierwsza zaznajamia nas w sposób naukowy, nawet z uwzględnieniem najnowszych wyników badań i zapatrywań, z badaniem chemicznem i mikroskopowem wody, ze sposobami jej oczyszczania, przesączania, przekraplania, o ile one do przygotowania napojów gazowych są potrzebne; w dalszym zaś ciągu następuje opis, objaśniony rycinami, najrozmaitszych przyrządów i sposobów nasycania płynów bezwodnikiem węglowym, tak jasny i dokładny, że i mniej obeznany może odnieść prawdziwą korzyść. Autor daje słusznie pierwszeństwo zastosowaniu płynnego bezwodnika węglowego, który możemy dostać w handlu w dowolnej ilości za stosunkowo mierną cenę. Maszyny do tego celu służące zabierają znacznie mniej miejsca i siły roboczej, a co najważniejsza, wody w ten sposób przygotowane dają większą rękojmię czystości, a różnica kosztów produkcyi, jeżeli wogóle istnieje, jest minimalną. W drugiej części znajdujemy przepisy fabrykacyi wód mineralnych; tu zwraca uwagę różnica między przepisami autora, a zdaniem Komisyi przemysłowej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Gdy przepisy Komisyi przemysłowej ograniczają się w naśladownictwach wód mineralnych tylko do głównych składników, nadających charakter danej wodzie, to autor przeciwnie, podaje recepty, wedle których przygotowana woda w najdrobniejszych szczegółach zgadza się z wodą rodzimą, z wyjątkiem może minimalnych ilości niektórych pierwiastków, jak cezu i rubidu, oznaczanych w większości analiz jako „ślady" i większej ilości bezwodnika węglowego. Recepty autora, lubo może więcej sprawiają zachodu, wydają się racyonalniejszemi. Część trzecia, rzec można kucharska, podaje przepisy otrzymania limoniad, soków owocowych, syrupów, win musujących, t. zw. kwasów rosyjskich, z którymi przedsiębiorczy fabrykant znać się musi, aby przygotować produkty miłe łechcące oko i podniebienie publiczności.

W końcu dzieła są umieszczone przepisy urzędowe (rosyjskie), tyczące się fabrykacyi wód gazowych, oraz tablica, objaśniająca, jak należy się zachować w przypadkach nagłych, nieszczęśliwych, które robotnikom w fabrykach napojów gazowych mogą się przytrafić.

W ciągu tekstu możnaby autorowi zarzucić i tu i ówdzie drobne usterki: tak n. p. na stronie 54, opisując własności skroplonego bezwodnika węglowego, nie wspomniał nic o temperaturze krytycznej, chociaż w tablicy podaje prężność bezwodnika węglowego w 45°, zatem 14 stopni powyżej temperatury krytycznej. Co do języka, razi zbyt częste używanie wyrazu „solucya", choć mamy tak dobre wyrażenia czysto polskie, jak roztwór lub roczyn. Szkoda także, że autor nie trzyma się terminologii chemicznej, uchwalonej przez ankietę z ramienia Akad. Umiej. w Krakowie; prawdopodobnie książka została wydaną jeszcze przed ogłoszeniem wyników ankiety. Są to usterki drobne, które w przyszłem wydaniu z łatwością mogą być usunięte i bynajmniej nie wpływają na wartość dzieła, które każdemu fabrykantowi wód gazowych możemy gorąco polecić. *S.*

VI. Wyciągi.

Lewy (Berlin). **Przypadek raka żołądka o niezwykłym przebiegu.** (*Berl. klin. Wochens.* Nr. 16, 1901). U silnie zbudowanego mężczyzny istniało od kilku lat cierpienie żołądkowe, znamionujące się podmiotowo gwałtownymi, często występującymi bólami, podmiotowo zaś można było wykazać rozdęcie żołądka miernego stopnia, od czasu do czasu brak wolnego kwasu solnego, w ostatnim znów okresie choroby obfite pojawienie się tego kwasu: — krwawych wymiotów nigdy nie było, a ogólny stan odżywienia był wcale dobry pomimo dłuższego trwania choroby. U tego chorego powstał w stosunkowo krótkim czasie wśród dotkliwych bólów rozległy obrzęk lewego mięśnia piersiowego wielkiego, który objął następnie inne mięśnie lewego barku; — zmiany te powoli ustąpiły pod wpływem arsenu. W okresie ustępowania obrzęku pojawiają się w różnych okolicach ciała niebolesne guzki rozmaitej wielkości, wreszcie i bolesność brzucha, w którym również podobne guzki wykazać można, — zmiany te ustąpiły także pod działaniem arsenu.

Wysięk opłucnowy, zapalenie nerek, wysoka gorączka przyczyniły się do śmiertelnego zejścia chorego.

Za życia chorego rozpoznanie było w zawieszeniu; początkowo istniejące podobieństwo z *polymyositis* ustąpiło z biegiem czasu bez śladu, natomiast okazywała choroba pewne cechy, znamionujące opisane przez autorów przypadki *lymphosarcomatosis*. Chwilowo można było przyjąć przerzuty nowotworu, usadowionego w żołądku, — atoli brak za życia wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej przemawiał przeciw rakowi żołądka. Badanie pośmiertne wykazało raka na gruncie dawnego wrzodu żołądkowego, wielokrotne przerzuty, zapalenie nerek i ich miedniczek, wreszcie zrosty opłucnowe. Przebieg tego przypadku jest w każdym razie niezwykły. Zaznaczyć trzeba, że w żołądku u tak obłożnie chorego można jeszcze było na cztery miesiące przed śmiercią stwierdzić kwas solny — objaw, który, jak wiadomo, przemawia przeciw rakowi żołądkowemu; ale zrozumieć to łatwo, jeśli się zważy, że drobnowid wykazał prawidłowe niespełna gruczoły błony śluzowej żołądka. Drugim, również uwagi godnym objawem jest zdumiewający brak przerzutów w śledzionie, wątrobie i t. d., a więc w narządach, gdzie je zwykle napotkać można, przeciwnie zaś, znaleziono je w skórze i mięśniach poprzecznie prążkowanych; — w końcu napomknąć jeszcze trzeba, że zniknięcie guzów skórnych pod wpływem arsenu było tylko pozorne, w rzeczywistości stwierdzono przemianę wsteczną.

Dr. Henryk Pisek.

Elsner. **O pluskaniu i zwiotczeniu.** *(Berl. klin. Wochs.* Nr. 16, 1901). Doświadczenie uczy, że z chwilą wysłuchania plusku w okolicy żołądka, rozpoznaje lekarz zwiotczenie tego narządu, bez uwzględnienia jakichkolwiek innych czynników. Chcąc jednak dokładnie ten objaw ocenić, należy mieć na uwadze dwie okoliczności: *a)* rozmiary i umiejscowienie pluskania, *b)* okresowe jego występowanie: — pierwsze nie wchodzi w rachubę, albowiem łatwo z niej można oznaczyć wielkość żołądka, bez nadymania go lub zgłębnikowania; inaczej jednak rzecz się ma z drugiem. Według twierdzenia Stillera pojawia się pluskanie w zwiotczałym żołądku, zawierającym nieznaczne tylko ilości płynu, podczas gdy w żołądku zdrowym, nawet na szczycie trawienia nigdy (albo bardzo rzadko) tego objawu wykryć nie można; — zdaniem zaś wszystkich innych badaczy, pluskanie przy pełnym żołądku nie jest objawem chorobowym, można je bowiem stwierdzić nawet u osobników zdrowych po obfitem spożyciu pokarmów. Autor przytacza szereg przypadków chorobowych, z których się pokazuje, że można stwierdzić pluskanie w żołądku o prawidłowej czynności ruchowej, po wlaniu do niego małej względnie ilości płynu, — że to wprost przemawia przeciw związkowi, zachodzącemu między pluskaniem, a zwiotczeniem żołądka; natomiast w tych przypadkach zachodziło większe lub mniejsze opadnięcie żołądka, z czego wynika, że nie zwiotczenie, lecz prawidłowe lub nieprawidłowe położenie żołądka wpływa na powstanie pluskania. Rozpoznawcza więc wartość tego objawu dałaby się w następujący sposób określić: pluskanie w żołądku jest samo przez się objawem obojętnym; za zwiotczeniem przemawia (przy prawidłowem położeniu żołądka) tylko w tych przypadkach, w których pojawia się jeszcze w kilka (7) godzin po próbnem jedzeniu, lub przy czczym żołądku.

Dr. Henryk Pisek.

Knapp: **Kazuistyczny przyczynek do sprawy wydostania główki, pozostałej w macicy.** *(Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 17). Autor przytacza statystykę kliniki niemieckiej w Pradze z dziesięciolecia 1891—1901, w którym to czasie było 16 przypadków pozostania główki w jamie macicy, a które przeważnie wydobyto przez wymóżdżenie. Zdaniem K. wskazania do specyalnego postępowania określić się nie dadzą; będzie to zależeć od poszczególnego przypadku, zawsze jednak należy wyzyskać wszystkie środki pomocnicze. Wobec znacznego zmęczenia operatora i jeżeli jeszcze znajdą się pewne przeszkody, jak znaczne ścieśnienie miednicy, niepodatność części miękich, zanadto wielka główka, lub przypadkowe uwięznięcie w miednicy małej guzów jamy brzusznej, urodzenie główki drogą pochwy może stać się niemożliwe, i wydobycie jej pozostaje tylko przez cięcie cesarskie.

P.

Cramer: **O ręcznem przedziurawieniu i wydobyciu czaszki płodu przy następującej główce i przy oddzieleniu główki od tułowia.** *(Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 17). Przy płodach zmacerowanych główka następująca może się łatwo oderwać, dlatego przy każdem trudnem uwolnieniu radzi C. robić przebicie czaszki, bądź narzędziem, bądź też palcem, co wobec główki miękkiej jest możliwe. Przy uwolnieniu główki dzieci żywych lub podczas porodu obumarłych sposobem Veita, zwłaszcza jeżeli się ją jeszcze spycha przez powłoki, urwanie wobec znacznej wytrzymałości prawie nigdy się nie wydarza (Strauss 10 cetnarów), powstaje tylko ukręcenie. Aby uniknąć tego, jak i przy pozostałych już główkach w jamie macicy, radzi autor wbić palce do oczodołów, wypchnąć z nich oczy, wcisnąć się palcami aż do jamy mózgowej, przez co wygniecie się nieco mózgu i zmniejszy pojemności czaszki, a nadto palcami, haczykowato zahaczonymi w czaszkę, ułatwi się jej urodzenie.

P.

Brunner: **Fersan, nowy środek żelazisty.** *(Wien. klin. Rundschau,* Nr. 7, 1901). Autor wypróbował przetwór ten na 68 chorych i doszedł do następujących wniosków: fersan jest znakomitym środkiem odżywczym, który nawet przy dłuższem podawaniu nie wywołuje żadnych objawów ubocznych w narządzie trawienia. Przy dłuższem podawaniu fersanu wzmaga się ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny, a chorym przybywa na ciężarze ciała. Przetwór ten nie zawiera żadnych drobnoustrojów, ani też połączeń ksantynowych lub aloksurowych, stosowanym przeto być może nawet u cierpiących na żołądek lub na dnę.

Gr.

Meitner: **Fersan, środek odżywczy, zawierający żelazo i fosfor.** *(Ärztliche Central-Zeitung,* XIII, Nr. 3, 4, 1901). Autor stósował fersan w przypadkach braku łaknienia i przekonał się, że przetwór ten, zawierający białko i żelazo, łatwo ulegające wchłanianiu, zupełnie odpowiada celowi. Stosował też go w przypadkach niedokrewności, połączonych z bólami podczas miesiączkowania, także u starców, u dzieci krzywiczych, w gruźlicy i t. d. z korzystnym skutkiem. Poleca go zatem wszędzie tam, gdzie chodzi o poprawienie ogólnego stanu odżywienia.

Gr.

Slawyk: **Bakteryologiczne badanie krwi u dzieci chorych na choroby zakaźne** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* 313, 514. 1901). Autor zbadał krew 282 dzieci, zmarłych na choroby zakaźne, i wykazał, że 1) w rozmaitych chorobach zakaźnych u dzieci znajdują się często bakterye we krwi, szczególnie paciorkowce; 2) bramą, przez którą dostają się bakterye, jest jama ustna, płuco i przewód pokarmowy; 3) dostanie się bakteryj do krwi nie zawsze zdradza się obrazem klinicznym; tworzenie się licznych ognisk ropnych przemawia za zakażeniem posokowatem; 4) paciorkowce nie są w przyczynowym związku z płonicą.

Dr. Komorowski.

Fr. Borchert. **Przyczynki do chirurgii płuc.** (*Archiv Langenbecka* T. 63, Z. II). Po dość szczegółowem nakreśleniu techniki operacyjnej i wskazań do operacyjnego leczenia chorób płuc, rzeczy dziś powszechnie znanych, przytacza autor kazuistykę tego przedmiotu z oddziału Körtego, a ta uprawnia go do wysnucia wniosków, mniej-więcej zgodnych z ogólnie dziś przyjętymi, a mianowicie, 1) że ogniska rozpadowe w płucach (ropień, zgorzel) z wyjątkiem jam gruźliczych nadają się do chirurgicznego leczenia, które jednakowoż autor uważa za *ultimum refugium* po wyczerpaniu leczenia wewnętrznego, 2) że jamy, powstałe skutkiem rozstrzeni oskrzelowych, po zabiegu operacyjnym goją się tylko w wyjątkowych razach i 3) że przy wszystkich tych operacyach zrosty opłucnowe są rzeczą nader ważną, a gdzie ich niema, należy przed otwarciem ogniska ropnego w płucach przyszyć opłucnę trzewną do rany zewnętrznej, lub gdzie się to nie udaje, operować dwuczasowo, starając się przez tamponowanie wywołać zrosty.

Herman.

Prof. H. Braun (Getynga). **O guzach zapalnych sieci.** *(Archiv Langenbecka* T. 63, Z. II). Czasami po operacyi w jamie brzusznej, zwłaszcza po operacyi przepuklin, zawierających sieć, gdzie tę ostatnią trzeba było podwiązywać, oddzielać lub wycinać, powstaje w jamie brzusznej guz, powodujący dolegliwe bóle, stale się utrzymujące w jednem miejscu jamy brzusznej, czemu niekiedy towarzyszy podniesienie się ciepłoty. Guz może być usadowiony gdziekolwiek w jamie brzusznej, zwykle wielkości pięści, tkliwy, twardy, o gładkiej powierzchni, mało ruchomy, lub zupełnie nieruchomy (zależnie od jakości zrostów). Rozpoczyna się wytwarzać w kilka, a nawet kilkanaście tygodni po operacyi. Leczenie wyczekujące (dyeta, spokój, okłady wysychające, potem wcieranie w powłoki brzuszne szarej maści, lub maści jodowej) najczęściej bez innych zabiegów prowadzi do wyleczenia.

Herman.

W. A. v. Oppel. **Przyczynek do nauki o ciałach obcych w sercu.** *(Archiv Langenbecka* T. 63 Z. I). Wnioski swe opiera O. na szeregu doświadczeń, wykonanych na królikach, a wnioski te są następujące: W wyjątkowych przypadkach ciała obce — szczególnie zaś igła, której autor wyłącznie użył do swych doświadczeń, mogą się wgoić w mięsień sercowy u zwierząt (i u ludzi); zwyczajnie jednak liczne niebezpieczeństwa, z wielu stron grożące, nakazują, aby przystąpić jak najrychlej do wyjęcia igły z serca, gdyż pozostawienie jej, choćby przez parę dni, w sercu, powoduje bujanie około niej tkanki bliznowatej, która wytwarza kanał cewkowy, przez który po wyjęciu zeń ciała obcego nastąpić może śmiertelny krwotok. Jeżeli zaś igłę wyjmujemy w pierwszych kilkunastu godzinach, unikamy tego niebezpieczeństwa, kanał bowiem o ścianach podatnych natychmiast po wyjęciu igły zaciska się szczelnie i chroni przed krwotokiem.

Herman.

VII. Korespondencye.

Praga, 3 czerwca.

Słowiański Komitet lekarski wybrany został w Paryżu na zgromadzeniu d. 9 sierpnia 1900 r. W skład jego powołani zostali: prof. Ott (Petersburg), jako przewodniczący; prof. Wicherkiewicz (Kraków) i prof. Hlava (Praga), jako zastępcy; prof. Subbotić (Belgrad), jako skarbnik; prof. Pešina (Praga), jako sekretarz generalny; prof. Botkin (Petersburg), dr Kwaśnicki (Kraków). dr. Cačkovič (Zagrzeb), dr. Russew (Sofia), dr. Kobryński (Lwów), dr. Šlaimer (Lublana), dr. Danič (Belgrad), dr. Sieminowicz (Chicago) — jako sekretarze komitetów narodowych.

Komitet odbył podczas ubiegłego Zjazdu czeskiego dwa posiedzenia: na pierwszem rozstrzasano wnioski sprawozdawców. na drugiem, ogólnem, poddano te wnioski pod uchwały. Pierwsze odbyło się d. 26 maja: jeden rzut oka po sali przekonał, że wielu najważniejszych członków nie stawiło się: nie przybył przedewszystkiem przewodniczący prof. Ott i nie przysłał projektu statutu, który podjął się ułożyć, a tem samem przynajmniej o rok opóźnił ostateczne ustawowe zorganizowanie się Komitetu; okoliczność ta dała powód do cierpkich uwag o przyjmowaniu mandatów, a usuwaniu się później od następstw przyjętego wyboru. Nie przybył również zastępca przewodniczącego, prof. Wicherkiewicz, ani skarbnik prof. Subbotič, ani referent tak ważnej sprawy, jak założenie wydawnictwa „Revue médicale slave“, dr. Gudrum i t. d. Niektóre narody słowiańskie nie miały zupełnie przedstawicieli na tych posiedzeniach Komitetu. a jeśli znalazł się członek Zjazdu z tego narodu na sali, to nie posiadając pełnomocnictwa, nie brał udziału w rozprawach i uchwałach.

W korespondencyi dzisiejszej nie zdajemy szczegółowo sprawy z przebiegu obu posiedzeń słowiańskiego Komitetu lekarskiego, gdyż w myśl uchwały sprawozdanie to mają ogłosić słowiańskie czasopisma lekarskie; ograniczymy się zatem do uwag ogólnej treści.

Trzy główne sprawy zajmowały lekarzy słowiańskich na obu posiedzeniach, mianowicie: I słowiańskie Zjazdy lekarskie (sprawozdawca doc. Dr. Veselý), II związek słowiańskiej prasy lekarskiej, III zbliżenie słowiańskiej terminologii lekarskiej (sprawozdawca Dr. Semerad).

I. Według uchwały, powziętej r. z. na wiecu lekarzy słowiańskich w Paryżu, a przyjętej przez wszystkich delegatów, Komitety, organizujące lekarskie Zjazdy narodowe, zobowiązały się wstawić w swoim statucie Zjazdów paragraf, zapewniający wszystkim lekarzom słowiańskim nie tylko prawo należenia do Zjazdu. lecz i prawo przemawiania we własnym języku ojczystym. Paragraf taki wstawili do swego statutu Czesi, dawniej zaś posiadali już go Polacy. Gdy więc stwierdzono, że jeden naród słowiański, który miał delegata w Paryżu, a za kilka miesięcy odbywa u siebie Zjazd, nie uzupełnił swego statutu paragrafem o równouprawnieniu języków słowiańskich na Zjazdach lekarskich, uznano sprawę międzysłowiańskich Zjazdów lekarskich w pojęciu uchwał wiecu paryskiego za niezałatwioną w ogólnym zakresie, t. j. poza obrębem Zjazdów czeskich i polskich.

Co się tyczy drugiej części tego punktu, mianowicie zaprowadzenia instytucyi Zjazdów lekarskich u tych narodów słowiańskich, które jej jeszcze nie posiadają, to dyskusya tu nie mogła i nie powinna była być szczegółową. Dla urządzenia Zjazdu lekarskiego potrzebne są następujące warunki: 1) rozbudzone wśród lekarzy miejscowych życie umysłowe w tym stopniu, aby sami zgłosili najmniej 200 odczytów; 2) posiadanie instytucyj miejskich, zbiorów, muzeów, oraz zakładów lekarskich i przyrodniczych, zasobnych w nowoczesne urządzenia o tyle, by zajęły i pouczyły członków; wreszcie 3) zasobność w środki pieniężne dla pokrycia istotnie niezbędnych wydatków. Czy ten lub ów naród słowiański posiada te warunki, sam on tylko o tem może rozstrzygać, a nikt inny. Na zapytanie w tym kierunku odpowiedzieli delegaci Kroacyi, Serbii i Bułgaryi mniej więcej jednomyślnie, że z łona instytucyj lekarskich tych krajów powołane zostały komisye, które wypracowują projekty Zjazdów lekarskich, lecz czy te zamiary się urzeczywistnią i kiedy, na to odpowiedzi dać nie mogli. Jeśli z tych przemówień wyciągnąć można jaki wniosek, to tuszyć należy, że Kroaci najprędzej dojdą w tym względzie do celu.

II. Drugim punktem obrad słowiańskiego Komitetu lekarskiego była sprawa zorganizowania związku słowiańskiej prasy lekarskiej, której sprawozdawcą był prof. Pešina.

Urzeczywistnieniu tej myśli, tak pożytecznej ze względu na odporną postawę Niemców wobec lekarskiej prasy słowiańskiej, stanęło na przeszkodzie niewstawienie przez wspomniany naród słowiański do statutu swych Zjazdów lekarskich paragrafu, równouprawniającego wszelkie języki słowiańskie. Zaiste trudno wytwarzać związki literackie w takich warunkach. gdzie słowo żywe nie używa bezwzględnej swobody prawnej. Przy rozprawach, dotyczących wiązania się narodów słowiańskich w celach organizacyi prasy w grupy etnograficzne, podnoszono ze strony polskiej i rusko-ukraińskiej trudności natury, obcej nauce i piśmiennictwu. Ostatecznie uchwalono, by każdy naród słowiański zorganizował swą prasę lekarską u siebie, na miejscu, a przez delegata wszedł do ogólnego związku słowiańskiej prasy lekarskiej. W obecnie istniejących warunkach trudno wróżyć tej uchwale jakiekolwiek praktyczne zastosowanie.

Wreszcie III cim punktem obrad było zbliżenie poszczególnych terminologij słowiańskich. W celu zebrania faktycznego materyału zażądał sprawozdawca, dr. Semerad, od komitetów narodowych przysłania dotychczas wydanych słowników lekarskich. Z przesyłek tych przekonał się, jak w niejednakim stopniu słownictwo lekarskie zostało opracowane u różnych narodów słowiańskich: gdy jedni posiadają słowniki zupełne, inni jeszcze nie zaczęli tej pracy, lub obrobili tylko jedną albo drugą gałęź medycyny. Sprawozdawca podniósł, że polskie słownictwo lekarskie jest najdokładniej i najobszerniej opracowane, a posiadając w ręku szkic rozwoju terminologii lekarskiej polskiej, nakreślony przez prof. Ciechanowskiego, postanowił odbić ten dokument i rozesłać go wszystkim słowiańskim Komitetom lekarskim, jako wzór godny naśladowania w całości i w szczegółach.

Do uchwał ujętnych słowiańskiego Komitetu lekarskiego zaliczyć należy postanowione wydanie w najkrótszym czasie „słownika lekarskiego czesko-polskiego" i „polsko-czeskiego"; w dalszym ciągu zaś uchwalono wydawać takie słowniki w innych kombinacyach języków, oczywiście w miarę dojrzewania wyrazownictwa pojedynczych narodów słowiańskich. Co się tyczy wydania słownika polsko-czeskiego, to dr. X. z Lublina oświadczył, że pracując od 8 lat nad tą sprawą, posiada materyał gotowy do druku, a nawet ma gotowego nakładcę, a czeka tylko na wyjście krakowskiego słownika lekarskiego, ażeby pracę swoją uczynić możebnie zupełną. Ze strony czeskiej uczynił mniej więcej podobne oświadczenie dr. Panýrek. Oczywiście zależeć powinno obu tym autorom na zestawieniu wypracowanego materyału i rozdziale równym pracy.

Wątpić nie należy, że w tym kierunku słowiański Komitet lekarski przyniesie rzeczywiste korzyści lekarzom pojedynczych narodów słowiańskich, pobudzając i ułatwiając im opracowanie ojczystej terminologii lekarskiej.

Na tem zakończył swe obrady w Pradze słowiański Komitet lekarski.

Zastanawiając się nad przebiegiem tych obrad i uchwał, przychodzi się do przekonania (wprawdzie nie po raz pierwszy), że w sprawie zespolenia kierunku duchowego narodów słowiańskich powinowactwo krwi nie rozstrzyga; że te plemiona słowiańskie, które wielowiekową kulturą dosięgły stopnia ukształtowanej indywidualności narodowej, tak silnie są przywiązane do swej odrębności, że się jej nigdy nie zrzekną za cenę tej lub innej doktryny politycznej, etnograficznej lub ekonomicznej; że ludy słowiańskie, stojąc na tak niejednakim stopniu kultury, nie są w stanie w sprawach z zakresu umysłowego współdziałać z sobą równorzędnie, a wciąganie narodów, że się tak wyrazimy „wczorajszych", na wyższe szczeble potrzeb umysłowych, kiedy one nie utwierdziły jeszcze nogi na stopniach niższych, odbywa się ze szkodą prawidłowego ich rozwoju; że słowiański Komitet lekarski prędzejby osiągnął cel zamierzony, gdyby na początek powołał do organizacyi tylko lekarzy tych narodów słowiańskich, których rozwój duchowy jest równorzędny, a życie umysłowe wykiełkowało ze wspólnej gleby.

Dr. A. Kwaśnicki.

VIII. XIX Kongres internistów w Berlinie.

(16—19 kwietnia 1901).

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Gottlieb (Heidelberg): *O lekach sercowych i naczynioruchowych.* Następstwem upośledzonego krążenia jest nierównomierny podział krwi w poszczególnych narządach ustroju; zadaniem środków sercowych i naczynioruchowych jest zatem to zaburzenie chorobowe usunąć. W zaburzeniach porażnych, n. p. unerwienia naczynioruchowego, ośrodkowego pochodzenia, bywają naczynia jamy brzusznej przepełnione krwią, w naczyniach zaś obwodowych (powłoki skórne, mózg) pojawia się ogólny brak krwi. W takich więc przypadkach (zatrucie narkotykami, choroby zakaźne) pozostają leki sercowe bez skutku; sercu bowiem nie brak zdolności roboczej, lecz materyału (krwi), który jest nagromadzony w narządach jamy brzusznej, leki natomiast naczynioruchowe sprowadzają znów równowagę: w tej myśli należy używać strychniny, kofeiny i kamfory. Zadaniem środków sercowych (naparstnica i t. p.) jest wzmocnić podupadłą czynność mięśnia sercowego, co też rzeczywiście spełniają; obok tego zaznacza się także działanie uboczne, naczyniozwężające, wpływające pomyślnie tylko do pewnego stopnia: nadmierna ilość krwi, wypełniająca obszar żyły wrotnej, przechodzi do innych okolic ciała. Jeśli jednak zwężenie naczyń trwa zadługo, wówczas wytwarzają się stosunki niekorzystne, zwiększają się opory, serce temu podołać nie może, skutkiem czego pogarsza się jego czynność. Kamfora wpływa na serce nietylko pośrednio, jako środek naczynioruchowy, lecz powiększa także bezpośrednio pobudliwość serca, podnosi jego wrażliwość na bodźce; na prawidłowe serce kamfora mało działa. Także kofeina działa wprost na serce, ale nie w takim stopniu, jak naparstnica, wobec czego zastępczo nie można jej stosować; alkohol wreszcie działa pośrednio na serce, zmniejszając opory, jeśli wysokie (dla serca chorego zanadto wysokie) ciśnienie w tętnicy głównej jest przeszkodą dla zupełnego wypróżnienia lewej komory; w takich przypadkach alkohol rozszerza naczynia, a przez to zmniejsza opór.

Sahli (Berno) omawia na wstępie (ze względu na najważniejsze wskazania dla leków sercowych i naczynioruchowych) ogólną patologię i rozpoznanie czynnościowe wszystkich zastojów, których zresztą wspólną cechą jest zwolnienie prądu krwi w tętnicy głównej. Odróżnia więc: 1) zastój w sercu, mogący polegać na niedostatecznym skurczu serca, lub też na mechanicznej przeszkodzie dla rozkurczu; 2) zastój oddechowy w przebiegu chorób narządu oddechowego i wypocin śródpiersiowych (autor przyjmuje, że ta postać jest tylko odcieniem poprzedniej); 3) zastój naczynioruchowy, powstający po porażeniu drobnych naczyń krwionośnych w wielkiem krążeniu. W dodatku nadmienia prelegent o zastoju trzewnym, mającym swe źródło w sercu, a wytwarzającym się w zakresie naczyń trzewnych. Po tych ogólnych uwagach z patologii rozstrząsa Sahli lekowanie naparstnicą, twierdząc, że w zasadzie można nią we wszystkich powyżej opisanych przypadkach zastojów osiągnąć korzystne wyniki; należy także stosować (odpowiednio do stanu) i inne zabiegi lecznicze. Zastoje o wysokiem parciu nie są przeciwwskazaniem do podawania naparstnicy: często się zdarza, że parcie tętnicze więcej się po niej nie podnosi, ale owszem opada. Właściwe działanie lecznicze naparstnicy (po którem wady w krążeniu nietylko się poprawiają podczas jej stósowania, lecz poprawa trwa czasem latami) zasadza się na tem, że naparstnica przerywa to koło błędne, polegające na stosunku między mięśniem sercowym, a zastojem: naparstnica zmusza serce do wzmożonej czynności. Przechodząc do dawek, zaznacza autor, że zachodzi zasadnicza różnica między wielkiemi a małemi dawkami naparstnicy: wielkie wywierają swój wpływ na skurcze i rozkurcze mięśnia sercowego, małe tylko na skurcze. Pod względem zbiorowego działania, lub przyzwyczajenia się, podziela autor zdanie Grödela i Kussmaula: bardzo wielu chorych zawdzięcza kilka lat życia stałemu używaniu naparstnicy.

Krótko uporał się autor z opisem działania kofeiny i kamfory; są to jedynie środki naczynioruchowe; uboczne działanie moczopędne i na narząd oddechowy podnosi tylko ich znaczenie. Co się tyczy alkoholu, to dowodu, aby wprost działał na serce, dotychczas niema; jest on tylko środkiem pomocniczym; w chorobach zakaźnych nie przynosi żadnej korzyści; pomyślnie natomiast działa w dreszczach gorączkowych i przy braku odczynu po zimnej kąpieli. Nawet w zwykłym zapadzie odmawia mu autor działania; coś podobnego można powiedzieć o eterze. W końcu omawia autor porządek, w jakim należy stosować leki sercowe i naczynioruchowe.

W rozprawie, która się nad powyższym tematem wywiązała, pierwszy zabrał głos Schott (Nauheim), twierdząc, że przedewszystkiem należy wogóle wzmocnić serce, przy silniejszych bowiem skurczach podrażnia się także nerwy naczynioruchowe; działanie leków sercowych zależy w wielkiej mierze od ich stopnia rozcieńczenia i sposobu użycia; tyczy się to głównie kamfory. W przypadkach zaś, gdzie naparstnica zupełnie nie działa, kładzie to Lang (Marienbad) na karb złego przetworu, szczególnie psują się rychło napary. Do dłuższego używania (przez miesiące) zaleca Goldscheider (Berlin) naparstnicę w dawkach po 0·1—0·2 dziennie; w przypadkach zaś z często powtarzającem się zniesionem wyrównaniem nie należy nagle zaprzestać podawania naparstnicy, lecz stopniowo dawkę zmniejszać aż do zupełnego usunięcia. Ewald (Berlin) zaznacza, że najsilniejsze dawki naparstnicy lub innych środków sercowych tylko wówczas działają energicznie, jeśli uwolni się naczynia krwionośne od parcia, na nich ciążącego, powstałego skutkiem płynów zastoinowych (nakłócia lub nasiekania przyrządem gumowym Dehio). Unverricht (Magdeburg) również zwraca uwagę na nieodpowiednie przetwory; najlepiej z wszystkich działa digitoksyna. Podawania naparstnicy przez dłuższy czas nie uważa Unverricht za korzystne, raz z powodu zbiorowego działania tego środka, a powtóre z powodu złych następstw. Rosenstein (Leiden) używa obok naparstnicy i *strophantus*, co także i lekarze francuzcy stosują,

albowiem ten środek już w małych dawkach pomyślnie działa, nie pociągając za sobą szkodliwych następstw. Co się tyczy działania kamfory, wskazaną jest ona chyba w tych przypadkach, w których zagraża chwilowe niebezpieczeństwo. Na podstawie długoletniego doświadczenia uważa Naunyn (Strassburg) odwar naparstnicy, jako przetwór najlepszy; przedsięwzięte doświadczenia i próby z digitoksyną nie dały zadawalniających wyników. Wreszcie Naunyn wcale nie wierzy w zbiorowe działanie naparstnicy, albowiem, jeśli się ją podaje w małych dawkach, to można długo stosować, a nie powstaną zaburzenia uboczne, przeciwnie — można było zauważyć te dolegliwości, jeśli tego środka nie podawano. W końcu powtarza Sahli, że między wszystkimi przetworami naparstnicy nie zachodzi zasadnicza różnica; istotnie dobrym wyrobem są francuzkie pigułki strofantynowe.

Schott (Nauheim): *Zachowanie się parcia krwi przy leczeniu przewlekłych chorób sercowych.* Prelegent badał parcie krwi zapomocą tonometru Gartnera u większej liczby stósownie dobranych chorych, wśród stósowania zabiegów kąpielowo-gimnastycznych. Okazało się, że w przypadkach, w których są wskazane odnośne zabiegi, parcie krwi po nich się podnosi; inne są atoli wyniki, jeśli idzie o cierpienia serca, w których powyższych zabiegów stosować nie można (nadmierna miażdżyca tętnic, silne zapalenie mięśnia sercowego, tętniaki serca lub tętnicy głównej); w takich przypadkach można stwierdzić obniżenie się parcia krwi po kąpieli lub gimnastyce.

Mendelsohn (Berlin): *Wypoczynek mięśnia sercowego, jako miara jego czynności.* Każdy narząd w ustroju jest tem zdolniejszy do pracy, im szybciej wyrównywa zużyte ubytki; odnośnie do serca dzieje się to w przerwach między skurczami czyli w rozkurczu. Jak z jednej strony „przepracowanie się“ serca skutkiem wzmożonej czynności uwydatnia się podniesieniem liczby tętna, a osłabienie serca — zmniejszeniem liczby poniżej stanu prawidłowego, tak z drugiej strony można wnosić z powrotu do normy, że serce uzupełniło zużyte czynniki, że więc zupełnie wypoczęło. Autor wykonał szereg badań, z których okazało się, że *a)* po wykonaniu pracy, równającej się 100—200 kilogramometrów, liczba tętna, która przy sercu zdrowem wśród pracy się podniosła, wraca po pracy natychmiast do stanu prawidłowego; *b)* przy większej pracy (200 do 500 kilogramometrów u zdrowych) obniża się liczba tętna, aby po 2—3 minutach znów wrócić do normy; *c)* przy jeszcze większej pracy utrzymuje się dłużej podniesiona liczba tętna, później dopiero również wraca do stanu prawidłowego. W pierwszym więc przypadku zdoła serce przy każdym rozkurczu uzupełnić ubytek materyi, użytej przy skurczu, w drugim już niezupełnie: po skończonej pracy występuje zwolnienie, przyczem rozkurcze dłużej trwają i wówczas serce przychodzi do siebie; w trzecim trwa powrót bardzo długo. Powyższe trzy okresy dadzą się stwierdzić na każdem sercu; zdolność czynnościowa serca jest tem większa, im w większych odstępach znajdują się stany przejściowe z jednego okresu do drugiego.

W rozprawach zaznacza Kraus (Gradec), że poprzednie wnioskowanie nie jest bez zarzutu. Powrót bowiem do prawidłowej liczby tętna po pracy jeszcze nie dowodzi usunięcia wytworów przemiany materyi; wyrównanie czynności serca jest prawdopodobnie zawisłe od większej liczby czynników (n. p. wpływy naczynioruchowe). W tej myśli przemawia mniej więcej i Baelz (Tokio). (C. d. n.)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło d. 5 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem odbyły się demonstracye chorych, i przyrządów z kliniki lekarskiej, oraz okazów anatomo patologicznych. Udział w tych demonstracyach wzięli koledzy: dr. Kędzior, dr. Kwiatkowski, dr. Zanietowski (syn); dr. Gliński i prof. dr. Ciechanowski.

D. 12. b. m. odbyło Towarz. lek. krak. posiedzenie nadzwyczajne na którem, po odbyciu demonstracyi okazów anatomo-patolog. przez kol. dr. Glińskiego i przedstawieniu chorych z kliniki chirurgicznej przez kol. prof. Kadera, miał odczyt kol. doc. Raczyński: «O kwaśnym nieżycie jelit u osesków«.

* Rektorem Uniwersytetu Jag. na przyszły rok szkolny wybrany został Dr. Ed. Janczewski, prof. botaniki na Wydziale filozoficznym.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego na przyszły rok szkolny wybrany został Prof. Dr. Andrzej Obrzut.

* Prof. Leon Wachholz wybrany został na wniosek Clarka Bella, prezydenta Towarz. sądowo-lekarskiego w Nowym Yorku, członkiem zagranicznym tego Towarzystwa. Prócz prof. Wachholza do tego Towarzystwa należy z Polaków dawniej już wybrany prof. Lucyan Mierzejewski.

* Dr. Fr. Neugebauer, ordynator w warszaw. szpitalu ewangelickim, mianowany został członkiem korespondentem paryzkiej Akademii lekarskiej.

* Biblioteka Towarzystwa lekarskiego krakowskiego otrzymała:

1) od Dra J. Metzgera z Tarnowa 3 roczniki »Wiener medicinische Wochenschrift«.

2) od Dra Staniszewskiego z Warszawy 27 poszytów »Nowin Lekarskich«.

3) od Radcy Dworu Prof. Dr. Korczyńskiego przeszło 30 tomów różnych dzieł, czasopism i broszur.

4) od Dra Gwiazdomorskiego 11 roczników »Le Progrés Médical« oraz kilkanaście poszytów różnych czasopism.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom za przesłane dary składam najszczersze podziękowanie. *Dr. Leon Konrad Gliński,* bibl. Tow. Lek. krak.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiell. otrzymał Hugo Dattner.

* Na fundusz kliniczny dla ubogich chorych im. prof. E. Korczyńskiego złożył p. Skarbiński z Dąbrowy kwotę 10 K.

* W Nr. 23. „Przegl. lekar.“ w spisie lekarzy, którzy złożyli egzamin rządowy (t. zw. fizykacki), opuściliśmy nazwisko dr. Salo Rossbergera z Jarosławia, co niniejszem uzupełniamy.

* Drugim punktem porządku dziennego nadzwyczajnego Wiecu lekarskich Izb rakuzkich była nowa taryfa za czynności sądowo-lekarskie. Sprawę tę omawiał delegat Izby morawskiej dr. Brenner; wywody jego były w wysokim stopniu cierpkie, lecz silne logiką i prawdą. Ostatecznie Wiec postanowił wyrazić w petycyi do ministra sprawiedliwości życzenie, ażeby nową tę taryfę cofnął, wypracował inną, lepszą, a przed jej ogłoszeniem zapytał o zdanie wszystkie Izby lekarskie; nieuwzględnienie tego podania równałoby się zakwestyonowaniu racyi bytu Izb lekarskich.

* Deputacya Wiecu Izb lekar. rakuzkich, złożona z prof. Petřiny, Dr. Brennera, Dr. Gorhana i Dr. Heima była na audyencyi u prezydenta ministrów Dr. Körbera, który wysłuchał wszystkich przedstawień deputacyi i obiecał, jak zwykle, najuważniej zastanowić się nad sprawami poruszonemi w przemówieniu.

* Rząd niemiecki nie uwzględnił opinii związków lekarskich w Niemczech i wydał ustawę, mocą której na Wydział lekarski dopuszczani będą wychowańcy gimnazyów realnych — bez zastrzeżeń — i wyższych szkół realnych po zdaniu egzaminu z języka łacińskiego.

* Sejm Wirtemberski jednomyślnie uchwalił dowolny wybór lekarzy przez członków rządowych Kas pocztowych i kolejowych.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Hulewicz i Dr. Karuzin mianowani zostali profesorami w Moskwie: pierwszy chemii, drugi anatomii. Prof. higieny w Peszcie mian. został E. Frank. Nadzwycz. prof. ginekologii i pedyatryi w Dorpacie mian. został dr. Gubarew.

Nekrologia: W Kijowie zmarł Dr. Dyonizy Sagatowski, lekarz powszechnie znany dla swego wykształcenia i rozległej praktyki. Urodził się w r. 1828 na Ukrainie, kształcił się w Kijowie, gdzie w r. 1851 ukończył Wydział prawny, a w 1856 — lekarski. Po odbytych studyach za granicą osiadł w Kijowie, i tu w ciągu lat 45 oddawał się zawodowi lekarskiemu. W Buffalo zmarł Dr. Nadratowski, rodem z Płońska. Feliks Sochacki, magister chirurgii, zmarł w Chodorowie. Dr. Wiktorya Markheimerówna, lwowianka, zmarła w Lozannie. W New-Yorku zmarł prof. kliniki lekarskiej, Draper.

Bibliografia.

Chemik polski, czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom chemii teoretycznej i zastosowanej, wychodzi co tydzień w Warszawie.

Nowe to czasopismo rozpoczęło swój żywot w dniu 3. kwietnia. Według programu streszczonego w pierwszym zeszycie mieścić się ma w Chemiku polskim cały obszar chemii ze wszystkiemi rozgałęzieniami i odłamami nauki, ze wszystkiemi jej zastosowaniami tak w dziedzinach teoretycznych, jak i praktycznych, a oprócz tego cały zakres tych spraw i zagadnień, które w jakikolwiek sposób mogą obchodzić chemika.

Zadanie to niemałe, jeżeli się uwzględni ciągły rozrost chemii w różnych jej kierunkach zawodowych i naukowych. Sądząc z tre-

ści pierwszych zeszytów czasopisma, odda ono bezsprzecznie cenną przysługę zawodowcom; znać jednak kierunek jednostronny tak dalece, iż czytając te pierwsze trzy zeszyty odnosi się wrażenie, jakoby Redakcya odstąpiła od pierwotnego programu. Być może, że się to po części stało przypadkowo, przez złożenie się artykułów treści technicznych; — jednakowoż wina leży, zdaniem mojem i w tem, iż nie uwzględniono działu sprawozdawczego, a który, o ile sobie przypominam, był przewidziany w pierwotnym programie.

Bez obszernego działu sprawozdawczego czasopismo nie będzie mogło spełnić wszystkich punktów podjętego zadania, gdyż nie będzie w stanie, jak to zamierzyło uczynić, obeznać czytelników ze wszystkiemi gałęziami i odłamami chemii.

Życząc Chemikowi polskiemu najlepszego powodzenia i żywotności, prosimy zarazem, aby nie porzucał pierwotnego pięknego programu i aby stał się takim, jakim być powinien, to jest zastępującym nam wychodzących pod różnymi tytułami „Chemików niemieckich“. *Doc. Dr. Ig. L.*

— *Nowiny lekarskie Nr. 6.* Stasiński: O leczeniu t. zw. *chorioiditis ad maculam* zastrzykiwaniami podłącznicowemi i wielkiemi dawkami jodu. Gantkowski: O odkażaniu zapomocą formaldehidu. Stark: Przyczynek do kazuistyki chorób skórnych przy wewnętrznem zażywaniu arszeniku.

— *Krytyka lekarska N. 6.* Wrzosek: O filozofach-medykach i medykach-filozofach. Jaworski: O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących, oraz opieki nad noworodkiem.

— *Postęp okulistyczny* (maj): Kuropatwiński: Przyczynek do nauki o leczeniu przewlekłego nieżytu worka łzowego. Bednarski: Miażdżyca naczyniówki. Wicherkiewicz: Słów kilka w sprawie ułatwienia techniki przy irydektomiach.

— *Kronika lekarska N. 10.* Bornstein: O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia. Lejzerowicz: Intubacya czy tracheotomia?

— *Gazeta lekarska N. 23.* Sędziak: O pierwotnem stwardnieniu przymiotowem w jamie ustnej, gardzieli, nosie i uszach. Landstein: Przypadek niezarośniętego otworu owalnego w sercu.

— *Medycyna N. 23.* Sadowski: Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli. Heiman: O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha (dok.).

— *Przegląd dentystyczny Nr.* 5. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim. Zieliński: Nowy sposób robienia szczotek do zębów.

— *Časopis lekařů českých Nr. 23.* Haškowec: Neurosis traumatica (c. d.). Brabec: O gangraeně nosokomialni (c. d.).

— *La Semaine médicale N. 22.* Fournier: Związek przeciw kile. Caulet: Rzekoma ciąża królowej serbskiej.

— *Nr. 23.* Legneu: Wskazania lecznicze w zastarzałem zwichnięciu barku.

— *La Presse médicale N. 44.* Pozzi: Wykład wstępny. Vincent: Kiła a prątek wrzecionowaty.

— *Nr 45.* Chantemesse: Poszukiwania prątka durowego w wodzie do picia.

— *Münchener medic. Wochenschrift Nr. 23.* Kehr: Jak wysoka jest dziś śmiertelność po operacyi kamieni żółciowych? Starck: Stanowisko naukowe w chorobie Möller-Barlowa, oraz uwagi o mleku, jako pokarmie dla dzieci. Kuhn: O zapaleniu kręgów w przebiegu duru. Hämig: Chirurgicznie nieuleczalna niedrożność jelit wyleczona atropiną. Frank: Pogląd historyczny na destylacyę wyskoku i na jego wartość desinfekcyjną. Papasotirin: Przyczynek do mojej pracy o wpływie węgla na prątki gruźlicze. Lachmann: Leczenie chorób macicy gorącą parą. Theilhaber: Przyczyny i leczenie kolki miesiączkowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift Nr. 23.* Schlagenhaufer: Przyczynek do nauki o schorzeniu gruczołów zaoskrzelowych. Weiss: Przyczynek do nauki o fizyologicznej i patologicznej pracy żołądka i jelit. Ghillini i Canevazzi: O statycznych stosunkach kośćca ludzkiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 23.* Gottstein: Ciało obce w części wpustowej żołądka, rozpoznane zapomocą Röntgenografii i ezofagoskopii. Gastrostomia. Wyleczenie Hermes: Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego przez pierścieniowato przyrośnięty wyrostek robaczkowy. Kruse: Dalsze badania nad czerwonką i jej prątkiem. Schott: O wstrzymaniu parcia krwi przy leczeniu przewlekłych chorób sercowych.

— *Berliner klin. Wochenschrit Nr. 23.* Bálint: Dyetetyczne leczenie padaczki. Heine: Przypadek krwotoku z tętnicy doglowowej wewn. w następstwie żółciotłuszczaka. Adamkiewicz: Czy rak jest uleczalny? Karewski: Semiotyka i terapia zapalenia wyrostka robaczkowego. Rodari: O nowej metodzie leczenia elektrycznego.

Redakcya otrzymała. Świątecki: Anatomia i inne gałęzie morfologii organicznej. Talko-Hryncewicz: Polaki — szkic antropologiczny, (po rosyjsku). Bukojemski: K woprosu o wnutrimatocznych wpryskiwanijach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 19 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w klinice położniczej,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące wykłady: 1) kol. Dr. St. Dobrowolski: „O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych (na podstawie przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Jordana)“. 2) Kol. W. Stankiewicz: „Demonstracya włókniaków macicy, operowanych w ostatnim roku szkolnym w klinice prof. Jordana“. 3) Kol. B. Wojciechowski: „Przypadek krwisteku macicznego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności *).

Napisał

Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki.

Sprawa t. zw. hemotoksyn i innych ciał im pokrewnych wywołała w ostatnich czasach żywy ruch naukowy pomiędzy badaczami, szczególniej francuskimi, a przedewszystkiem wśród pracowników Instytutu Pasteurowskiego w Paryżu. Rzecz ta istotnie musi budzić niezwykłe zajęcie i to nie tylko ze stanowiska ogólnej biologii, ale także ze względów praktycznych, których już dotychczasowe wyniki badań pozwalają się w przyszłości spodziewać. Zanim jednak określę istotę i znaczenie tych hemotoksyn i innych ciał pokrewnych, sądzę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć sobie i uprzytomnić najpierw te spostrzeżenia i zjawiska, które, poznane już dawniej, stoją ze sprawą hemotoksyn w ścisłym związku i stanowią niejako podstawę, na której oparło się odkrycie i zbadanie tych istot. Mam tu mianowicie na myśli z jednej strony spostrzeżenia, poczynione nad przetaczaniem (transfuzyą) krwi, z drugiej zaś strony liczne badania nad sprawą zakażenia i odporności ustroju względem drobnoustrojów.

Przetaczanie (transfuzya) krwi polega, jak to wiadomo, na przelewaniu pośrednio lub bezpośrednio z naczyń do naczyń krwi jednemu osobnikowi z drugiego tego samego lub odmiennego gatunku. Zabieg ten ma już za sobą bardzo długą historyę. Już w połowie XVI wieku znajdujemy o nim wzmianki u Cardanusa; właściwie jednak dopiero po odkryciu krążenia krwi przez Harveya (1628) stało się przetaczanie krwi przedmiotem ściślejszych badań. Uczeni angielscy Potter, Boyle i Lower wykonali w tym czasie szereg doświadczeń na zwierzętach w nadziei, że przetaczanie krwi stanie się dzielnym środkiem przywracania do życia po ciężkich skrwawieniach. Pierwsze przetoczenie na człowieku wykonał w r. 1667 lekarz francuski Jean Dénis w Paryżu, używając do tego krwi jagnięcia. W wieku XVIII sprawą przetaczania krwi mało się zajmowano, a dopiero z końcem tego wieku pod wpływem doświadczeń, jakie przeprowadził Rosa i Blundell i głośnego przypadku przetoczenia krwi na człowieku, dokonanego przez Blundella, zwrócono znowu uwagę na ten zabieg. Zwłaszcza lekarz duński Scheel w broszurze, wydanej w r. 1802, zliczając wszystkie dotychczasowe dane w tym kierunku, przemawia gorąco za stosowaniem przetaczania krwi w przypadkach groźnych krwotoków. Dopiero jednak chirurg Dieffenbach i położnik Martin wprowadzili przetaczanie krwi na dłuższy czas do powszechnie znanych i stosowanych zabiegów leczniczych tak dalece, że w r. 1874 mógł Landois[1]) zebrać 347 przypadków dokonanego przetoczenia, z których 150 miało wynik pomyślny. Fizyologia, wykazując, że ciałka czerwone krwi, jako przenośniki tlenu, stanowią składnik olbrzymiego znaczenia dla życia, patologia, określając wskazania do przetaczania krwi, wreszcie chirurgia, ulepszając metody i technikę operacyjną, działały wspólnie w celu zapewnienia przetaczaniu krwi racyi bytu pomiędzy zabiegami leczniczymi. W szczególności co do wskazań stały na pierwszem miejscu, jako nadające się do zastosowania przetaczania, przypadki znacznej utraty krwi, dalej przypadki otrucia, szczególniej ciałami, działającemi przedewszystkiem na krew, jak otrucie tlenkiem węgla czyli zaczadzenie, otrucie chloranem potasowym i innymi przetworami, działającymi na krew podobnie, jak ta sól; dalej przypadki otrucia środkami tego rodzaju, jak morfina, atropina, chloroform i t. p.; przypadki mocznicy i ciężkiej żółtaczki, a więc właściwie otruć ciałami, wytworzonemi przez sam ustrój; przypadki ogólnego zakażenia, wreszcie w ostatnim rzędzie choroby krwi, jak blednica, niedokrewność, mianowicie w ciężkich postaciach, a nawet i bielica. Sam zabieg wykonywano albo pośrednio, to znaczy, że świeżo upuszczoną krew z żyły odwłókniano i następnie zapomocą strzykawki wstrzykiwano bądź do żyły chorego w kierunku do serca, bądź do tętnicy w kierunku ku obwodowi, albo też, co rzadziej, łączono zapomocą różnych przyrządów tętnicę dostarczającego krew (zazwyczaj zwierzęcia) wprost z żyłą, względnie tętnicą chorego i w ten sposób przetaczano krew bezpośrednio z ustroju do ustroju.

Do roku 1860 używali lekarze XIX wieku do przetaczania wyłącznie krwi ludzkiej i w tym dopiero czasie, gdy zabieg ten znajdował się w okresie rozkwitu, Gesellius i Hasse biorąc przykład z dawnych wieków wprowadzili do przetaczania krew zwierzęcą, a mianowicie krew jagnięcia. Okoliczność ta powiększyła pierwotnie z łatwo zrozumiałych powodów zapał, z jakim zwrócono się do przetaczania i omal że nie upatrywano w tym zabiegu jakiegoś powszechnego, wprost jedynego prawie zabiegu leczniczego. Rychło jednak przyszła reakcya. Niebawem bowiem zaczęły się mnożyć przypadki śmierci przy przetaczaniu krwi zwierzęcej, które musiano tłómaczyć tylko samym zabiegiem, a nie innemi okolicznościami ubocznemi. Wobec tego po niedługim czasie zarzucono w zupełności przetaczanie krwi ze zwierzęcia, a nawet pod wpływem tego zabieg ten z czło-

*) Według wykładu wygłoszonego w Tow. lek. lwowskiem dnia 19 kwietnia b. r.

wieka na człowieka stracił ogromnie na znaczeniu i ustąpił miejsca po przejściowym okresie prób z wstrzykiwaniami krwi pod skórę, a nawet do otrzewnej, zamiast do naczyń, innym zabiegom leczniczym, jak w odpowiednich przypadkach wlewaniu (infuzyi) fizyologicznego roztworu soli kuchennej, względnie wstrzykiwaniom podskórnym (hipodermoklyzie).

Przypadki śmierci po przetoczeniu krwi zwierzęcej były naturalnie przedmiotem licznych badań, których ostatecznym wynikiem stało się zupełne potępienie tego zabiegu. Pominawszy błędy techniki operacyjnej, zakażenie, następowe zatory, wywołane bądź powietrzem, jakie dostało się do żył operowanego, bądź skrzepami krwi lub zlepionemi w grudki (aglutynowanemi) ciałkami czerwonemi, co wszystko i przy przetaczaniu z człowieka na człowieka może mieć miejsce, stwierdzono przedewszystkiem, że główną przyczyną ujemnych i wprost niepomyślnych wyników przetaczania człowiekowi krwi zwierzęcej była ta okoliczność, że wprowadzone ciałka czerwone krwi zwierzęcia ulegały w krążeniu człowieka szybkiemu rozpuszczeniu, co gorzej zaś, że i ciałka czerwone ludzkie rozpuszczały się również pod wpływem wprowadzonej do krążenia krwi zwierzęcej. W ten sposób zatem cel przetaczania był najzupełniej chybiony, a zabieg sam wprost szkodliwy, tak z powodu rozpuszczania się samych ciałek czerwonych ludzkich, jak i wskutek niekorzystnych następstw nagromadzenia się w krążeniu znacznej ilości uwolnionego bnrwika krwi i szkieletów zniszczonych ciałek czerwonych.

Badania poszły na drogę ścisłych doświadczeń, dokonanych przedewszystkiem przez Panuma, Landoisa, Ponficka, Hayema i innych. Z badań tych okazało się, że rozpuszczanie się ciałek czerwonych krwi jednego zwierzęcia w krwi, względnie surowicy, drugiego z innego gatunku, stanowi stałą i ogólną zasadę, a różnice w tem zachowaniu się ciałek czerwonych zależą od indywidualności gatunków zwierzęcych, oraz od zestawienia ze sobą różnych gatunków zwierząt, bliżej lub dalej względem siebie stojących. I tak n. p. krew, względnie surowica psa posiada silniejsze własności rozpuszczania obcych ciałek krwi wogóle, aniżeli krew, względnie surowica królika lub konia, i to tak w tym razie, gdy jednemu z tych zwierząt wstrzykniemy do naczyń krew obcą, jak i wtedy, gdy surowicę tych zwierząt porównywanych zastrzykniemy do krążenia zwierzęcia z obcego gatunku. Z drugiej strony wymienieni wyżej badacze zwrócili uwagę, że ciałka czerwone same u różnych zwierząt posiadają różną odporność względem działania surowic obcych wogóle; n. p. znowu ciałka czerwone psa okazują się w tym kierunku odporniejsze, niż ciałka czerwone królika. Ta różnica w odporności ciałek czerwonych względem obcych surowic znajduje pewną, choć nie ścisłą analogię w wytrzymałości ich na inne czynniki, działające niekorzystnie na ciałka czerwone, jak zmiany w ciepłocie, sam pobyt poza ustrojem, zawartość soli w otaczającym płynie, wpływy mechaniczne i t. p. W tym względzie ciałka czerwone psa okazują znaczną wytrzymałość w porównaniu z innymi gatunkami. To zachowanie się ciałek pod wpływem surowicy krwi z obcego gatunku dało się stwierdzić tak poza ustrojem *in vitro*, jak i przy doświadczalnie dokonanem przetoczeniu krwi. W tym ostatnim przypadku szczególniej łatwo wtedy, gdy ciałka czerwone wstrzykniętej do krążenia krwi różniły się wyraźnie od ciałek zwierzęcia zastrzykniętego, a więc np. gdy jądrzaste ciałka którychkolwiek z ptaków wprowadzono do krwi zwierzęcia ssącego. Badaniem krwi branej co jakiś czas ze zwierzęcia, któremu dokonano przetoczenie, można było śledzić wszystkie okresy tego zjawiska, a więc postępujące znikanie z obiegu wprowadzonych ciałek, zabarwienie surowicy rozpuszczonym barwikiem krwi, a przy dalszej obserwacyi zwierzęcia wydzielanie się hemoglobiny z moczem, do jelit, do jam surowiczych, względnie odpowiednie przerabianie jej w ustroju. Na większe ilości wstrzykniętej krwi obcej zwierzę oddziaływało ciężkiem schorzeniem, względnie nawet śmiercią, a objawy kliniczne tego schorzenia szczególniej dokładnie spostrzegano i zapisywano przy przetaczaniu krwi zwierzęcej na człowieku. Stwierdzono więc przedewszystkiem duszność, podrażnienie do kaszlu często z plwociną krwawą, zaczerwienienie skóry, szczególniej na twarzy, silne bóle w krzyżach, objawy wzmożonego ruchu robaczkowego jelit z biegunką częstokroć krwawą, wreszcie gorączkę, dochodzącą nieraz do wysokich stopni. W późniejszym okresie wykazywano w moczu obecność białka i hemoglobiny, osutki i obrzęki skórne, a po przeminięciu objawów niezwykłe wzmożenie chęci do jadła. W przypadkach śmierci ludzi lub zwierząt, użytych do doświadczeń, stwierdzić było można przy pośmiertnem badaniu zwłok liczne i rozległe nieraz wynaczynienia na błonach surowiczych, śluzowych i wśród narządów, objawy zastoju w wielu obszarach ustroju, wywołanego zaczopowaniem naczyń, powiększenie śledziony, wypełnienie kanalików nerwowych barwikiem krwi i t. d. *(C. d. n).*

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak policzka, rozwijający się na tle tocznia *(lupus)*, i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Podał
Dr. M. W. Herman,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zanim przystąpiliśmy do powtórnego zabiegu operacyjnego, spróbowaliśmy poprzednio jeszcze pędzlowań 1% roztworem kwasu arsenowego, stosując się do zaleceń Černego i Trunečeka. Mimo jednak, żeśmy pędzlowania te powtarzali przez trzy tygodnie dzień w dzień, a przez ostatni tydzień nawet przykładaliśmy na owrzodzenie gazę, maczaną w tym roztworze, zmian, cechujących gojenie się, w nim nie zauważyliśmy, owszem owrzodzenie stale, jakkolwiek nieznacznie, powiększało się Pozostał nam tedy tylko zabieg krwawy, którego chora gwałtownie się domagała. Dnia 4 stycznia 1901 r. wyciąłem dokładnie całe owrzodzenie w częściach zdrowych, dochodząc w głębi aż do błony śluzowej policzka, tej ostatniej jednak nigdzie nie zabierając. Udało się nawet utrzymać spojówkę dolnej powieki. W okolicy wewnętrznego kącika powiek trzeba było zdłutować i zeskrobać nieco kości, do których nowotwór ściśle

w tem miejscu przyrastał. Powstały ubytek w częściach miękkich policzka udało nam się pokryć plastycznie płatem, przesuniętym z pod brody i przyległych części szyi, powiekę dolną zaś zrobiliśmy z płatka sierpowatego, wyciętego ze skóry czoła w ten sposób, że dolny brzeg jego przebiegał dokładnie wzdłuż górnej granicy łuku brwiowego prawego, górny zaś na niecały centymetr powyżej; brzegi te na zewnątrz schodziły się i spotykały pod ostrym kątem nieco na zewnątrz od zewnętrznego końca łuku brwiowego; ku wewnątrz przeciwnie, schodząc na okolicę gładzinki, rozchodziły się nieco, obejmując widełkowato całą szerokość grzbietu nosa. Tu była szypuła płatka, którą podminowawszy nieco, mogliśmy cały płatek, doskonale odżywiony, jak to stwierdzały ciągle strzykające naczynia, opuścić ku dołowi i stworzyć zeń doskonałą powiekę dolną. Blizna linijna, jaka pozostała po zeszyciu skóry na czole, skryła się niemal zupełnie na granicy łuku brwiowego. Cała ta operacya wytwórcza uwieńczoną została dobrym wynikiem. Oba płaty przygoiły się zupełnie bez najmniejszej nawet martwicy skóry. Efekt kosmetyczny wcale niezły.

Reasumując rzecz, streścić można cały ten opis w słowach następujących: Kobieta 34-letnia, dotknięta wilkiem na licznych częściach ciała, zauważyła w 15-tym r. ż. plamę na twarzy, o charakterze plam, istniejących już na kilku innych członkach. Plama owa wzrastała bardzo powoli, po 18-tu latach istnienia wyrosła do rozmiarów reńskiego srebrnego. Wtedy dopiero zaczęła wrzodzieć. Chora zwróciła się do lekarza, jak się później o tem dowiedziałem był nim Dr. Balko, i ten, jak to łaskawie sam mi listownie doniósł, rozpoznawał wilka i zalecił zabieg operacyjny, na który jednak chora na razie, się nie godziła. Owrzodzenie tymczasem szybko poczęło się powiększać, a w $1^1/_2$ roku potem stwierdziliśmy w klinice mikroskopowo mięsaka o komórkach przeważnie wrzecionowatych, z licznemi i bardzo wyraźnemi figurami karyokinetycznemi Mięsak ten przeto wyrósł z tkanki poprzednio już toczniem zajętej. Czy istniał i jaki związek między temi dwoma sprawami? Sądząc z bezpośredniej kolejności zjawisk, na pierwszą połowę tego pytania można bez dalszych dowodzeń odpowiedzieć twierdząco. Nie tak krótko jednak zdołamy się uporać z drugą połową pytania, mianowicie ze sprawą, jak sobie wytłómaczyć ów związek? Nie może tu bowiem istnieć stosunek prosty, — gdyż jedna choroba, dokładnie aż do ostatecznej swej przyczyny znana *(lupus)*, przechodzi i to bez uchwytnej przyczyny nawet, w drugą, zupełnie różną od pierwszej, zupełnie ciemną w swej etyologii (mięsak). Schodzimy na pole hipotez i na pole zawodne subjektywnego tłómaczenia sobie tego zjawiska, posilkując się hipotezą, której jesteśmy wyznawcami. Każdy jednak mógłby wziąść w rachubę przewlekły uraz, ów moment, o którym znów tyle mówią, wentylując sprawę powstawania nowotworów złośliwych. Jakkolwiek bowiem chora nasza w wywiadach nie podaje w tym kierunku żadnych pewnych danych, sądzę, że bez naciągania faktu do teoryi, powinniśmy się liczyć z urazem, jako możliwą, choćby tylko usposabiającą przyczyną. Te drobne urazy życia codziennego, które dla skóry zdrowej są bez znaczenia i nawet nie dochodzą do naszej świadomości, potęgują swój wpływ i znaczenie proporcyonalnie do stopnia zmian chorobowych w tkankach, na które zadziałają. Lekki ucisk, który zdrowy palec zaledwie odczuwa, staje się bardzo bolesnym, gdy tensam palec jest zajęty sprawą zapalną, ostrą (zanogcicą). Taksamo inaczej oddziaływała na wpływy świata zewnętrznego skóra, oddawna miejscowo zmieniona i to na miejscu zawsze dostępnem tym wpływom, jak u naszej chorej. Uraz zaś (*trauma*) zdaje się odgrywać niemałą rolę w powstawaniu mięsaków w szczególności, a nowotworów złośliwych w ogólności. Wszakżeć nawet „*vox populi*“ głosi „nie szczyp, bo raka dostanę!“ A gdy na tę sprawę na nowo zwrócono uwagę, posypały się ogłoszenia, przyznające najczęściej racyę zapatrywaniu o rzeczywistym związku między urazem a nowotworem, rzadziej mu przeczące. Z licznych nowszych ogłoszeń uwzględniam n. p. takie: Kempf zestawił z kliniki w Göttingen 1767 przypadków nowotworów złośliwych, w tych jednak zaledwie w 2·5% można było liczyć się z urazem, jako z możliwą przyczyną. Podobne ogłoszenie wyszło z kliniki Madelunga. W dotyczącem ogłoszeniu zestawia A. Machol 920 nowotworów, wprawdzie w wywiadach 39 chorych obwiniało uraz, jako przyczynę swego cierpienia, przedmiotowo jednak i krytycznie można było tylko w 24 przypadkach (czyli 2·6%) przyjąć z wszelkiem prawdopodobieństwem ów związek. Bardzo podobną liczbę, bo 2·66%, w której uraz był przyczyną dla powstania nowotworu, podaje K. Würz z kliniki Brunsa. Dalsze ogłoszenia pochodzą z klinik: Eiselsberga, w której zanotowano 31 przypadków na 579 nowotworów, w których powstaniu uraz grał niejaką rolę; dalej W. B. Coley notuje w wywiadach aż 44 razy uraz, jako przyczynę mięsaków, Wolff przyjmuje urazowy początek nowotworu w 14·7%; Liebe w 13·3%; Rapok w 19·7% i t. d. Prócz tego istnieją niemniej liczne ogłoszenia, dotyczące przypadków pojedynczych, kazuistycznych, n. p. Oderfeld, O. Hahn i bardzo wielu innych. A nawet z przed kilkunastu lat istnieje ogłoszenie Sondermayera z kliniki Rydygiera, z czasów, kiedy o urazie w etyologii nowotworów prawie zapomniano, klasyczne spostrzeżenie w tym kierunku, tyczące kobiety 44-letniej, która w trzy miesiące po doznanym urazie, będąc poprzednio zupełnie zdrową, zgłosiła się do kliniki z tak rozległym mięsakiem barku, że musiano wyłuszczyć całą kończynę z łopatką i z częścią obojczyka. We wszystkich tych przypadkach chodziło o jednorazowy gwałtowny uraz, — a o wieleż liczniejsze są owe przypadki typowego niemal urazu przewlekłego, do których zaliczyćby należało i nasz, obecnie na wstępie opisany, który to uraz (przewlekły) staje się powodem rozwinięcia się raka? Wspominam tylko o raku wargi dolnej, o raku moszen u kominiarzy, o raku, rozwijającym się na tle przewlekłego wrzodu podudzia. Do tej kategoryi należy bardzo zajmujący przypadek, ogłoszony przez Dżemila Paszę. U 30-letniego pacyenta wykonano przed $1^1/_2$ rokiem doszczętną operacyę dużej przepukliny sieciowej. Już w dwa miesiące po operacyi począł się chory uskarżać na pewne dolegliwości, które wreszcie skrystalizowały się we formie przypadłości, właściwych zwężeniu jelit. Podczas operacyi znaleziono guz wielkości dwóch pięści, ściśle zrosły z poprzecznicą, którą mu-

siano na przestrzeni 31 ctm. wyciąć. Mikroskopowo wykazano w guzie tkankę włóknisto-mięsakową, a w środku guza odnaleziono podwiązkę jedwabną z pierwszej operacyi. Przewlekłe drażnienie nitką jedwabną dało powód do wybujania nowotworu. Tu związek przyczynowy zdaje się być bardzo wyraźnym i jasnym, a przynajmniej powszechnie uznanym. Trudniej dać sobie radę z urazem, jakoby ostrym, t. j. z urazem, który wprawdzie z niezwykłą siłą, ale tylko raz zadziałał. Sądzę, że zgodzić się można jeszcze z tymi, którzy przyjmują prawdopodobny (nigdy pewny) związek między urazem a nowotworem tylko w tych przypadkach, w których 1) uraz dotknął osobnika, dotychczas zupełnie zdrowego; 2) od chwili zadziałania urazu chory stale doznawał pewnych senzacyi w części ciała uszkodzonej, w której się następnie rozwinął nowotwór; 3) czas, jaki upłynął między urazem, a stwierdzeniem nowotworu, nie jest krótszy ani dłuższy od kilku miesięcy (3—5). Wiemy jednak, i to tylko bez wszelkich wątpliwości pojmujemy, że uraz, jako siła mechaniczna, może sprowadzić tylko zmiany mechaniczne, od podskórnego wynaczynienia krwi aż do zmiażdżenia zupełnego tkanek. Wszelkie inne zmiany (zapalenie) są już następstwem czynników drugorzędnych, przypadkowych (wtargnięcie bakteryj). Przyjmujemy jednak z wielkiem prawdopodobieństwem, a niektórzy z pewnością, że u osobników do tego usposobionych uraz może się stać rzeczywistą przyczyną chorób (n. p. stłuczenie stawu u osobników gruźliczych daje powód do rozwinięcia się gruźlicy w stawie, lub też u ludzi z zakażeniem kiłowem w miejscu stłuczenia rozwinąć się może kilak i t. p.). Zwłaszcza w gruźlicy uraz odgrywał i jeszcze odgrywa tak przeważną rolę, że np. był czas, gdy garb (chorobę Potta) uważano za cierpienie czysto traumatyczne. A przecież dziś wiemy, że pogląd to z gruntu fałszywy i że uraz w tych razach działa tylko, jako t. z. czynnik wywołujący. Dlaczegożby przez analogię nie uznać, że i w przypadkach raka, czy mięsaka, uraz odgrywa takąsamą rolę czynnika wywołującego, ale nic więcej. Bo wyłącznie sam uraz, jako taki, chyba nowotworu złośliwego nie wywoła; — uraz bowiem, jako przyczyna chwilowa, — może tylko takie zmiany wywołać, jak np. złamanie kości. Gdy jednak po nim (nie skutkiem niego!) pocznie się rozwijać rak lub inny nowotwór złośliwy, musiały współdziałać inne czynniki. Lecz jakie? Teorya Cohnheima, stworzona na gruzach dawnej teoryi urazowej i pasorzytniczej, dziś sama w ruinie, podobnie jak teorya Thierscha i z bardzo małem prawdopodobieństwem mogłaby być zastosowaną do urazowego pochodzenia nowotworów. Z większem dla rzeczy prawdopodobieństwem i z widokami lepszego powodzenia możnaby tu przystosować teoryę Ribberta. Lecz wówczas dziwićby się prawdziwie należało, dlaczego raki i mięsaki stosunkowo tak rzadko występują, kiedy wogóle niema człowieka, któryby w swem życiu nie naraził się choćby kilkanaście razy na taki uraz, który z ciągłości wyłączyłby kilkanaście komórek. (Dok. nast.)

III. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jag.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, Docent dentystyki, i **Prof. Dr. Leon Wachholz,** Dyrektor Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Zmiany naturalnych i sztucznych uzębień pod wpływem wysokiej ciepłoty i gnicia, oraz badanie zębów luźnych.

Nieszczęśliwe wypadki pożarów dały sposobność ścisłej obserwacyi zachowania się zębów wobec ognia i stwierdziły, jak ważną odgrywają rolę w tym przypadku zęby w stosunku do rozpoznawania tożsamości osoby. Pożar Ringteatru w Wiedniu 1881 roku, Opery komicznej w Paryżu 1887 r., a wreszcie znany powszechnie pożar „bazaru dobroczynnego" r. 1897 w Paryżu, dały dostateczny dowód, że bez pomocy dentystów stwierdzenie tożsamości tylu osób byłoby rzeczą wprost niemożliwą. Znajomość tedy następstw zmian, wywołanych w zębach przez wysoką ciepłotę jest ważną, aby ewentualne rozpoznanie i orzeczenie było trafne i z prawdą zgodne. Szkliwo zęba, jako istota nadzwyczaj twarda, bo dopiero wedle skali twardości kamieni 9-tym stopniem zarysować się dająca, rysuje się i pęka pod wpływem ognia, który je nierównomiernie ogrzewa. To rysowanie się i pryskanie szkliwa widzi się nieraz przy nieoględnem przypalaniu dziąsła żegadłem Pacquelina, przedsiębranem z powodu przerostowego zapalenia dziąseł Platynowe żegadło, rozpalone do czerwoności, wywołuje zaraz, gdy się dotknie w jednem miejscu szkliwa choćby na małą chwilę, pęknięcie powierzchowne, przebiegające w kierunku osi zęba. Tożsamo powstać może pod wpływem pokarmów gorących i zimnych, wkrótce i naprzemian po sobie przyjętych. Pojawienie się tych zmian zależy od wysokości ciepłoty i czasu, przez który działała ona na ząb. Są zajęcia, przy których wydarzają się one częściej: cukiernicy, próbujący gorący lukier, mają często szkliwo zębów popękane. Te zmiany pod wpływem wysokiej ciepłoty, które spostrzega się za życia, są powierzchowne; nie mają też one sądowolekarskiego znaczenia. Daleko donioślejsze są zmiany, stwierdzane na zwłokach ludzi, którzy zginęli w ogniu I tu jakość tych zmian zależną będzie od wysokości ciepłoty i od warunków, w jakich ona na zęby zadziałała.

Zęby, przykryte od strony koron częściami miękiemi, od strony korzeni kością szczęki, są poniekąd dobrze osłonione w porównaniu z innemi narządami. Dlatego śmiało można powiedzieć, że są może ostatnią częścią, ginącą w zupełnie spopielałych zwłokach, a w popiele krematoryów można jeszcze rozpoznać i odnaleźć tylko szczątki zwęglonych zębów i kawałki szkliwa. Takiej ciepłoty, jaka jest w krematoryach, niema w budynkach płonących. Wypadki pożarów są zresztą jasnym tego dowodem. Zazwyczaj przychodzi do zwęglenia zwłok, a chociaż ono jest tak znaczne, że części zwęglone się rozpadają, to jednak zostaje jeszcze możność ewentualnego rozpoznania tożsamości osoby. I właśnie tam, gdzie ogień wszystkie cechy charakterystyczne człowieka bezpowrotnie niszczy, częściowo bodaj zachowane zęby umożliwiają rozpoznanie tożsamości zwłok.

Zachowanie się samych zębów wobec wysokiej ciepłoty było już przedmiotem rozlicznych badań, że nadmienimy tylko prace Hofmanna [35]), Zillnera [36]), Brouardela [37]), Paltaufa [38]), Schjerninga [39]), Schlemmera [40]), Blumenstocka [41]) i t. d. Wyniki tych różnych prac są zgodne; dlatego też pokrótce zdamy sprawę z jednej z nich, mianowicie z pracy Zillnera.

Badając spalone szczątki z nieszczęśliwego pożaru Ringtheatru w Wiedniu w roku 1882, pisze on i o zębach Zęby były conajmniej w swych osadach ochwiane, zwykle atoli okazywały jeszcze inne zmiany. Emalia w takich razach była brunatno zabarwiona, nie przylegała do dentyny, i dała się bardzo łatwo w większych kawałkach zdejmować. Oprócz tego można było spostrzegać pęknięcia szkliwa, przebiegające w kierunku osi zęba. W bardzo zwęglonych szczękach brakło koron zębowych. Zębina korzenia była bardzo krucha i rozpadała się na kawałeczki, rzadko kiedy dawał się taki korzeń w całości wydobyć. Badania te były zgodne z wynikami doświadczeń nad zachowaniem się zębów wobec płomienia Bunsenowskiego palnika gazowego. Korona zęba rozpada się pod wpływem tego płomienia niemal tak szybko, jak szkło nagle ogrzane. Odłamki pryskają naokoło tak, że je zdala od zęba można znaleźć Jeżeli się natomiast ząb ogrzewa powoli, n. p. na spodeczku glinianym, to można go bez pękania tak dalece zwęglić, że zachowa się w całości z węglanym połyskiem bez zmiany kształtu. Dalsze prażenie zęba w ogniu sprawia, że traci on brunatne, względnie czarne, zabarwienie i połysk węglany (antracytowy według Zillnera), staje się jasno popielatym, względnie białym, i z łatwością, nieraz już samoistnie, się rozpada. Zmianę tę, polegającą na spaleniu się nawet zwęglonych poprzednio części tak, iż ze składników zębów pozostają tylko części nieorganiczne, zowiemy kalcynacyą. Paltauf [42]) stwierdził jeszcze dokładnie na szlifach zębów zwęglonych ich mikroskopową budowę i przekonał się, że zapomocą badania mikroskopowego zębów zwęglonych można się dowodnie o tem przekonać, czy ząb przed zwęgleniem był jeszcze świeży, czy też zwietrzały [43]), w drugim bowiem razie widoczne są na szlifie charakterystyczne dla zwietrzałego zęba kanalikowate przestrzenie wolne.

W ciągu naszej pracy nie mieliśmy sposobności badania zwłok zwęglonych z osób zmarłych wśród pożaru; natomiast podjęliśmy doświadczenia nad zachowaniem się zębów sztucznych i naturalnych pod wpływem wysokiej ciepłoty. Doświadczenia przeprowadziliśmy w sposób następujący: do jamy ustnej dwu głów odciętych zwłokom włożono do jednej z nich mostek złoty, osadzony na koronie zęba trzonowego, którego większa część zrobiona jest z amalgamu miedzi z cementem. Mostek jest czarno zabarwiony z wierzchu od dymu tytoniowego; jedynie tylko przy zębie sztucznym siecznym złoto zatrzymało swoją barwę. Mostek nosi dwa zęby, t. j. jeden sieczny boczny i jeden trzonowy. Złota użyto 22 karatowego i 18 karatowego. Do tejsamej jamy ust włożono kombinowaną płytę metalowo-kauczukową, t. j. płytę, w której zęby sztuczne były osadzone w kauczuku, przykrytym metalem. Całość zrobiona z nikieliny, spojona lutem złotym, zawierała sztuczne zęby, z tych dwa z emalią w miejsce dziąsła, dwa zaś zwykłe Wreszcie włożono tu jeszcze ząb trzonowy z dużą plombą cementową po jednej stronie, zaś złotą plombą po drugiej i ząb mądrości z dużą plombą z amalgamu złota. Do jamy ust drugiej głowy włożono płytę kauczukową o siedmiu zębach sztucznych i dwóch klamrach złotych, ząb dwuguzikowy z dużą plombą z amalgamu złota, ząb trzonowy z dużą plombą cementową, kieł po jednej stronie z dużą plombą cementową, po drugiej z plombą porcelanową, ząb trzonowy z plombą gutaperchową, ząb trzonowy z plombą z amalgamu miedzi. Do plomb tych użyto amalgamu złota Witzla, amalgamu miedzi Lippolda, cementu Harvarda i złota Solilla Treya. Głowy włożono do pieców z ogniskiem dobrze rozpalonem węglami kamiennymi i drzewem i pozostawiono je aż do spopielenia się węgli. Po 12-tu godzinach, kiedy piece kaflowe zupełnie ostygły i ognisko wypaliło się zupełnie, wydobyto głowy. Kości czaszki zupełnie spopielałe rozkruszały się tak, że wydobycie w całości było niemożliwe; z cząstek tylko można było rozpoznać, że należały one do czaszki ludzkiej. W tym wygrzebanym popiele w pierwszym rzędzie odnaleźć można było luźno leżące zwęglone zęby, dalej zęby w kawałkach zwęglonych szczęk. Zębodoły częścią czarne, zwęglone, były puste, częścią tkwiły w nich korzenie bez koron, lub całkowicie dobrze utrzymane zęby z koronami, których szkliwo zupełnie dobrze zachowane, barwy szyfrowo-szarej, dawało się zdejmować w całości z częścią zwęglonej dentyny, na kształt zupełnie dobrze dopasowanego naparstka, nakrywającego resztę zwęglonej dentyny. Widocznie równomiernie działający ogień nie dopuścił do rozpryśnięca się szkliwa, jak to ma miejsce, skoro nagle wprowadzimy koronę zęba w płomień palnika Bunsena.

Los włożonych do ust prób sztuki dentystycznej, w postaci wszystkich gatunków plomb i wszelkich rodzajów osad zębów sztucznych, był niejednakowy. Złoto, platyna i same zęby sztuczne okazały się zupełnie odpornymi na wpływ tej wysokiej ciepłoty tak, że mostek złoty z dwoma sztucznymi zębami pozostał nietkniętym, jako świadectwo wymowne tożsamości głowy całkiem niemal zniszczonej przez ogień. Nikielina, na której kauczukiem przytwierdzone były zęby, spaliła się, a raczej przepaliła się. Zachowała wprawdzie swój kształt, ale skruszała, dając się nader łatwo w rękach łamać. Zęby sztuczne z tej osady znaleziono w popiele nietknięte, niezmienione. Osada kauczukowa zaginęła zupełnie, co oczywiście jasne, bo trudno nawet pomyśleć, aby w tej ciepłocie, gdzie kość popieleje, nikiel się spala, z kauczuku chociażby ślad miał pozostać. Ten sam los spotkał plomby gutaperkowe z tak zwanego „Hilsstoppingu“ i plomby amalgamowe we

---

[35]) Hofmann: Die Leichen des 8. Dezembers vom gerichtsärztlichen Standpunkte. (Wien. med. Blätter 1881).

[36]) Eduard Zillner: Beitrag zur Lehre von der Verbrennung nach Befunden an Leichen beim Ringtheaterbrande Verunglückter (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin 1882, str 65 i 237)

[37]) Brouardel: Incendies de théatres au point de vue médicolegale. Annal. d'hyg. publ. de méd. lég. 1895). Étude médico-legale sur la combustion du corps humain (Annal. d'hygiene 1878).

[38]) Paltauf: J. Scheff. Handbuch der Zahnheilkunde. Wien, 1893.

[39]) Schjerning: Ueber den Tod infolge von Verbrennung (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin 1884).

[40]) G. Schlemmer: La catastrophe du Bazar de la Charité. (Annal. d'hyg. publ. 1897).

[41]) L. Blumenstok: Kilka uwag sąd.-lek. nad zmianami, występującemi po zwęgleniu ciała. (Przegląd lekarski 1877, Nr. 24, 25. Wien, med. Wochenschrift 1876, — Friedreichs Blätter 1878.

[42]) Der Zahn in forensischer Beziehung *l. c.*

[43]) Patrz dalszy ciąg o zmianach wskutek gnicia.

wszelkich ich odmianach. Wysoka ciepłota uwolniła rtęć, główny składnik amalgamu, a metal drugi, składający plombę, znikł w popiele. Wypełnienie złotem zachowało się nietknięte w spopielonym do białości zębie trzonowym, tak samo napełnienia porcelaną. Plomba złota z lśniącej i gładkiej stała się na swej powierzchni ćmą i matową, a nawet trochę chropawą. Zajmującem było zachowanie się plomb cementowych wobec ognia, o którem dotąd żaden z autorów nie wspomniał. Cement jest materyałem, mającym najobszerniejsze zastósowanie. Żadnego z materyałów do plombowania nie używa się tak często, jak właśnie cementu; służy on ponadto do osadzania mostków, ćwieczków i koron na zębach. Cement, jakkolwiek wyrabiany jest w licznych gatunkach, ma zawsze za główny składnik tlenek cynku; głównym zaś składnikiem płynu do zarobienia ciasta jest kwas fosforowy. Do doświadczenia użyliśmy dziś najbardziej rozpowszechnionego cementu Harvarda. Po wydobyciu popiołów okazało się, że cementowe plomby wobec ognia nie niszczeją, jedynie tylko się wypalają i przez to zmieniają swoją barwę, zachowując swój kształt i zbitość. Wymieniony między przedmiotami do ust włożonymi w pierwszej głowie mostek był osadzony, jak to nadmieniliśmy, na zębie w większej części składającym się z mięszaniny cementu z amalgamem. Po wypaleniu amalgam zupełnie zniknął, ale cement, stanowiący większą część tej masy, użytej do wypełnienia, pozostał wypalony do białości. Zachowanie się cementu takie, jak je tutaj opisaliśmy, ma doniosłe znaczenie, albowiem dentysta, wiedząc gdzie komu jaką plombę założył, może na podstawie swoich protokołów z całą stanowczością stwierdzić tożsamość osoby w danym wypadku. Na tem miejscu wspomnieć musimy o sposobie prowadzenia zapisków dentystycznych, gdyż te umożliwiają jedynie na pewno stwierdzić tożsamość osoby, zwęglonej podczas pożaru, lub zniekształconej do niepoznania w jaki inny sposób. Dentyści spisują zwykle protokóły swych robót w ten sposób, że na narysowanych w księgach szematach, przedstawiających górną i dolną szczękę, zaznaczają ołówkiem, gdzie i jaką plombę choremu założyli, oznaczając użyty materyał do plombowania barwą albo literą. Również i wprawienie zębów sztucznych jakiegokolwiek rodzaju rysuje się na tych szematach. Te zatem zapiski ułatwiają w wysokim stopniu rozpoznanie osoby z jej szczątków zębowych, jak tego dowodzą odnośne przypadki kazuistyczne. I tak z samego pożaru „bazaru dobroczynności“ w Paryżu notuje Amoëdo kilkanaście przypadków, w których rozpoznanie tożsamości osoby polegało na zeznaniach dentystów, opartych na ich protokółach, które podczas leczenia swoich chorych spisywali. Pożar ten nawiedził Paryż d. 4 maja 1897 roku; zginęło w nim 126 osób, a cały piękny bazar stał się pastwą płomienia w niespełna 10 minutach. Po wydobyciu spalonych okazało się, że zwłoki 30 osób tak były zwęglone i zniszczone, że nie miano żadnych a żadnych danych do ich rozpoznania; bez rąk i nóg zwęglone tułowie ze zwęglonemi głowami leżały na podłodze sali, w której je złożono. Naprózno krewni nieszczęśliwych wspólnie z lekarzami starali się odszukać zaginionych w płomieniach tego pożaru. Nie było na tych zwłokach ni sukni, ni buta, ni sprzączki, ni biżuteryi, zgoła nic, coby dało wskazówkę dla odgadnięcia tożsamości osoby, a przecież te zwęglone resztki miały dla rodziny tak wielką i drogą wartość moralną i materyalną. Między niemi domyślano się księżnej d'Alençon, hr. de Villeneuve i wielu innych wybitnych osobistości. Pierwszym, który wpadł na dobrą myśl wezwania dentystów, u których nierozpoznane osoby się leczyły, był konsul Paragwaju Albert Haus. Za jego radą zwołano odnośnych dentystów i skutek ich zeznań i badań był wprost zadziwiający. Już w kilka chwil po rozpoczęciu oględzin zupełnie na pewno i stanowczo, z dokumentem, który stanowiły zapiski dentystyczne, tożsamość zwęglonych osób została niewzruszalnie stwierdzoną. I tak: Dr. J. B. Davenport rozpoznał zwłoki księżnej d'Alençon po plombach i uzębieniu, które miał w swoich zapiskach naszkicowane. Drugi dentysta, Brault, rozpoznał zupełnie zwęglone zwłoki hrabiny Couret de Villeneuve po mostku, jaki spalonej hrabinie dla braku zęba siecznego bocznego po stronie lewej u góry oraz i kła tejże strony założył Dentysta Ducurnau rozpoznał w zwęglonej głowie swoją klientkę 23-letnią po charakterystycznem ustawieniu zębów i plombach, przez niego założonych. Technik dentysta Burt notuje ciekawy fakt przy rozpoznaniu trzech osób, spalonych podczas pożaru „Bazaru dobroczynności“. Burt, otwierając rozwieraczem zwęglone szczęki, w jednych ze zwłok znalazł przy czarnych kościach, spalonych i zniszczonych powłokach zewnętrznych, dobrze utrzymane wnętrze jamy ustnej, t. j. język i dziąsła. Błona śluzowa była do tego stopnia całkowitą i niezmienioną, że po rozszczepionym języczku stwierdzono tożsamość osoby z całą pewnością. Między licznemi ofiarami pożaru stwierdził Burt jeszcze u siedmiu innych osób ich tożsamość. I tak baronową H. rozpoznał po płytce złotej, robionej przez siebie; córkę jej po plombach, w szemacie zanotowanych, inną znowu po kłębku asbestu, napojonego mastyksem i włożonego przez niego do zęba dwuguzikowego i t. d. Godon rozpoznał spaloną pannę Yvonne i Maryę Luizę C. po plombach; Michaëls znowu stwierdził po mostkach tożsamość hrabiny X. H. i hrabiny Beauchamp. Powyższe przykłady dostatecznie wykazują doniosłość współudziału dentystów przy stwierdzaniu tożsamości osoby w zwłokach zwęglonych, lub zupełnie rozpadłych. Dziś, kiedy w miarę postępu cywilizacyi zapotrzebowanie opieki specyalistów nad zębami wzmogło się tak dalece i objęło nawet najuboższe warstwy społeczeństwa, te napozór niewiele ważne i niewiele znaczenia mające szematy i protokoły dentystów mogą mieć znaczenie pierwszorzędnej wartości. Dodatkowo nadmienić trzeba jeszcze słuszną uwagę Hofmanna, że zęby, które pod wpływem ognia utraciły szkliwo, mogą być mylnie uważane za dotknięte próchnicą; zaś dym i sadza mogą je tak zabarwić, jak dym tytoniowy.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Docent Dr. Dieudonné: **Odporność i uodpornienie.** *(Immunität und Immunisierung). (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medicin.* T. I, Zeszyt 8. A. Stubers Verlag (C. Kabitsch) 1901. Cena 75 fenigów).

Zagadnienia, dotyczące odporności ustroju, okazują się znacznie bardziej złożone, niż to się zdawało w okresie pierwszych nad nimi badań. Czem więcej sprawę tę się zgłębia, tem więcej wyłania się trudności i nowych, potrzebujących wyjaśnienia szczegółów; toteż badania w tym kierunku płyną w ostatnich czasach bardzo żywym i szerokim prądem, za którym podążyć staje się dla ogółu lekarzy rzeczą coraz trudniejszą.

Autor podjął się wdzięcznego, ale niełatwego zadania, zestawiając w formie przystępnej obecny stan poglądów na odporność i uodpornienie. O ile to możliwe w niewielkiej rozprawie, uwzględnił on istniejące różnice zapatrywań, a oświetlając odpowiednio ich podstawy, dał czytelnikowi w rękę sposób wyrobienia sobie pewnego ogólnego sądu o rzeczy. Praca taka była pożądaną nietylko dlatego, że sprawa odporności ma doniosłe znaczenie teoretyczne, ale także ze względu na ścisły jej związek z zagadnieniami praktycznemi, który lekarzowi nie powinien być obcy.

We wstępie, określiwszy pojęcie odporności, przypomina autor, że dzieli się ona na wrodzoną i nabytą, oraz na odporność względem drobnoustrojów, oraz względem ich jadów, które znowu są, jak wiadomo, dwojakie: jedne są łatwo do podłoża przechodzącą, w wodzie rozpuszczalną wydzieliną bakteryj, drugie są związane ściśle z komórką drobnoustroju.

Sprawą odporności wrodzonej zajmuje się autor krótko; tu należy odróżnić odporność gatunkową, rasową i wreszcie osobniczą. Odporność wrodzona jest tylko względną, może się zmniejszać przez różne wpływy szkodliwe, co da się wykazać także doświadczalnie. Przyczyną odporności wrodzonej są oprócz zewnętrznych narządów ochronnych pewne istoty ochronne, znajdujące się w głębi ustroju, w jego sokach. Znana teorya fagocytozy nie wyczerpuje zagadnienia, ponieważ wykazano istnienie substancyi ochronnych (działających nawet poza ustrojem) w cieczach, niezawierających ciałek białych. Są to aleksyny, które prawdopodobnie są wydzieliną ciałek białych. Ale i teorya aleksynów nie we wszystkich przypadkach wystarcza. Odrębnie na rzecz zapatruje się Baumgarten: sądzi on, że odporność zależy od tego, iż bakterye nie znajdują w ustroju odpornym stosownego podłoża dla swego rozwoju.

Odporność nabyta może być albo naturalną (po przebyciu samoistnem chorób), albo sztucznie wywołaną. Odporność nabyta zależy od substancyj ochronnych, któremi w odporności przeciw jadom są antytoksyny, w odporności przeciw bakteryom istoty proteolityczne i zlepiające (aglutyniny).

Antytoksyny mają własność zobojętniania swoistych jadów i trucizn, tworząc z niemi luźne związki na prawach chemicznych. Wiązanie się tych istot powstaje nietylko „in vitro“, ale także w ustroju, na czem polega bierne uodpornienie (t. j. zapobiegawcze stosowanie surowic), oraz leczenie niektóremi surowicami. Antytoksyny wytwarzają się tylko wobec jadów bakteryjnych, jadu wężów i niektórych trucizn roślinnych (abryna, rycyna). Stąd wniosek, że działanie jadów w ustroju jest innego rodzaju, niż działanie ściśle chemicznie określonych trucizn (Ehrlich). Antytoksyn nie powiodło się chemicznie określić, ani wydzielić w stanie czystym.

Antytoksyny są wytworem komórek ustroju, i to komórek, wrażliwych na dany jad. Według Ehrlicha w każdym jadzie zawierają się dwie grupy atomów: t. zw. „haptophor“, która wiąże się z komórkami narządów, poczem dopiero może szkodliwie zadziałać druga grupa, t. zw. „toxophor“. Haptophory zostają związane przez ustrój zapomocą t. zw. receptorów, które są jednym z „łańcuchów pobocznych“ (Seitenkette) protoplazmy. Protoplazma bowiem składa się, według teoryi Ehrlicha, z pewnej części zasadniczej, opatrzonej w „łańcuchy poboczne“, obdarzone rozmaitemi własnościami i pośredniczące w odżywianiu protoplazmy przez wiązanie substancyi odżywczych. Jeżeli więc haptophory zwiążą się z częścią receptorów, czyli „łańcuchów ubocznych“, to ucierpiałoby odżywienie komórki; zapobiega ona temu, wytwarzając nowe receptory, przyczem nietylko wynagradza się ubytek, ale powstaje pewna nadwyżka. Ta uwalniająca się później nadwyżka receptorów krąży w sokach ustroju, stanowiąc to, co nazywamy antytoksynami, i chroniąc potem komórki przed wiązaniem się z jadami.

Antytoksyny mogą się wytworzyć nietylko pod działaniem jadów (toksyn) kompletnych, to jest zawierających obie grupy: haptophory i toxophory, ale i pod działaniem jadów osłabionych, t. zw. toksoidów, zawierających same tylko haptophory. Teoryę Ehrlicha udowodnił doświadczalnie Wassermann.

Bakteryolizynami nazywamy substancye, od których zależy odporność przeciw bakteryom żywym; i te substancye są również swoiste. Działanie ich polega na wspólnem działaniu dwóch istot: nieswoistej, zawartej w każdej surowicy, aleksyny, ulegającej ciepłocie 60° C., oraz istoty swoistej, wytrzymującej ciepłotę 60° C., t. zw. „Immunkörper“, albo „Zwischenkörper“. Substancya ostatnia sama na bakterye nie działa wprost zabójczo, lecz tylko w ten sposób, że stają się one wrażliwe na wpływ nieswoistej aleksyny, zwanej także „komplementem“. W myśl teoryi Ehrlicha odpowiadałaby pierwsza („Immunkörper“) haptophorom, a druga („Complement“) toxophorom jadów bakteryjnych. Bakteryolizyny działają (wbrew pierwotnym przypuszczeniom) także „in vitro“, ale tylko przy użyciu surowicy świeżo uzyskanej, lub (przez dodanie takiej surowicy) — odświeżonej. — W leczeniu chorób zakaźnych zapomocą surowic jest rzeczą bardzo ważną, aby zawarta w surowicy substancya swoista (»Immunkörper“) napotkała w ustroju leczonym komplement, zdolny się z nią związać; w przeciwnym razie bakteryolityczne działanie nie może się rozwinąć.

Doświadczalnie można wytworzyć substancye, zobojętniające komplementy, czyli aleksyny, zawarte w zwykłej surowicy; substancye takie nazwano antykomplementami.

Aglutyniny, substancye wywołujące znane zjawisko zlepiania się bakteryj (zużytkowane, jak wiadomo, w próbach Widal-Grubera), zawarte są również w surowicach, uodparniających przeciw bakteryom. Aglutyniny wiążą się z bakteryami w luźny związek; można je potem wyciągnąć zapomocą środków chemicznych ze zlepionych bakteryj. Sądzono dawniej, że aglutyniny są koniecznie potrzebne, aby bakterye uprzystępnić działaniu bakteryolizynów; obecnie wykazano, że te substancye nie stoją ze sobą w żadnym związku.

Niekiedy wszystkie trzy substancye, t. j. antytoksyny, bakteryolizyny i aglutyniny mogą znajdować się razem w surowicy prawidłowej (zwierzęcia nieuodpornionego sztucznie). W tych rzazach w myśl teoryi Ehrlicha należy przypuścić samoistne wytwarzanie się w ustroju uwalniającej się i przechodzącej do krwi nadwyżki receptorów.

Doświadczalnie uzyskano substancye, pokrewne bakteryolizynom i aglutyninom, zlepiające i rozpuszczające krwinki czerwone, t. zw. hemolizyny. I te substancye są swoiste i działają przez połączenie się dwóch składników, t. j. swoistego, sztucznie wytworzonego, znoszącego ciepłotę 60° C. i nieswoistej aleksyny (komplementu), niszczejącej w 60° C. Odkrycie tych substancyj posłużyło do wypracowania sposobów odróżnienia krwi różnych gatunków zwierząt. Wykryto też substancye, podobne do hemolizynów, a działające swoiście na inne gatunki komórek ustroju (nabłonki migawkowe, plemniki i t. p.). Wreszcie powiodło się stwierdzić zjawiska pokrewne przeprowadzając doświadczenie z wytworami komórek zwierzęcych, oraz białkami różnego pochodzenia.

Większość badaczy sądzi, że substancye uodporniające tworzyć się mogą tylko w żywym ustroju zwierzęcym. Wbrew temu twierdzą Emmerich i Löw, że można je otrzymać także „in vitro“, że mianowicie w sztucznych hodowlach bakteryj powstają w pewnych warunkach bakteryolityczne enzymy, które nazwali nukleazami. Nukleazy mają być również swoiste. Według tego polegałaby odporność na wytwarzaniu w ustroju nukleazy, która wiąże się z białkiem ustroju w t. zw Nuklease-Immunproteid. Związek ten zdołali autorowie podobno wytworzyć także poza ustrojem, sposobu ich jednak nie wypróbowano dotąd na szerszą skalę praktycznie.

Zakończenie pracy poświęcone jest sprawie biernego i czynnego uodpornienia, oraz sprawie leczenia surowicami. Przedstawił tu autor w zwięzłej formie wszystkie dotychczasowe zdobycze na tem polu; tej części nie streszczam, po-

nieważ uzyskane na tem polu doświadczenia są dość powszechnie znane, a „Przegląd“ zdawał z nich przeważnie sprawę w ostatnich swych rocznikach. *Prof. Dr. Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Prof. Romberg. **W sprawie rozpoznawania gruźlicy zapomocą surowicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 18, 19). Jak wiadomo, utrzymują Arloing i Courmont, że zapomocą surowicy chorych na gruźlicę można wywołać zlepianie się prątków gruźliczych w płynnej hodowli i na tej zasadzie rozpoznawać gruźlicę w okresach wczesnych, gdy wszelkich innych objawów brak jeszcze. Arloing i Courmont, którzy do końca roku 1900 badali swoim sposobem 400 przypadków gruźlicy, obstają przy twierdzeniu o doniosłej wartości tego postępowania; badania, prowadzone przez innych w tym kierunku, dawały sprzeczne między sobą wyniki. Ze wszystkich dotąd ogłoszonych prac wywodzi R. ogólnie, że rozpoznawanie gruźlicy zapomocą surowicy miałoby niesłychaną wagę, gdyby istniał sposób, dający zawsze pewny i niewątpliwy wynik; sposobem tym jednak nie jest sposób Arloing-Courmonta, ponieważ nie opiera się on na jednej wspólnej mierze, to jest na jednakowych zawsze własnościach hodowli prątków. Żywych prątków hodowle takie, któreby były między sobą równe i przez to dostarczały podstawy do porównań, otrzymać bardzo trudno, może niepodobna. Otóż taką wspólną miarę dla prób rozpoznawania gruźlicy zapomocą surowicy wykrył Behring w postaci zabitych (nieżywych) prątków gruźliczych, z których po rozdrobnieniu robi się zawiesinę w wodzie zasadowej (w litrze $\frac{1}{2}$% roczczynu NaOH, najlepiej zrobić zawiesinę z 10 grm. nieżywych, wysuszonych prątków, trzymając ją 8 dni przy 37° C.). Behring przekonawszy się, że surowica niektórych zwierząt gruźliczych wywołuje w takiej zawiesinie (nazwanej Tb. G.) aglutynacyę podobną, jak w żywej hodowli, odstąpił zbadanie wartości swego sposobu na materyale klinicznym Rombergowi.

Prób dokonywał R. zapomocą Tb. G. II, rozcieńczonej trzykrotnie wodą wyjałowioną, do której dodaje się surowicy krwi (uzyskanej z bańki ciętej) w rozmaitym stosunku, od 1: 1, do 1: 30. Aglutynacya odbywa się prawie równie szybko w termostacie przy 36—38°, jak w ciepłocie pokojowej około 20° C. i daje czasem już po 24 godzinach, zawsze zaś w ciągu drugiej doby stanowczy wynik. Najlepiej opierać się na badaniu gołem okiem; tylko zupełne wyjaśnienie się mieszaniny Tb. G. II z surowicą można uważać za wynik dodatni. Tym sposobem badał R. własności surowicy u 95 osobników.

Przedewszystkiem przekonał się R., że surowica osobników, stanowczo od gruźlicy wolnych, (jak np. 6 noworodków) nigdy nie wywołuje w Tb. G. aglutynacyi. Z 39 dorosłych, u których badanie kliniczne nie wykrywało ani śladu gruźlicy, był u 17 (43·6%) wynik ujemny, u 22 (56·4%) zaś nastąpiła aglutynacya, i to u 18 w stosunku 1: 5, u innych także 1: 10 do 1: 20, a u jednego nawet 1: 30.

Następnie badał R. 43 chorych, u których klinicznie stwierdzono gruźlicę; z tych u 35 (81·4%) wystąpiła aglutynacya [w stosunku 1: 1, u 32 także 1: 5, u 15 — 1: 10, u 8 — 1: 20]; w pozostałych 8 przypadkach aglutynacyi nie było. Dla porównania przytacza R., że Arloing i Courmont wśród 191 suchotników stwierdzili aglutynacyę swoim sposobem u 168 (87·8%).

Z 43 chorych, badanych przez R., 30 miało początki gruźlicy, nie odkrztuszało prawie nic, okazywało tylko stłumienia w szczytach z nieznacznemi zmianami przysłuchowemi (wdech szorstki, wydech przedłużony, chuchający, rzężeń przeważnie nie było). Z tych 30 chorych wystąpiła aglutynacya u 26 (86·7%), nie wystąpiła u 4 (13·3%). Ciekawą, choć może przypadkową, jest zgodność tych wyników z badaniami Becka, który wśród 338 chorych z początkami gruźlicy stwierdził odczyn tuberkulinowy w 85·2%.

Późniejszymi okresami gruźlicy R. mało się zajmował, stwierdził jednak, że aglutynacya nie występuje w ciężkich i daleko posuniętych przypadkach, oraz w tych, gdzie sprawa przeszła w postać włóknistą, ulegając jakby samowyleczeniu.

Wogóle zatem stwierdził R.: 1) że TbG ulega aglutynacyi pod wpływem surowicy gruźliczych zwierząt i ludzi taksamo, jak hodowla żywa prątka gruźliczego; 2) że krew z łożyskowej części pępowiny noworodków zdrowych nie wywołuje w TbG aglutynacyi); 3) że z dorosłych, nieokazujących klinicznie gruźlicy, u 56·4% następuje aglutynacya; 4) że z chorych z klinicznie stwierdzoną gruźlicą wypada aglutynacya dodatnio u 81·4%; 5) że brak aglutynacyi w gruźlicy ciężkiej i „wyleczonej“.

Z tego wszystkiego wnosi R., że odczyn surowiczy nie jest żadnym środkiem pomocniczym w t. zw. wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy, jeśli istnieją już inne, choćby nieznaczne objawy kliniczne. Zdaje się jednakże, że wynik dodatni aglutynacyi świadczy o tem, iż w ustroju rozwija się sprawa gruźlicza, ujemny zaś albo, że ustrój od gruźlicy jest wolny, albo, że sprawa skłania się ku wyleczeniu, albo wreszcie, że jest bardzo daleko posunięta. W każdym razie rzecz wymaga dalszych jeszcze badań. *Z.*

Krausz. **Doświadczenia z prątkiem Danysza.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 22). K. zaprzecza temu, co o swoim prątku podaje sam Danysz, oraz Kisten i Köttgen. Mianowicie przekonał się K., że szczury, żywione w niewoli hodowlami tego prątka, padały dopiero po 8 do 16 dniach, że dalej po 4—6 tygodniach padały wprawdzie szczury, które żywiły się padliną szczurów zakażonych, ale że w tymsamym czasie giną zwykle szczury w niewoli przy gorszem nieco pożywieniu nawet bez żadnego sztucznego zakażenia. Również i próby tępienia szczurów, żyjących na wolności, zapomocą prątka Danysza, nie powiodły się Krauszowi; jadło, napojone hodowlami tego prątka, nie wywołało między szczurami w kanałach i t. d. większej, niż zwykła, śmiertelność. Dlatego, zdaniem K., prątek D. nie może współzawodniczyć z Löfflerowskim prątkiem duru myszy i nie nadaje się wcale do tępienia szczurów przed zbliżającą się dżumą. *C.*

Simmonds. **O krwotokach mózgowych przy brodawkowatem zapaleniu śródsierdzia.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 22). S. opisuje siedem przez siebie spostrzeganych przypadków, dotyczących dzieci lub osobników młodych bez zmian w naczyniach, ani w nerkach, bez śladów kiły, alkoholizmu i t. p., u których w przebiegu zapalenia zastawek sercowych nastąpiła śmierć z krwotoku mózgowego. W czterech przypadkach można napewno twierdzić, że krwotok pozostawał w związku przyczynowym ze zmianą zastawek; w tych przypadkach mianowicie źródłem krwotoku były tętniaczki tętnic mózgowych, powstałe wskutek zatoru cząstką zakażonego z zastawek oderwanego skrzepu. Drobnoustroje, zawarte w takim skrzepie, który utkwił w tętniczce, wywołują zniszczenie częściowe ściany tętnicy. Sciana tętnicy, ścieńczała, wypukla się potem pod naporem krwi, tworząc łatwo pękający tętniaczek (*aneurysma embolico-mycoticum*). — W reszcie przypadków związek przyczynowy krwotoku mózgowego ze zmianą w sercu był bardzo prawdopodobny. Ze spostrzeżeń S. wynikałoby, że brodawkowate zapalenie zastawek sercowych odgrywa w etyologii krwotoków mózgowych większą rolę, niż dotąd przypuszczano. Stwierdzenie tej okoliczności nie przyczyni się jednak prawdopodobnie do udoskonalenia rozpoznania, bo objawy mózgowe w przebiegu »*endocarditis*« zawsze prędzej nasuną myśl o prostym zatorze, niż o krwotoku. *C.*

Fonck i Praum. **Zabójcza kłóta rana serca bez śladów krwi na narzędziu czynu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 23). Znanego ze spokojnego usposobienia 29-letniego robotnika znaleziono martwym w kałuży krwi we własnem mieszkaniu z raną kłutą w okolicy serca; na stole koło zwłok leżał otwarty scyzoryk z ostrzem, 9 ctm. długiem, na którego końcu znajdowała się tylko maleńka plamka rdzawa, zresztą zaś gołem okiem nie było widać ani śladu krwi. Sekcya wykazała, że przyczyną śmierci było przebicie lewej komórki serca. Z dochodzenia wynikało, że denat zmarł, jako samobójca. Sąd polecił jednak autorom zbadać wszystkie noże, jakie znaleziono w mieszkaniu denata, co do śladów krwi, aby usunąć wszelkie wątpliwości. Slady krwi zdołali autorowie wykazać tylko na owym znalezionym przy zwłokach scyzoryku i to tylko zapomocą próby heminowej z owej małej plamki rdzawej. Przypadek autorów jest bardzo rzadki (po jednym tylko podają Casper-Liman i Hoffman) a dowodzi, że na narzędziu zabójstwa może nie być krwi, jeżeli otarło się z niej przy wyciąganiu z rany n. p. o suknie, lub jeżeli rana zaczęła broczyć nie zaraz po wbiciu narzędzia, lecz dopiero chwilę po jego wyjęciu. Na uwagę zasługuje także, że wynik dodatni wydała w tym przypadku tylko próba heminowa, co nakazuje stosować w odpowiednich razach wszystkie znane sposoby badania na krew. *Z.*

Schlagenhaufer. **Przyczynek do znajomości chorób gruczołów oskrzelowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 23). Dotychczas znano tylko dwa przypadki ropnicy, powstałej wskutek zropienia gruczołu oskrzelowego. Przypadki te ogłosili Ferrari i Oeconomides. S. ogłasza dalsze trzy przypadki, przez siebie spostrzegane. We wszystkich tych trzech rzecz dotyczyła kobiet młodych (17 do 23 lat), które zmarły po krótkiej chorobie, przebiegającej wśród wysokiej gorączki, a cechującej się objawami, właściwymi zapaleniu opon mózgowych. Sekcya wykazała we wszystkich trzech przypadkach liczne ropnie mózgu, które w dwóch przypadkach wskutek przebicia doprowadziły do ogólnego ropnego zapalenia opon. Źródłem zakażenia ogólnego był we wszystkich trzech spostrzeżeniach zropiały gruczo-

limfatyczny, leżący poniżej rozdziału tchawicy bliżej prawego oskrzela. W pierwszym przypadku nie wykazano połączenia zropiałego gruczoła ze światłem przełyku, S. przypuszcza jednak, że połączenie to istniało, lecz że je przeoczył, ponieważ było zbyt drobne; natomiast w drugim przypadku łączył się ropień gruczołu ze światłem oskrzela i przełyku, a w trzecim z przełykiem, a raczej z istniejącym w nim uchyłkiem. Zakażenie ropne gruczołu nastąpiło w pierwszym i trzecim przypadku od strony przełyku, w drugim od strony oskrzela; w dwóch tamtych pośredniczył w tem istniejący uchyłek (trakcyjny). Przyczyną pierwotną całej sprawy, która wywołała zrośnięcie się gruczołu z oskrzelem, względnie z przełykiem, powstanie uchyłków, a w następstwie przebicie i zakażenie ropne, — była we wszystkich trzech przypadkach gruźlica. S. zwraca uwagę, że we wszystkich trzech przypadkach przerzuty ropne usadowiły się w mózgu; co więcej, taksamo było w obu dawniej opisanych przypadkach — Ferrariego i Oeconomidesa. Gdy jednak Ferrari zdołał stwierdzić, że w uogólnieniu się zakażenia pośredniczyło zapalenie ropne sąsiadującej z gruczołem żyły płucnej, to w przypadkach Oeconomidesa i S. nie zdołano wykazać, że tym właśnie sposobem powstała ropnica: najprawdopodobniej jednak i w tych czterech przypadkach rzecz miała się taksamo. Podobieństwo wszystkich 5 przypadków nasuwa na myśl, że może w niejednym przypadku t. zw. samoistnych ropni mózgowych dałaby się nieznana napozór przyczyna odszukać w zropieniu gruczołu oskrzelowego Stąd rzeczą jest konieczną w odpowiednich przypadkach jaknajdokładniej badać gruczoły oskrzelowe i w sąsiedztwie tchawicy leżące. *C.*

Kiszenskij. **Pierwotny rak płaskokomórkowy kieliszków nerkowych i metaplazya nabłonka błony śluzowej kieliszków, miedniczek, oraz moczowodów.** *(Russkij Archiw patologii, klinicz. medic. i bakteryologii.* Marzec 1901). U 32-letniej kobiety autor znalazł nowotwór, zajmujący prawą nerkę, wątrobę, sąsiednie części przepony i otrzewnej, sąsiednie gruczoły chłonne, wreszcie prawy staw kolanowy (głównie przysadkę kości udowej). Badanie drobnowidowe wykazało utkanie raka płaskokomórkowego, przyczem komórki nabłonkowe okazywały wybitną dążność do rogowacenia i wapnienia. Autor sądzi, iż miał w danym przypadku do czynienia z nowotworem, wychodzącym z nabłonka kieliszków nerkowych, przechodzącym bezpośrednio na nerkę, wątrobę, przeponę i t. d. i tworzącym przerzuty w dolnej nasadzie prawej kości udowej. Jednocześnie zwracało uwagę zrogowacenie powierzchownych warstw nabłonka w kieliszkach, miedniczce i moczowodzie (prawych) i to tak dalece, że nabłonek ten posiadał całkowicie charakter naskórka. Dolne warstwy nabłonka drążyły w głąb tkanki, okazującej cechy zapalne i zajętej naciekiem okrągłokomórkowym. W świetle dróg moczowych miejscami znajdowały się obfite skupienia zrogowaciałych, częściowo rozpadłych mas, wypełniających prawie całkowicie światło. Na podstawie obrazu anatomicznego zalicza autor sprawę chorobową w drogach moczowych do spraw zapalnych, a mianowicie do rzędu t. zw. *cholesteatomartige Desquamation* niemieckich autorów. — W dalszym ciągu omawia autor odpowiednie piśmiennictwo i zastanawia się nad związkiem między zmianami zapalnemi, a metaplazyą nabłonka w obrębie dróg moczowych, nie dochodzi jednakowoż pod tym względem do żadnych stanowczych wniosków. *Gliński.*

Flesch (Wiedeń) **Leczenie padaczki.** *(Klin. therapeut. Wochs.* Nr. 18, 1900). Wielka część przypadków padaczki, uważanych dawniej za samoistne, t. j. bez uchwytnej przyczyny anatomicznej, zalicza się obecnie do t. zw. postaci objawowej, — czyli że napad jest tylko objawem pewnej dobrze znanej zmiany anatomicznej w mózgu, lub w pniach nerwowych (guz lub ropień mózgu, krwotok, wodogłowie i t. d.). Inną znów gromadę stanowi padaczka odruchowa, powstająca skutkiem obrażeń nerwów (cięcie, uderzenie), które początkowo wywołują ograniczone tylko zmiany ruchowe, z biegiem czasu mogą się jednak zamienić w typowe napady padaczki; — do tej gromady zaliczają także takie postacie, w których napady ustępują po usunięciu n. p. ukleja nosowego lub usznego, spruchniałego zęba i t. p. Że zaburzenia w przemianie materyi mogą także się stać powodem typowych napadów padaczkowych, to powszechnie wiadomo (drgawki u dzieci, ciężarnych lub rodzących). Dalej nadmienić należy o rzadkiej postaci, t. zw. padaczki utajonej, czyli duchowej (epilepsia larvata), znamionującej się zupełnym brakiem objawów ruchowych, a jedynie sfera umysłowa okazuje w pewnych chwilach mniej lub więcej wyraźne zmiany, podobne tylko ze względu na swoje nagłe powstanie i stosunkowo szybkie ustąpienie do napadu padaczkowego. Doniosłe znaczenie praktyczne mają przypadki, w których napady występują tylko w nocy: — zdaniem Benedikta zwracają na to uwagę często powtarzające się wybroczyny podspojówkowe, dla których nie można wykazać innej przyczyny (uraz). Co do swej istoty, to podobny do padaczki, ale zupełnie odmienny pod względem klinicznym, jest t. zw. zbiór objawów Jacksona, czyli padaczka korowa, która cechuje się brakiem utraty przytomności.

Przechodząc do leczenia, trzeba powiedzieć, że jest bardzo wiele środków, mających służyć do usunięcia napadów; — na czele stoją przetwory narkotyczne (makowiec, wilcza jagoda, brom, agarycyna i t. d.); dalej idą związki miedzi, srebra i cynku *(Zincum valerian.* w dziennej dawce 0·03—0·05). Środki wzmacniające (żelazo, chinina) bywają chętnie stosowane, zwłaszcza u osobników niedokrwewnych lub wycieńczonych; — dla neurasteników nadaje się bardzo dobrze arsen w postaci nalewki Fowlera. Nową metodę leczenia wprowadził Flechsig, zasadzającą się na połączonem stosowaniu przez dłuższy czas przetworów bromu i makowca; — wyniki mają być pomyślne, zwłaszcza w przypadkach padaczki samoistnej, starczej lub dziecięcej. Dorosłym podaje się 0·05 makowca trzy razy dziennie, zwiększając co drugi dzień jednorazową dawkę o 0·01 aż do największej dawki 0·30, 3 razy dziennie, czyli 0·9 (u dzieci od 0·3—0·6 dziennie), pozostając na tym stopniu 7 tygodni; dyeta winna być lekko strawna, zabronione są korzenie, alkohole, kawa, herbata i t. p. drażniące pokarmy, — palenie tytoniu i spółkowanie zmniejszone *ad minimum;* pojawiające się zaparcie stolca zwalcza się wlewaniami. Po dwumiesięcznem stosowaniu makowca przechodzi się nagle do podawania wysokich dawek (7·5 dziennie) bromu, zmniejszając znów dawkę stopniowo do 2·00 dziennie (Flechsig, Ziehen); w ostatnich czasach stosują także (Lorenz, Kothe) 10% bromipinę ze znakomitym skutkiem; — dzienna dawka wynosi początkowo 4·00, po 14-tu dniach 8·00, znów po 8 dniach 10·00 i t. d., dochodząc z biegiem czasu nawet do 15·00 — 25·00. Najbardziej rozpowszechniony jest przepis następujący: Rp. *Bromipini (10%) 100,00 Fiat cum vitello ovorumNr. II. lege artis emulsio, deinde adde: Cognaci 15.00, Mentholi 0,15 M. D. S. 3—4 łyżki dziennie.* Nieomylną prawie cechą zatrucia bromowego jest według Ziehena brak odruchu rogówkowego; — wówczas należy zmniejszyć dawkę, zaś przeciw wysypce bromowej stosuje się obmywanie mydłem i małe dawki arszeniku; w przypadkach pojawienia się tętna niemiarowego wskazaną jest naparstnica, *Dr. Henryk Pisek.*

Wilhelm Knöpfelmacher. **Ilości pożywień u osesków.** *(Wiener medicinische Presse* Nr. 17, 1901). Przy racyonalnem żywieniu osesków uwzględnić należy trzy następujące wskazówki: 1) odpowiedni skład i jakość pożywienia; 2) dostatecznie długie przerwy między jednem a drugiem karmieniem; odpowiednio do wieku zastosowaną ilość pożywienia. Łatwiej jest wypełnić te warunki u osesków, karmionych piersią matek, względnie mamek, niż przy karmieniu sztucznem, gdyż jakość pożywienia pokarmem macierzyńskim jest dla osesków zawsze prawie odpowiednia. Co do przerw między karmieniami piersią, to jako *minimum* przyjęta jest przerwa dwugodzinna, tak, że liczbowo w pierwszych dwu miesiącach życia osesek powinien dostawać piersi 7 razy na dobę, później 6, a nawet 5 razy. Przy odżywieniu osesków nie idzie li tylko o utrzymanie równowagi przemiany materyi, lecz i o wypełnienie fizyologicznej czynności wieku dziecęcego, którą jest wzrost ustroju. Przyrost bowiem dziecka dzienny w pierwszych dwu miesiącach wynosi 30 gramów, zaś z końcem roku pierwszego spada do 10 gramów. Tablice Feera wykazują ilość przyjętego jednorazowo i całodziennie pokarmu w okresie czasu do 25 tygodni życia.

Odżywienie sztuczne osesków wedle racyonalnych zasad musi polegać na maksymie, by nie doprowadzać do ustroju większej ilości pokarmów, iż ta, która jest potrzebna do rozwoju fizyologicznego. Ilość płynu, podawanego osesokowi sztucznie karmionemu, oblicza Escherich wedle przeciętnych liczb ilości pokarmu wyssanego przez karmionego piersią, zaś Pfaundler oblicza wedle pojemności żołądka, wiekowi odpowiedniej. Tablice Pfaundlera są liczbowo znacznie mniejsze dla pierwszych 4 miesięcy, niż tablice Eschericha; lecz są odpowiedniejsze. Uwzględniając to, iż mleko krowie, w jakiejkolwiek postaci go oseskom podamy, o wiele później, niż pokarm kobiecy żołądek opuszcza, bo dopiero po 3 godzinach, — przerwy w karmieniu dziecku, mimo zasady dostarczenia ustrojowi tego zasobu energii, która jest konieczna dla wzrostu oseska, muszą być dłuższe, $3^1/_4$ do 4 godzin, co pociąga za sobą, iż w pierwszych miesiącach życia dziecku sztucznie karmionemu 5—6 razy, a w późniejszych tylko 5 razy na dobę należy podawać pokarm, ażeby pojemność żołądka oseska była w prostym stosunku do objętości pożywienia. *Dr. Komorowski.*

Ahlfeld. **Zakładanie balonów do macicy przy ścieśnionych miednicach w celu sprowadzenia porodu przedwczesnego.** *(Beiträge zur Geburtsh. und Gynäk.* Bd. IV.). Od czasu stosowania balonów zamiast świeczek *(bougie)* zauważył A. znacznie większą śmiertelność noworodków. Przyczyny tego dopatruje się w częściej pojawiającem się położeniu ukośnem lub poprzecznem, spowodowanem przez znajdujący się w macicy balon, który odsuwa

część przodującą. Uwolnienie główki następującej przez ujście samodzielnie rozwarte nie napotyka na przeszkodę, dlatego i urodzenie płodu z poprzecznego czy ukośnego położenia nie powinno być niebezpieczne. Ponieważ jednak przy porodzie przedwczesnym balon sztucznie rozwiera ujście, które nie traci swej elastyczności, dlatego po wydobyciu balonu rozciągnięte chociażby całkowicie ujście nieco się zmniejsza i stanowi przeszkodę w urodzeniu główki następującej, a temsamem i zwiększa niebezpieczeństwo obumarcia słabego, bo przedwczesnego płodu. Dlatego radzi A. zakładać balon tylko z samego początku porodu, później zaś dla wzmocnienia i podtrzymywania bólów porodowych zakładać „bougie“ lub przebić pęcherz. *P.*

Baer. **O postępowaniu przy rozmiękczeniu rogówki (keratomalacyi) u osesków.** (*Klin. Monatsbll. f. Augenhlk.* kwiecień, 1901). Autor przytacza 4 przypadki rozmiękczenia rogówki, połączonej z zeskórnieniem przyrogówkowem osesków wywyniszczonych skutkiem zaburzeń trawienia. Stan ogólny I-go z nich, sztucznie, jak i resztujące, karmionego, był rozpaczliwy; czteromiesięczne dziecko miało ważyć 1 kilogr. Leczenie zasadzało się li tylko na podawaniu mleka krowiego rozrzedzonego wodą, z dodatkiem wody wapiennej. We wszystkich czterech przypadkach nastąpiło wyleczenie wraz ze znacznem poprawieniem się stanu ogólnego. Miejscowo, na oczy, autor nie stosował żadnego leczenia. Działanie wody wapiennej tłómaczy on w ten sposób: wiadomo, że sernik mleka krowiego zbija się w żołądku w duże grudki i tem się różni od sernika mleka kobiecego, który tworzy drobne wiotkie kłaczki. Tych zbitych grudek sernika mleka krowiego żołądek oseska przeważnie nie może strawić, i zostają one albo zwymiotowane, albo przechodząc przez przewód pokarmowy, drażnią go. Przez dodanie środka alkalicznego zmniejsza się ujemna własność sernika mleka krowiego. Dodatek wody wapiennej do mleka krowiego działa nietylko mechanicznie, czyniąc je lżej strawnem, ale również wpływa korzystnie i chemicznie na zmiany chorobowe błony śluzowej żołądka i jelit. Usuwając zatem przyczynę rozmiękczenia rogówki, która tkwi w złem trawieniu, wpływamy pośrednio na jej skutki, t. j. usuwamy chorobę oka. *A. Bednarski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

14. Posiedzenie naukowe z dnia 3 maja 1901.

Przewodniczy kol. Beck, członków obecnych 54.

I) Kol. Beck zawiadamia o przyjęciu przez zarząd nowego członka Dr. Antoniego Jabłońskiego. Dalej kol. Beck w sprawie znanej notatki w dziennikach udziela ze strony zarządu Towarzystwa wyjaśnienia.

II) Kol. Feuerstein przedstawia jedenastoletnią dziewczynkę z objawami t. zw. *Coxalgia hysterica.* Chora z powodu doznawanych bólów nieużywała kończyny (lewej) przez całych 5 miesięcy, czemu też prawdopodobnie przypisać należy znaczne wychudzenie *en masse* całej kończyny chorej Leczenie sugestyjne (faradyzacya) wpłynęło dodatnio, chora poczęła już po pierwszem posiedzeniu chodzić, a obecnie zaledwo lekko utyka. Ze względu na zaniki mięśni (atoli bez zmian elektrycznej pobudliwości) rozpoznanie było niezbyt łatwe; z tak zw. znamion histerycznych można było wykazać zniesienie odruchów gardzielowego i osłabienie czucia bólowego po stronie lewej ciała.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Ziembicki, zapytując o pewne szczegóły kliniczne; kol. Wehr wskazuje na podobne przypadki z własnej praktyki.

Kol. Rencki przytacza przypadek *coxalgiae hystericae,* leczonej w klinice lekarskiej. Przypadek ten dotyczył 24-letniego studenta politechniki, izraelity, który po nieznacznym urazie doznał tak znacznego bólu w stawie biodrowym, że przez 4 tygodnie nieopuszczał łóżka; ból ten potęgował się przy każdym ruchu; trudności rozpoznawcze musiały być znaczne, gdyż chory ten leczony był dotąd zapomocą wyciągania i ustalenia stawu. Zachowanie się chorego w chwili przyjęcia do kliniki i ogólna przeczulica zwróciły uwagę na tło histeryczne. Po jednorazowem zastosowaniu prądu przerywanego na odnośny staw i dolną kończynę, bóle natychmiast ustąpiły i chory tego samego dnia wyleczony opuścił klinikę.

III) Kol. Stauber przedstawia 3 przypadki zapaleń gruźliczych stawów, kości i okostnej, leczone i wyleczone zachowawczo: a) *Gonitis fungosa:* początek choroby przed l. 3½ po urazie; w czasie choroby przyszło do wytworzenia się licznych przetok; chory musiał pozostawać w łóżku; stosowano kąpiele słone w domu i w Iwoniczu; od czasu do czasu opatrunek ustalający; głębokie przyżeganie kamieniem piekielnym przetok, wkładanie czopków jodoformowych 10%, opatrunek z alkoholu wcieranie szarego mydła w plecy, wewnętrznie jodek sodowy, kreosotal i żelazo. b) *Periostitis fungosa ossis metatarsi primi:* Choroba trwała rok, obrzęk i przetoki drążące w głąb; leczona tym samym sposobem, jak w poprzednim przypadku, ustąpiła również. c) Przypadek, początkowo nieleczony zachowawczo, gdyż dokonano wyskrobania kości śródręcza; wystąpiło po pewnym czasie zapalenie stawów: łokciowego, skokowego, ropień zimny pod mostkiem i nad kością jarzmową i zapalenie okostnej szczęki dolnej jak, że cała szczęka została przez przetoki wydzieloną Obecnie kol. St. wygłasza zapatrywanie, że u dzieci niżej lat 10 leczenie zachowawcze zapaleń kości, stawów i okostnej daje takie same, a często nawet lepsze, wyniki, jak zabiegi operacyjne. Kol. Schramm zalicza te przypadki do szczęśliwych, lecz nie wyjątkowych; dotyczą one dzieci bardzo dobrze odżywianych, u których zwykle sprawy chorobowe gruźlicze łagodniej przebiegają; sam pobyt w stacyach klimatycznych (Iwonicz, Rabka) wpływa dodatnio, choć kol. Sch nie zaprzecza, że umiejętne i staranne leczenie zachowawcze tutaj dużo działa.

IV) Kol. Kučera: Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka (I część).

Na wstępie do właściwych teoryj etyologicznych wspomina prelegent o histogenezie raka i przedstawia w zestawieniu historycznem poglądy autorów na tę sprawę, zacząwszy od Virchowa i Remaka, między którymi była różnica zdań pod tym względem; rozstrzygnęły ją ostatecznie badania Thierscha i Waldeyera w tym kierunku, ż rak zawsze pochodzi z przybłonków.

Z szeregu zagadnień, które dalej się nasuwały, referuje prelegent o kontrowersyi pomiędzy Ribbertem z jednej, Hauserem, Hansemanem i Hanauem z drugiej strony, mianowicie, czy rak wychodzi tylko z pewnego, ściśle odgraniczonego miejsca, czy też odrazu zaczyna się na większej przestrzeni przybłonka, względnie może w całym narządzie i dalej, czy pochop do bujania komórek przybłonkowych wychodzi z samego przybłonka, czy też czynniki, będące przyczyną raka, działają wprzód na tkankę łączną podprzybłonkową, wywołując w niej zmiany przewlekłe zapalne i dopiero za ich pośrednictwem powodują w drugim rzędzie i bujanie przybłonka (co stara się wykazać Ribbert). Polemikę rozstrzygnięto na korzyść obozu Hausera tak, iż dziś, jako pewnik możemy przyjąć na samym początku bujania rakowego zmianę w samym charakterze komórek przybłonkowych, uzyskanie niezwykłej samodzielności, dla której Hansemann wprowadził nazwę »anaplazyi«.

O teoryi Cohnheima, która szuka materyału do powstawania nowotworów w zabłąkanych kawałeczkach tkanek zarodkowych, wyraża się prelegent, iż jako teorya histogenetyczna może być, nawet musi być, przyjętą tylko dla pewnej grupy nowotworów (nowotwory nadnercza w nerce, nowotwory z resztek przewodów skrzelowych itd.).

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

15 Posiedzenie naukowe z dnia 17 maja 1901 r.

Przewodniczący kol. Rencki; członków obecnych 58.

Przewodniczący przedstawia obecnym nowo przyjętego członka kol. Dra Józef Chanię.

I. Kol. Kučera wygłosił: Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka (część II).

Przystępując po histogenezie raka do nauki o przyczynach, przytacza prelegent w zestawieniu historycznem teoryę Thierscha, która upatruje powód bujania zrakowaciałego przybłonka w cofaniu się tkanki łącznej podprzybłonkowej i zapatrywanie Cohnheima, który przez swoją teoryę o zabłąkanych tkznkach zarodkowych zamierzał wytłómaczyć nię tylko histogenezę, lecz i etyologię nowotworów.

Dokładniej rozwodzi się kol. K. w referacie o związku między urazem a powstawaniem nowotworów złośliwych, na co już od czasów Virchowa autorowie wskazują. Przytacza tu kilka dat statystycznych z tego zakresu, oraz szereg prac kazuistycznych i najnowszą pracę Broscha, który przyjmuje, jako rzecz konieczną dla wytworzenia

się raka lub mięsaka zranienie dwurazowe i na podstawie tego stara się wywołać nowotwory na drodze doświadczalnej u zwierząt.

W etyologii raka nie można odmówić zranieniu znaczenia i dla niektórych (n. p. niektórych rakowców) prawdopodobnie wystarczy ono samo, jako przyczyna ostateczna.

W dalszym ciągu omawia referent różne czynniki, które według autorów mają znaczenie w etyologii raka. I tak wspomina o datach statystycznych z Anglii i Niemiec, według których odsetek chorych na raka powiększył się; wylicza możliwe przyczyny tego faktu, referuje dalej o pracach nad dziedzicznością raka, o wpływie pokarmu, zajęcia, o »endemiach« raka i ich warunkach (prace Behly) i t. p.

Na wstępie do sprawozdania o najnowszych kierunkach w badaniach przyczyn raka, o teoryach pasorzytniczych, zestawia prelegent dowody przytaczane już z góry na korzyść pasorzytniczego pochodzenia raka i tak: rzekomą analogię między szerzeniem się raka zapomocą przerzutów i szerzeniem się gruźlicy, dalej przeszczepialność raka ze zwierząt na zwierzęta, lub z człowieka na zwierzę; i t d. — sądzi jednak, iż dowody te są tylko pozorne, bo można fakta przytoczone zupełnie dobrze wytłómaczyć bez żadnych pasorzytów (n. p. poprostu przez przeszczepienie), i dochodzi do wniosku, że niema dowodu, któryby nas zmuszał do przyjęcia teoryi pasorzytniczej, jak znów z drugiej strony, niema argumentu, któryby ją obalał. (Dok nastąpi).

Dr. Hermann, za sekretarza.

VII. Korespondencye.

Lwów, czerwiec 1901 r.

W »Przeglądzie«, czasopiśmie lwowskiem, rozpisuje się Dr. J. Z. Obrowolski o epidemiach w Galicyi. Wykazuje on, że w r. 1899 na 6.055 przypadków duru (tyfusu) plamistego w całej Austryi, 5.941 zdarzyło się w Galicyi. Przytacza, że w r. 1897 przypadków ospy było w Galicyi 3.966, w innych prowincyach monarchii 127, w r. 1898 stosunek ten wynosił 8.623:51, w 1899 r. 6.291:67. Odnośne liczby duru (tyfusu) plamistego wzrastają podobnie jak ospy.

Smutne to, a tem smutniejsze, że przytoczone liczby nie są bynajmniej czemś przypadkowem, ale że dostrajają się do całokształtu naszych opłakanych stosunków sanitarnych. Jeżeli szanowny czytelnik przypomni podawane przezemnie, w którejś z dawniejszych korespondencyj, daty o stosunku funkcyonaryuszów sanitarnych u nas i poza granicami Galicyi, jeśli przypomni daty, przytoczone przez prof. Marsa w sprawie porodów w Galicyi a reszcie monarchii, zawsze ze zgrozą pytać musi: czemuż my tacy biedni? czyż niema możności polepszenia naszego bytu?

A zaprawdę niema nadziei, by mogło być lepiej, jak długo każde bydlę pociągowe czy tuczne więcej warte, niż człowiek, jak długo to, co się łoży na polepszenie zdrowia mieszkańców, uważa się za grosz wyrzucony na marne.

Z roku na rok przybywa pożarów i innych nieszczęśliwych wypadków, powodowanych przez umysłowo chorych, nie mających należytej opieki, a sprawę zbudowania potrzebnego dla nich zakładu w Krakowie, a choćby tylko przez postawienie bodaj że uchwalonego już nawet braku na 500 chorych i rozszerzenia tak bardzo przepełnionego szpitala Kulparkowskiego, szpitala, który *risibile dictu*, dochody przynosi, z roku na rok się odkłada, z roku na rok flegmatycznie się powtarza, że brak na to odpowiednich funduszów. Czyż nie należałoby się wreszcie rozejrzeć za wyszukaniem tych odpowiednich funduszów, które przecież same z nieba nie spadną. Trzeba ich poszukać i znaleźć je, bo to, na co one są potrzebne, nie jest zbytkiem, a naglącą konieczną potrzebą.

Głosem wołającego na puszczy było wołanie Posła ziemi krakowskiej, prof. Jordana. Sprawozdawca sejmowej Komisyi sanitarnej napróżno liczbami wykazywał, jak małym jest postęp w kierunku polepszenia stosunków sanitarnych, napróżno trudził się wykazywaniem braków w poszczególnych szpitalach krajowych, i to nie takich braków, któreby były zaniedbaniem przepisów higieny, ale takich, które są jej urągowiskiem.

Wszakże cały szpital lwowski należałoby chyba z ziemią zrównać, a dopiero na uzyskanym w ten sposób gruncie, prawda, że i dużym i szczęśliwie położonym, możnaby myśleć o stworzeniu szpitala, choć jako tako, skromnie, odpowiadającego wymogom higieny. Gmach dzisiaj na szpital służący, zaiste, jej urąga.

Jądro tego gmachu o wysokich, ale przeważnie małych komnatach, źle oświetlonych ogromnemi, ale w głębokich nyżach pomieszczonemi oknami, a nieposiadających innej wentylacyi nad tę najpierwotniejszą, polegającą na otwieraniu wspomnianych okien a powodującą nieznośne przeciągi, otóż jądro tego gmachu stanowi dawniejszy klasztor pijarski. Tam zapewne że nic, albo przynajmniej bardzo mało, zmienić było można. Dobudowywanie równie wielkich jak ów gmach środkowy, po dwu bokach skrzydeł, a dobudowywanie to nie według potrzeb szpitalnych, ale dla uzyskania zewnętrznego efektu jednostajności stylu, wolno mi chyba nazwać w lwowskiej gwarze: »bezhołowiem«.

W kątach między głównym gmachem a skrzydłami postawiono wspaniałe baszty. Wspaniale też to wygląda z daleka; z bliska jednak trzeba nos zatykać, bo w tych basztach mieszczą się wychodki i... łazienki oddziałowe, odgraniczone od wychodków drewnianemi przepierzeniami. Zaiste, wielkiej trzeba odwagi, by w takiej łazience skąpać chorego, n. p. z pęcherzycą, gdy znaczna część skóry pozbawiona jest naskórka.

Szpital lwowski od jakich lat co najmniej dziesięciu cierpi na stałe a ogromne przeludnienie. Cieszono się też, kiedy ubywała zeń klinika położnicza, przenoszona do nowo zbudowanego dla niej gmachu. Cieszono się jednak niesłusznie. Miast tej jednej przybyło i pomieścić się tam musiało dwie inne: oczna i weneryczno-skórna. Prawda, że klinika oczna połknęła szpitalny oddział oczny; — czy to rzecz słuszna i właściwa, choćby ją rozpatrywać już nie z punktu widzenia naszego zawodu, któremu jedna posada ubyła, o tem i wspominać nie chcę. Zawsze jednak klinika ta nie mogła ograniczyć się do tego miejsca, w którem dawniej z biedą mieścił się szpitalny oddział oczny, — zajęła cały parter jednego skrzydła i pierwszego piętra nieco, — nadwyżkę umieszczono w piwnicy, wszak ślepi bez światła obejść się mogą.

Druga klinika, weneryczno-skórna, była już tak źle pomieszczona, że aż budziła nadzieje. Przypomną sobie może szanowni czytelnicy, co pisałem wtedy, że jest przecież nadzieja zbudowania tak koniecznie potrzebnego nowego gmachu na tę klinikę, bo szef jej, energiczny prof. Łukasiewicz, zdoła ją pewnie wykołatać i że w takim razie w nowym gmachu może i dla ocznej miejsce się znajdzie, — a szpital choć na lat parę odetchnie. Niestety, nadzieje te zawiodły. Czy energia profesora Łukasiewicza się złamała, czy na taką opokę trafiła, że wyżłobić jej nie zdoła, niewiem. Natomiast co innego słyszałem.

Przybywa tu nowa klinika laryngologiczna dla prof. Jurasza; miejmy przeto nadzieję, że w najbliższej przyszłości przybędzie jeszcze neuropsychopatyczna, boć to przedmiot obecnie obowiązkowy, więc i klinikę swoją mieć musi.

Niema miejsca nad ziemią, o tem już wszyscy dosadnie się przekonali, od czegoż jednak pomysłowość. Próba z oddziałem ocznym wykazała, że i do piwnic biedacy się garną, — piwnic jeszcze dużo, dlaczegożby tam innych chorych nie można pogrążyć?

Ślepi nie widzą, a prostytutki... któżby się liczył z tymi wyrzutkami społeczeństwa. Choćby i zginęła która z powodu rtęciowego zapalenia jamy ustnej, mała szkoda. W Galicyi nie braknie tego materyału, boć to jedna z najbujniejszych gałęzi naszego *exportu*.

Zatem szpitalny kobiecy oddział weneryczno-skórny przeniesiony zostanie do: *sousterrain*... po francusku nazwane, nie będzie to tak uszu raziło.

W wielu innych sprawach Dyrekcya szpitala zwołuje posiedzenia lekarzy szpitalnych, i wspólnie z nimi uchwala n. p. mianowania sekundaryuszów. W sprawie tak ważnej, jak ta, którą omawiam, prymaryuszów o zdanie nie pytano zupełnie; — prawda, że podobno i prof. Czyżewicz, czy to, że miał chwilowy urlop, czy z innych powodów, o zapadłem dopiero dowiedzieć się miał postanowieniu. A czy przez to każda z tych chorych dostanie chociażby swe łóżko? Wątpić należy. Prawdopodobnie, tak jak dotąd, po trzy będą sypiały na dwu łóżkach. Taki to zwyczaj na tym oddziale. Na żadnym też innym prawidłowego pomieszczenia dla chorych nie ma dosyć. Ta różnica tylko, że na innych oddziałach dodają się sienniki i chorzy sypiają na ziemi, a na wewnętrznych tylko miewają ten przywilej, że wstawia się dla nich nadliczbowe łóżka.

Załatwienie zatem tej sprawy w ten sposób nie tylko jest nieludzkie, bo przecież rzeczywiście nieludzkiem jest pomieszczanie w przestrzeniach, w których dobre przewietrzanie jest wprost niemożliwe, tych właśnie chorych, które ze względu na sposób,

jakim muszą być leczone, jak najwięcej świeżego potrzebują powietrza, a które z innych znowu powodów nie mogą używać nawet przechadzek po ogrodzie. Jest ono ponadto niedostateczne, bo i tak nie dostarczy tyle miejsca, by przepis, że chorych, dotkniętych chorobami wenerycznemi, należy zatrzymywać w opiece aż do zupełnego wyleczenia, mógł się stać prawomocnym. Mam to przekonanie, że jak dotąd, tak i nadal, prymaryusz, zwłaszcza męzkiego oddziału weneryczno-skórnego, będzie »musiał codzień łamać głowę, kogoby ze szpitala wydalić by dla świeżo zgłaszających się dwunastu chorych znaleźć miejsce«! Jego to własne słowa, przytoczone swego czasu w Sejmie przez sprawozdawcę Komisyi sanitarnej, prof. Jordana. Pomijam już to, że tutejsze oddziały skórne nie mają odpowiednich pomieszczeń obserwacyjnych dla chorych, u których czas jakiś może się ważyć rozpoznanie między jakąś ostrą chorobą zakaźną, a nie niebezpieczną osutką skórną. Pomijam to, że nie mają należycie urządzonych sal na pomieszczenie chorych z różą. Zaznaczę choćby tylko to, że ani klinika, ani oddziały szpitalne nie mają urządzeń do trwałych kąpieli. Kto ma jakie takie pojęcie o nowem lecznictwie chorób skórnych, ten to chyba łatwo zrozumie, czem jest oddział dla chorób skórnych bez trwałej kąpieli, tego jedynego w tak wielu przypadkach *remedium*.

Dość jednak tych narzekań! mam i coś pomyślnego do zanotowania. Marszałek, otwierając dzisiaj Sejm, zapowiedział ustawę o opiece nad ubogimi; — powinna ona zwłaszcza zimową porą ulżyć znacznie szpitalom. Marszałek przyznał dzisiaj, że dotychczasowe oszczędności w dziale sanitarnym »graniczyły z okrucieństwem«, — można to uważać przecież za zapowiedź lepszej doli.

Radzie zdrowia i Dyrekcyi policyi udało się wreszcie wykołatać powiększenie liczby lekarzy »prostytucyjnych« do trzech. Na razie, co prawda, bardzo po prostu to urządzono. Liczbę prostytutek podzielono przez trzy, każda gromada będzie sobie płacić odrębnego lekarza. *Utinam falsi erint vates* ci, co powiadają, że w ten sposób na lata całe usunięto z porządku dziennego sprawę systemizowania stałych posad. Miarodajne sfery zapewniają, że to »prowizoryum« roku nawet nie potrwa, a ja chcę im wierzyć.

Na zakończenie pragnę zrobić reklamę tutejszej fabryce »Tlen«, która puściła w obieg mydła lecznicze, wyrabiane pod kontrolą lekarzy; — udziały całego przedsiębiorstwa prawie wyłącznie są w rękach lekarzy. Próbki, które mi przysłano, nie tylko nie ustępują wartością wyrobom zagranicznym, ale niektóre z nich wydają mi się lepsze. Razi mię tylko dołączanie cenników, zaopatrzonych uwagami terapeutycznemi, bo to do partactwa zachęcać może. *Uhma.*

VIII. XIX Kongres internistów w Berlinie.

(16—19 kwietnia 1901).

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

Bier (Gryfia): *O stosowaniu sztucznie wywołanego przekrwienia w celach leczniczych.* Autor wywołuje przekrwienie przez odsznurowanie zapomocą gumowych opasek; — skutki takiego zastoinowego przekrwienia kreśli w następujący sposób: 1) działanie bakteryobójcze, — a przez to nadaje się chorobom stawów gruźliczym lub rzeżączkowym korzystny zwrot, a nawet można zupełnie zwalczyć niektóre przypadki rozpoczynającej się ropówki *(phlegmone)*. Jedyną działającą postacią zastoinową jest t. zw. „gorąca zastoina“, przy której kończyna jest ciepła, czerwienieje i obrzmiewa; — nigdy natomiast nie należy stosować „zastoiny zimnej“ (kończyna sina i chłodna), pojawiającej się przy zanadto silnem odsznurowaniu. 2) Bujanie tkanki łącznej i zbliznowacenie: wiadomo bowiem, że przewlekła zastoina żylna prowadzi do bujania tkanki łącznej, okoliczność, która może mieć ważne znaczenie przy otorbieniu. 3) Działanie rozpuszczające: ponieważ przekrwienie zastoinowe upośledza wessanie rozpuszczonych części, należy przeto, przynajmniej przez kilka razy dziennie (2) powtórzone mięsienie, usunąć obrzęk, a później znów stosować zastoinę. — Korzystne skutki osięga się tem postępowaniem w przypadkach przewlekłego gośćca. 4) Ukojenie bólów: we wszystkich chorobach, w których widać pomyślny wpływ zastoiny, można także zauważyć uśmierzenie bolesności. Jeśli bóle stają się większe, zachodzi z reguły błąd techniczny. Powyżej przytoczone działanie odnosi się także z nieznaczną zmianą do przekrwienia czynnego.

Hanseman (Berlin): *Kiła płuc.* Jeszcze do dnia dzisiejszego zaprzeczają, by można na pewno rozpoznać kiłę płuc; — najczęściej ją mieszają z zserowaciałemi ogniskami gruźliczemi. Za dowody prawdziwego rozpoznania można jedynie uważać te przypadki, w których równocześnie istnieją i inne zmiany kiłowe, w szczególności zaś, jeśli w płucach znajdują się świeże szaro-czerwone ogniska zserowaciałe, w których drobnowid nie stwierdza prątków gruźliczych, a szczepienie gruźlicy daje wynik ujemny. Prelegent okazuje odnośne preparaty.

Levy-Dorn (Berlin): *Przyczynek do röntgenoskopijnej dermografii.* Prelegent demonstruje i objaśnia nowy przyrząd własnego pomysłu, zapomocą którego można szybko i łatwo nakreślić na skórze granice narządów wewnętrznych (serce, przepona), tak w położeniu chorego leżącem, jak i stojącem.

Hirschberg (Frankfurt a. M.): *Operacyjne leczenie przerostowej marskości wątroby.* Dotychczas cierpienie to jest uważane za nieuleczalne. Prelegent osiągnął pomyślny wynik zapomocą zabiegu operacyjnego u 51 letniego mężczyzny, pomimo że wątroba była nadmiernie powiększona. Na podstawie więc tego przypadku wyłuszcza Hirschberg przyczyny, które go skłoniły do operacyi. — Jest rzeczą dostatecznie dowiedzioną, że przy tej chorobie pozostają komórki wątrobowe przez dłuższy czas nietknięte, i że w wielu przypadkach dopiero skutkiem ucisku żółci, nagromadzonej w przewodach żółciowo-wątrobowych, zmienia się tkanka wątrobowa, pociągając za sobą ciężki stan chorobowy lub śmierć chorego. Celem więc leczenia winno być odprowadzenie na zewnątrz nagromadzonej w wątrobie żółci. Autor, kierując się tą myślą przewodnią, naciął po wykonaniu laparotomii wątrobę, z której sączyła się na zewnątrz żółć przez wytworzoną przetokę wątrobowo-brzuszną. Po 30 dniach rana się zagoiła i chory od roku ma się dobrze.

Naunyn (Strassburg) wątpi, czy w danym przypadku szło o przerostową marskość wątroby; — prawdopodobnie była to *cholangitis infectiosa.* W tej myśli przemawia także Rosenstein (Leiden): tem bardziej, że nie było żółtaczki.

Leyden (Berlin): *Myelitis acuta.* Autor odróżnia cztery postacie: *a) myelitis transversalis, b) myelitis disseminata, c) poliomyelitis* (wykluczyć należy zwyrodnienie po cherze, niedokrewności złośliwej, cukrówce itd.), *d) myelitis e spondylitide.* Z czynników etyologicznych zasługują na wzmiankę choroby zakaźne (grypa, dur), ciąża i połóg; — te postacie kończą się po części pomyślnie; dalej, wchodzą w grę urazy nietylko miejscowe, lecz ogólne wstrząśnienia, przyczem można przyjąć istnienie rozsianych ognisk wybroczynowych; — wreszcie przewlekłe zatrucia wyskokiem, ołowiem, arsenem itd. Autor uważa to cierpienie za nieuleczalne. O tym temacie mówił także Strümpell (Erlanga) z tem nadmienieniem, że rozsianego stwardnienia (sclerosis multiplex) nie należy zaliczać do przewlekłego zapalenia rdzenia kręgowego.

Bial (Kissingen): *Spostrzeżenia i badania w sprawie przewlekłej pentozuryi.* Dla lekarza-praktyka ma pentozurya o tyle znaczenie, że przeważnej liczby dotyczących przypadków chorobowych nie należy zaliczać do cukrówki moczowej, lecz przyjąć jako cierpienie samodzielne. W jakiej zaś części ustroju wytwarza się pentoza, jest do dziś dnia niewyjaśnione.

Ellinger i Seeling (Królewiec): *Wpływ obrażeń nerek na przebieg cukrzycy trzustkowej (Pankreasdiabetes) u psów.* Na zasadzie swych doświadczeń doszli autorowie do następujących wyników: 1) Jeśli u psa chorego na cukrzycę trzustkową wywoła się skutkiem kantarydyny ostre zapalenie nerek, wówczas zmniejsza się ilość cukru w moczu. 2) Ten wpływ kantarydyny na przebieg wydzielania cukru mija o wiele prędzej, aniżeli ustępuje wydzielanie białka. 3) Jeśli się rozwija ostre zapalenie nerek, cukier może zupełnie zniknąć. 4) To znikanie cukru polega na upośledzonej własności wydzielniczej nerek; — w takich przypadkach można także stwierdzić zwiększoną ilość cukru we krwi.

Naunyn (Strassburg) wątpi w prawdziwość tych wywodów; trudno je bowiem przenieść na patologię ludzką.

Singer (Wiedeń): *Dalsze doświadczenia nad etyologią ostrego gośćca stawowego.* Autor starał się udowodnić, że we wszystkich od trzech lat przez niego leczonych przypadkach, przyczyną choroby było zakażenie paciorkowcami i gronkowcami; — przyjmuje więc ostry gościec stawowy, jako cierpienie ropnicze. Zwraca się następnie przeciw szkole Leydena i Wassermana, która miała odkryć nowy drobnoustrój dla ostrego gośćca stawowego.

W nader ożywionej rozprawie zaznacza Michaelis (szkoła Leydena), że w swych badaniach i doświadczeniach nigdy nie znalazł drobnoustrojów, przytoczonych przez Singera; natomiast mikroby, odkryte przez Mayera, a stwierdzone również przez Leydena, uważane są jako swoiste dla gośćca stawowego.

Gluck (Berlin): *Chirurgia płuc* coraz bardziej się rozwija; Gluck rozporządza 14 przypadkami. Między innymi na wzmiankę zasługują 2 przypadki: pierwszy odnosi się do operowanego skutkiem nadmiernej dusznicy chłopca, który połknął igłę, a ta utkwiła w tchawicy; — nastąpiło wyleczenie. U drugiego zaś starszego mężczyzny, kilkakrotnie przedtem operowanego z powodu obfitego ropienia płucnego, — wykonał prelegent przed $1^1/_2$ rokiem dalszą ciężką operacyę płucną z wynikiem pomyślnym, mimo że usunięto cztery żebra.

Łącznie ze Zjazdem urządzoną była wystawa preparatów i przyrządów, służących do rozpoznawania lekarskiego. Ogólny podziw wzbudził Thornera (Berlin) wziernik oczny, zapomocą którego nawet nie władający techniką wziernikowania może z łatwością zbadać dno oka; — z preparatów zasługuje na wzmiankę kiła płuc wystawiona przez Hansemana.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

IX-te posiedzenie Wydziału odbyło się dnia 13. czerwca b. r. pod przewodnictwem prezesa prof. Jordana. Skarbnik, zdając sprawę ze stanu kasy zawiadomił, że dotychczas ubezpieczono się za pośrednictwem Towarzystwa na ogólną sumę 28 tysięcy koron. Następnie po dłuższej dyskusyi nad sprawą zakazu ordynowania lekarzy cywilnych cislitawskich na Węgrzech, uchwalono wystosować prośbę do tutejszej Izby lekarskiej, aby w porozumieniu z Izbą bukowińską zajęła się energicznie tą sprawą i wzięła ją pod obrady już na mającym się odbyć w październiku b. r. wiecu Izb. — Przyjęto projekt Towarzystwa Wzajemnych Ubezpieczeń, aby agenci tegoż Towarzystwa akwirowali ubezpieczenia z tem, że połowa prowizyi przypadnie Towarzystwu Samopomocy, a połowa agentowi; nadto będą ci sami agenci zjednywali członków dla Towarzystwa Samopomocy. Wykonanie tej uchwały i wygotowanie odpowiednich legitymacyi polecono skarbnikowi. — Referent komisyi, mającej opracować regulamin, zdał sprawę z dotychczasowych czynności i trudności, jakie się przy tem nastręczają; — polecono mu, aby wypracował projekt regulaminu, odpowiedniego dla obecnych stosunków, i przedłożył po jednym egzemplarzu poszczególnym członkom Wydziału do rozpatrzenia.

Z kolei wybrano komisyę z 3 członków, z prawem kooptowania doradców, której polecono opracować projekt zabezpieczenia lekarzy na starość, podobnie jak urzędników prywatnych. Projekt ten ma być gotowym do jesieni, aby już na najbliższem Walnem Zgromadzeniu mógł być wziętym pod obrady. — W końcu uchwalono udzielić z funduszu bieżącego członkowi Drowi Z. z S.... pożyczki 4% w kwocie 200 koron do dnia 1. lutego 1902 r.

Dr. Langie, I sekretarz.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło d. wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader przedstawił trzech chorych, przez siebie operowanych w klinice chirurgicznej; poczem kol.: Dobrowolski, Stankiewicz i Wojciechowski wygłosili zapowiedziane wykłady, ilustrując je okazami anatomicznymi.

* Rektorem Uniw. lwowskiego na r. 1901—2 wybrany został prof. L. Rydygier.

* Wydział krajowy przedstawi Sejmowi na jednem z pierwszych posiedzeń wniosek o podwyższenie płac sekundaryuszom szpitali lwowskich i krakowskich o 200 koron, oraz o ustanowienie 6 płatnych po 600 K. posad praktykantów szpitalnych.

* Prof. Stan. Zaleski otrzymał misyę naukową zbadania źródeł leczniczych syberyjskich.

* W jesieni b. r. parlament austryacki zabierze się do rewizyi ustawy Kas chorych w ogólności. Jest to krok wielkiej doniosłości dla stanu lekarskiego. Wobec tego faktu prezydya Izb: morawskiej, niższoaustryackiej i wiedeńskiej przesłały do Izby posłów petycyę, której główne punkta są następujące: 1) prawo należenia do Kas chorych przysługuje tylko tym osobom, których dochód nie przekracza 2000 koron; 2) Kasy nie będą miały prawa przyjmowania zgłaszających się dobrowolnie, jeśli ich dochód roczny jest wyższy nad 2000 koron; 3) Jeśli dochód roczny członka już przedtem wpisanego przekroczy 2000 k., Kasa ma obowiązek go wykreślić; 4) Ustawa ma wyraźnie zastrzedz możliwość wolnego wyboru lekarza, a w miejscowościach, których ludność wynosi 20000 i wyżej, dowolność wyboru ma być unormowana ustawowo; 5) płaca lekarska, co do wysokości, ma być postanowiona w porozumieniu Kas z miejscową Izbą lekarską; 6) jeśli Kasa nie wprowadziła wolnego wyboru, ma być zobowiązaną do nieprzydzielania na jednego lekarza więcej niż 1000 członków; 7) stanowisko lekarza w Kasie ma być prawnie zawarowane; 8) dyrektywa do zawierania takich układów między Kasą a lekarzem, oraz instrukcya służbowa, mają być postanowione przez Kasę w porozumieniu z Izbą lekarską; 9) nieporozumienia między Kasą a lekarzem roztrząsa sąd polubowny, do którego należeć ma i delegat Izby z prawem głosu; 10) pozbawienie posady lekarza Kasy nastąpić może tylko po porozumieniu się i za zgodą Izby lekarskiej.

* Prof. Dr. Hlava i Dr. A. Veselý złożyli do rąk Najjaśniejszego Pana memoryał, motywujący uchwałę III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich o potrzebie założenia drugiego czeskiego Uniwersytetu na Morawach. Na przemówienie prof. Hlavy Cesarz odpowiedział: »Sprawa założenia drugiego Uniwersytetu czeskiego jest trudna: z dwóch stron należy ją rozważyć. Trzeba zatem wyczekać, aż się nadarzy chwila stosowna«. Odpowiedź Monarchy nie jest odmową zasadniczą, a wyraża tylko obecny kierunek wewnętrznej polityki rządu, t. j. dotychczasowy narodowy stan posiadania i program inwestyjno-ekonomiczny. Ten kierunek inwestycyjno-ekonomiczny w polityce wewnętrznej długo w Austryi trwać nie może, a tymczasem zasiane ziarno kiełkować będzie siłą wrodzonej żywotności i doczeka się nadejścia »chwili stosownej«, której Czesi dopilnują i przypomną.

* Ósmy i ostatni Nr. »Věstnika III Sjezdu českých přírodospytců a lékařů v Praze« wyszedł dn. 12 b. m. W tych 8 numerach mieści się całokształt pracy naukowej Zjazdu, zebrany i ogłoszony z nadzwyczajną szybkością i dokładnością.

* Pod arkadami wiedeńskiego Uniwersytetu odsłonięte zostaną wkrótce popiersia profesorów Ducheka i Dumreichera.

* W Bernie szwajcarskim zawiązał się Komitet, w celu wystawienia pomnika sławnemu naturaliście, lekarzowi i mowcy, Albertowi Hallerowi, w 200-tną rocznicę jego urodzin.

* W Monachium rozpoczęto pierwsze kroki do zawiązania komitetu, mającego się zająć wystawieniem pomnika dla Pettenkofera. Oprócz pomnika, wdzięczne miasto zamierza nabyć i urządzić »Dom Pettenkofera«, w którym obok izb, mających uprzytomniać działalność długoletnią sławnego higienisty, mają być urządzone sale na posiedzenia towarzystw lekarskiego i przyrodniczego, oraz na pomieszczenie księgozbioru tych towarzystw.

* Rząd niemiecki zamierzył urządzić przy państwowym Urzędzie zdrowia Zakład do badania »nowych leków«. Jest to stanowczy i chwalebny krok przeciw bezkrytycznemu puszczaniu w obieg handlowy niezliczonej liczby przetworów, zaleconych hałaśliwą reklamą, a które później w zastosowaniu praktycznem, z niewielkim wyjątkiem, nie usprawiedliwiają tych nadziei, które w nich pokładano.

* Stany Zjednoczone wydały polecenie władzom portowym, ażeby chorych na gruźlicę nie wpuszczały w granice kraju.

* W okręgu Arnsberg (Westfalia) władza zarządziła obowiązkowe donoszenie o chorobach wenerycznych. Oczywiście, wobec szkody, którą wyrządza kiła rodzajowi ludzkiemu, krok ten zasługuje na wszelkie uznanie; lecz co się stanie z również obowiązującym przepisem o zachowaniu tajemnicy lekarskiej? czy zaprowadzenie tego donoszenia bez zmiany przepisu o zachowaniu tajemnicy lekarskiej, nie pociągnie za sobą gorszych następstw, np. zatajania chorób wenerycznych przed lekarzami, albo powierzania ich leczenia wszelkiego rodzaju partaczom?

* Kraje skandynawskie: Szwecya, Norwegia, Dania i Finlandia wydają wspólnie »Archiw", streszczający naukową działalność tych narodów. „Archiw" ogłasza streszczenia i spis bibliograficzny w 3 językach: angielskim, niemieckim i francuskim. Dzięki temu wydawnictwu cały dorobek literacki lekarzy skandynawskich dochodzi zagranicy w streszczeniach lub w artykułach oryginalnych.

* Jest zamiar założenia przy Uniw. berlińskim kliniki dla chorych z wypadków: ma to być szkoła, w której przyszły lekarz będzie mógł się wyćwiczyć w wydawaniu orzeczeń w sprawach, dotyczących

zdolności zarobkowania po wypadku, ubezpieczeń na życie i t. d., a które bądź co bądź należą często do bardzo trudnych i wielce odpowiedzialnych ze stanowiska etycznego i prawnego.

— W Warszawie znowu szerzą się choroby zakaźne. Od połowy Marca do połowy kwietnia przyjęto do szpitala św. Stanisława 48 chorych na ospę, 18 przypadków róży i 9 duru osutkowego. *(Zdrowie 5)*.

— Skutki zabiegów przeciwników szczepienia w Anglii nie dały długo na siebie czekać; w Glasgowie w ciągu 2 tygodni zachorowało na ospę 351 osób. *(Zdrowie 5)*.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr Kukula mianowany został profesorem nadzwyczajnym chirurgii w czeskim Wydziale lekarskim w Pradze.

Nekrologia. Dr. Leon Nunberg, lekarz okręgowy w Synowódzku (powiat stryjski) zmarł w 33 roku życia z duru osutkowego, którego się nabawił, zwalczając epidemię, grasującą w jego okręgu. Zmarły był wzorem koleżeństwa, sumienności zawodowej i gorliwości, którą przypłacił życiem. Tytus Mączewski, lekarz wojskowy, zmarł w Warszawie, licząc lat 46. W Berlinie zmarł prof. Langenbuch w 55 r. życia.

W Paryżu umarł Raul Mathieu, właściciel głośnej na cały świat fabryki narzędzi chirurgicznych.

Bibliografia.

Dr Kayer (Wrocław. **Wskazania do rozpoznawania i leczenia chorób krtani, nosa i uszu.** *(Berlin, wydawca S. Karger, 1901)*. Rzecz oczywista, że nabywa się wprawy w technice i rękoczynach, służących do badania i leczenia, tylko przez ćwiczenie na chorych pod kierunkiem nauczyciela. Autor zatem miał przedewszystkiem zamiar ułatwić lekarzowi praktycznemu zadanie rozpoznawcze i leczenie. Temu też celowi odpowiada wybór i opracowanie materyału. Autor przedstawia najpospolitsze typowe choroby krtani, gardła, nosa i ucha, które najczęściej w praktyce ogólnej się zdarzają, podnosząc przeważnie te szczegóły, które mogą przyczynić się do dobrego rozpoznawania i leczenia, a natomiast traktując tylko pobieżnie cięższe zabiegi, których wykonania od przeciętnego lekarza praktycznego wymagać nie można. Mimo krótkości i zwięzłości tej pracy autor wywiązał się szczęśliwie ze swego zadania, podając jasno i przeglądowo wszystko co jest najważniejsze a unikając zbytecznych szczegółów, zajmujących tylko specyalistów. *Dr. Spira.*

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 6: Arnstein: O użyciu środków czyszczących przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Sterling: Hidropatyczna opaska krzyżowa na piersi. Michelis: Przypadek nowotworu uda.

— *Medycyna* Nr. 24: Neugebauer: Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych. Sadowski: Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 24: Białobrzeski: Glycosolvol. Chełmoński: Stan układu nerwowego u suchotników i jego wpływ na przebieg gruźlicy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 24: Haškovec: Neurosis traumatica (c. d.). Brabec: O gangraené nosokomialní (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 46: Tuffier: Kokainizacya rdzenia pacierzowego. Sacquépée: O aglutynacyi *bacterium coli* przez surowicę durową.

— *Nr. 47.* Soury: Amiboizm (ruchy ameboidalne) komórek nerwowych i krytyka teoryj, wytworzonych na podstawie tej doktryny.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 24. Bettmann: O barwieniu czerwienią obojętną *(Neutralroth)* czerwonych ciałek krwi, zawierających jądra. Gebele: Żelatyna, jako środek tamujący krew. Heilbronner: O stanach patologicznych upicia się. Fraenkel: O t. zw. śluzaku wrzekomym otrzewnej. Hecht: O leczeniu gorącem powietrzem przewlekłego ropienia ucha środkowego. Scheffer: O nowym krążku macicznym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Kreibich: O bezprątkowem ropieniu w ciele ludzkiem. Hofbauer: O zwężeniach pochwowych przy pochwie podwójnej. Breitung: Przypadek kaszlu odruchowego przy ciele obcem w uchu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 24: Mertens: Przyczynek do sprawy odporności. Bornhaupt: Przypadek obumarcia jelita z zagadkowej przyczyny. Polakow: Uwagi o zapaleniu wyrostka robaczkowego. Kruse: Dalsze badania nad czerwonką i jej prątkiem (dok). Neubürger: Stosunek miażdżycy tętnic wieńcowych serca do schorzenia jego umięśnienia. Graul: O ubocznem działaniu ortoformu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24: Grawitz: W sprawie powstawania złośliwej niedokrewności na tle zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Grossmann: Przypadek tętnienia blizny w błonie bębenkowej. Albu: O znaczeniu dyety roślinnej. Karewski: Semiotyka i terapia zapalenia wyrostka robaczkowego (c. d.). Rodari: O nowej metodzie leczenia elektrycznego (dok.).

Nowe książki. Cornil et Renvier: Podręcznik histologii patologicznej. Wydanie 3-cie całkowicie przerobione. Tom I, Paryż.

Redakcya otrzymała: Wojno: K kazuistikie nierwnabo szwa.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

L. 2.184.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Gwoźdźcu**, z roczną płacą 1.000 Koron prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoźdźcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.200.

Zamierzający uzyskać ową posadę winien oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami określonymi w §. 7 ust. z dnia 2 lutego 1891, Nr. 17, Dz. ust i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca br.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Kołomya, dnia 14-go czerwca 1901 roku.

KONKURS.

L. 1036.

Zwierzchność gminna miasta Liska rozpisuje na podstawie uchwały Rady gminnej z dnia 22-go Maja 1901 r., konkurs na posadę lekarza miejskiego w **Lisku**, z płacą roczną 1000 Koron pod następującemi warunkami:

Chcący uzyskać powyższą posadę muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Nieskazitelny charakter;
4. Znajomość języków krajowych;
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6. Nieprzekroczony 40 rok życia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się przynajmniej dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym lub klinice po uzyskaniu dyplomu doktorskiego.

Powyższa posada będzie nadaną prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego po przekonaniu się o odpowiednej działalności kandydata może nastąpić stabilizacya.

Udokumentowane podania należy wnosić do Zwierzchności gminnej miasta Liska najdalej do dnia 31-go Sierpnia 1901 roku.

Lisko, dnia 27-go Maja 1901 r.

Rok XL. Kraków, 29 Czerwca 1901. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału prof. Rosnera w szpitalu św. Łazarza.

Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków.

Podał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Chcąc uniknąć silnego i prawie zawsze występującego zapalenia odczynowego, jakie zjawia się po zapuszczaniu azotanu srebrowego sposobem Credégo, starano się zastąpić przetwór ten lekami innymi, również pewnie działającymi, a mniej drażniącymi. Polecano środki najrozmaitsze, jak 3% kwas borowy (Wecker), formalinę 1% (Zweifel), kwas salicylowy (Bischoff), wodę chlorową (Schmidt-Rimpler), tymol (Schirmer), nadmanganezian potasowy (Valenta), karbol 1—2% (Olshausen, Späth, Krukenberg), sublimat 1:7000 (Erdberg, Schröder) i wiele innych. Jedne z nich nie mogły zastąpić azotanu srebrowego co do pewności działania, inne działały równie pewnie i skutecznie, ale były też i równie drażniące. Zaczęto więc szukać za takimi przetworami srebra, któreby posiadały te samą siłę działającą, a nie drażniły tak mocno spojówki. Z przetworów tych zaczęto stosować z dobrym skutkiem cytrynian srebrowy (Itrol) w 3% rozczynie, jak to poleca Schatz[1]), Zweifel zaś i Krönig[1]) stosują z dobrym skutkiem octan srebrowy.

Należący do gromady przetworów srebra protargol, zawierający 8·3% srebra, znalazł w okulistyce szczególniejsze zastosowanie i zdobył sobie liczny zastęp zwolenników, do których należeli tak wybitni uczeni jak Pergens[2]), Dissler[3]), Wicherkiewicz[4]), uważający go, jako środek swoisty w zapaleniu ropnem spojówki oka, Dagiliński, Praun[5]), Szulisławski[6]) i wielu innych. Praun, Darier[7]) i Fürst[8]) zaczęli polecać go nawet, jako środek zapobiegawczy przeciw ropnemu zapaleniu spojówki noworodków.

Pierwsze doświadczenia z protargolem przeprowadził Viggo Esman[9]) w roku 1898, stosując go u 277 noworodków, u 29 w rozczynie 2%, u 248 w jednoprocentowym. Spostrzegał tylko u 20% noworodków bardzo słabe objawy odczynowe, przyznaje więc temsamem, że protargol mniej drażni, ale zarazem twierdzi, że jest mniej od azotanu skutecznym.

Pojawienie się w roku 1899 pracy Cramera[10]), w której zwraca on szczególniejszą uwagę na tak częste i silne objawy zapalenia odczynowego spojówki oka po zapuszczaniu azotanu srebrowego, skłoniło nas do poszukiwania za środkiem innym, mniej drażniącym. W pierwszym rzędzie nasuwał się na myśl protargol, jako przetwór już w okulistyce znany i nawet do doświadczeń zapobiegawczych polecany. Tego też środka użyliśmy, nie w rozczynie 2%, jak Viggo Esman, ale w znacznie bardziej zgęszczonym, silniejszym nawet od tego, jaki polecał Darier, bo nie 10—15%, lecz w rozczynie 20 procentowym, gdyż w tem właśnie zgęszczeniu ma odpowiadać według Neissera i Prauna 2-procentowemu rozczynowi azotanu srebrowego.

Doświadczenia początkowe przeprowadziliśmy na 170 przypadkach i wyniki ówczesne ogłosiliśmy w „Przeglądzie lekarskim" z roku 1899. W chwili oddania pracy do druku pojawiła się rozprawa, omawiająca równocześnie z naszymi przeprowadzone doświadczenia w zastosowaniu protargolu, zamiast azotanu srebrowego, sposobem zapuszczań, zaleconych przez Credégo. Engelmann[11]) zakraplał podobnie jak my 20 procentowy rozczyn protargolu u 100 noworodków. Spostrzeżenia Engelmanna i nasze, zupełnie od siebie niezależne, bo prawie równocześnie przeprowadzone, zupełnie się zgadzają. Według Engelmanna było po zapuszczaniu protargolu bez wydzieliny 30%, według naszych obserwacyj 65%; wliczaliśmy w to wydzielinę tak skąpą, która nie trwała do dnia następnego, a co Engelmann oblicza osobno — 50%; więc razem, według Engelmanna było 80%, według nas 65% całkowicie bez wydzieliny lub z bardzo nieznaczną.

Wydzielinę znaczniejszą spostrzegał Engelmann w 20% przypadków, z tego trwającą do dnia 4-go 4%; u nas wydzielina znaczniejsza była w 35%, trwająca do dnia 5-go w 7%. Jeżeli porównamy stan oczek, t. j. nasilenie zapalenia odczynowego po zapuszczaniu azotanu srebrowego, ze stanem po użyciu protargolu, to się przekonamy, że dnia piątego według Cramera było jeszcze zapalenie odczynowe w 75% po azotanie srebrowym, po protargolu zaś zaledwie 7% według naszych obserwacyj. Engelmann zaś w dniu piątym już wcale zapalenia odczynowego nie spostrzegał. Na 100 obserwowanych przypadków Engelmann nieżytów następowych nie spostrzegał, jak również nie miał ani jednego przypadku ropnego zapalenia spojówki; według naszych doświadczeń nieżyt następczy pojawił się w dniu 8-mym pięć razy, w dniu 9-tym siedem razy; w jednym przypadku mieliśmy typowe zapalenie ropne.

Doświadczenia ówczesne z protargolem pod względem braku zadrażnienia spojówki nie były bardzo pomyślne, jednak jeszcze zupełnie zadowalniające co do pewności i skuteczności działania.

Nie zniechęceni tem, pozostaliśmy nadal przy protargolu wobec coraz to częściej pojawiających się prac, zalecających ten lek, chcąc dopiero wtenczas o środku tym wy-

rokować, kiedy oprzemy się na większej liczbie spostrzeżeń. Z końcem roku 1900 pojawiła się praca Zweifla[12]), w której autor ten potępia zupełnie protargol; używał on z początku roczynu 20%, po którym występowało silniejsze zapalenie odczynowe, aniżeli po azotanie srebrowym, zaprzestał więc tak silnego roczynu i wziął się do roczynu znowu skrajnie słabego, bo 2%. U 276 noworodków nie miał zapalenia odczynowego, ale aż 3 przypadki zapalenia ropnego; sam autor przyznaje, że 20% roczyn był za mocny, 2% za słaby, że „das Gute könnte in der Mitte liegen", lecz zniechęcony, potępił protargol i powrócił do wypróbowanego przez siebie azotanu srebrowego. Wkrótce potem pojawiła się publikacya Engelmanna[13]), w której autor, opierając się na 1000 przypadków, potwierdzających poprzednio ogłoszone spostrzeżenia, występuje w obronie protargolu.

Rozporządzając spostrzeżeniami u znaczniejszej liczby noworodków, u których stosowaliśmy protargol, uważamy sobie za obowiązek podać i nasze dalsze spostrzeżenia. Do dnia 1 maja 1901 mamy 1200 przypadków, z tego 170, ogłoszonych poprzednio w roku 1899. Przypadki późniejsze w liczbie 1030 liczymy osobno, bo postępowanie nasze przy tych było inne, a więc z tamtymi razem liczone być nie mogą. Według poprzednio ogłoszonych obserwacyj mieliśmy jeszcze w 35% przypadków zapalenie odczynowe, a w 7% nawet zapalenie to utrzymywało się do dnia 5-go; dlatego, chcąc usunąć zupełnie zapalenie odczynowe, nie stosowaliśmy, jak dawniej, 20% roczynu, ale roczyny słabsze. Najodpowiedniejszym okazał się roczyn 10-procentowy i ten stosowaliśmy we wzmiankowanych 1030 przypadkach. Roczyn ten dał nam wyniki znakomite; odsetek zapaleń odczynowych spadł z 35 na 10. Przy stosowaniu roczynu 20-procentowego mieliśmy 75% nieżytów następowych w dniu 8 i 9, w którym stosowaliśmy poraz wtóry jednorazowo ten sam roczyn, biorąc nieżyty te za zakażenie następowe. Zapatrywanie to okazało się mylnem: nie było to zakażenie następowe, ale tak silny odczyn po 20% roczynie protargolu, jaki występuje nieraz także po azotanie srebrowym, wywołany własnościami silnie żrącemi stosowanego środka. Przy użyciu 10% roczynu nieżytów następowych mieliśmy zaledwie 1·2 % i w tych nie stosowaliśmy już więcej roczynów silnych, ale słaby ½-procentowy i ten zupełnie usuwał powstały nieżyt po dwóch lub trzech zapuszczeniach. Na 1030 przypadków nie mieliśmy ani jednego przypadku zapalenia ropnego spojówki oka, a więc 0 procent. Jeżelibyśmy wzięli razem sumę wszystkich przypadków, gdzie był stosowany protargol, tj. 1200, to mieliśmy zaledwie 0·084% zapaleń ropnych. Jeżeli do tego dodamy, że materyał nasz, rekrutujący się ze sfer najuboższych miejskich i podmiejskich, bardzo obfituje w zmiany rzeżączkowe pochwy, to wyniki będą tym większym dowodem skuteczności i pewności w działaniu protargolu; a ponieważ i odsetek zapalenia odczynowego jest prawie minimalny, przeto protargol musimy uważać jako środek pod każdym względem znakomity, który powinien zastąpić azotan srebrowy w zapuszczaniu zapobiegawczem oczek noworodka. Sposób zapuszczania zachowujemy taki sam, jak podaliśmy w poprzednio wygłoszonych spostrzeżeniach. Zapuszczanie oczek polecamy wykonywać uczennicom szkoły położnych, chcąc się przekonać, czy środek ten będzie można oddać w ręce akuszerek i czy technika zapuszczania nie sprawi im trudności lub nie przyniesie szkody noworodkom. Najlepszą odpowiedzią jest przytoczony wynik przeprowadzonych obserwacyj na 1030 przypadkach, u których stosowany był 10% roczyn protargolu.

Nieznaczną ilość, bo tylko 10% zapaleń silniejszych odczynowych tworzą przypadki te w których porody były ciężkie, długotrwałe, porody twarzowe i porody operacyjne, zwłaszcza kleszczowe; przyczynę tego upatrywać należy w przekrwieniu całej uciśniętej główki, a więc i gałki ocznej, a wskutek ucisku powstałej większej wrażliwości tkanek. Silniejszy odczyn zależeć będzie także i od samego przetworu. Przetwory źle przygotowane, mające wydzielone srebro, działają silniej drażniąco. Jak wykazuje Engelmann, roczyn protargolu, przygotowany na gorąco, albo gotowany, tak samo jeżeli pozostaje przez czas długi na świetle lub w zetknięciu z metalami, wydziela srebro.

Opierając się na dotychczasowych spostrzeżeniach, musimy uważać protargol w 10% roczynie, jako jedyny środek, który może zastąpić azotan srebrowy, zwłaszcza przy zapuszczeniach zapobiegawczych oczek noworodków, a to dlatego, że działa w tym roczynie równie pewnie, jak azotan srebrowy, a prawie zupełnie nie drażniąco, czem przewyższa azotan srebrowy; zapuszczanie jest zupełnie nie bolesne i może być użyte w większej ilości; wreszcie można go przez czas dłuższy przechowywać. Jedyna tylko jego wada, t. j. stosunkowo dosyć wysoka cena wobec nieznacznej ilości, jaka jest potrzebna do użytku i wobec możności przechowywania go przez czas dłuższy bez szkody, nie powinna być przeszkodą, abyśmy środka tego do rąk akuszerkom nie oddali, co więcej władze rządowe, mając obecnie lek, który może zastąpić azotan srebrowy, powinny ustawowo nakazać akuszerkom stosować środek ten w praktyce, gdyż postępowanie obecne, ustawą przepisane, jak to w poprzedniej pracy wykazałem, jest bezcelowe i z gruntu niewłaściwe. W każdym razie lekarz, którego w wyborze metod postępowania ochronnego nie krępują żadne rządowe przepisy, powinien, mając w ręku tak znakomity środek, używać go stale u każdego noworodka.

Za łaskawe pozwolenie użytkowania materyału i nie szczędzenie cennych wskazówek składam W. Prof. Rosnerowi serdeczne podziękowanie.

Piśmiennictwo. 1) Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte zu München 1899. — 2) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1898. — 3) Archiv f. Augenheilkunde Bd. XXXVIII. — 4) Die ophthalmologische Klinik 1898 Nr. 18. — 5) Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. — 6) Przegląd lekarski. — 7) Die ophthalmologische Klinik 1898 Nr. 17. — 8) Fortsch. in. d. Medic. — 9) Archiv f. Augenheilkunde Bd. XXXVIII. — 10) Centralblatt f. Gynäkologie 1899 Nr. 9. — 11) Ibid, Nr. 30. — 12) Centralblatt f. Gynäkologie 1900 Nr. 51. — 13) Centralblatt f. Gynäk. 1901 Nr. 1.

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał

Prof. Dr. **Włodzimierz Sieradzki.**

(Ciąg dalszy).

Ze wszystkich tych badań nad przetaczaniem krwi pozostało zatem jedno, pierwszorzędnej wagi spostrzeżenie, że

w surowicy krwi istnieje jakaś istota, „coś“, co rozpuszcza, zabija ciałka czerwone krwi obcej, a więc jest dla tych komórek wrogiem. To było zatem pierwsze spostrzeżenie co do dzisiejszych „hemolizyn“ lub „hemotoksyn“, czy też „cytolizyn“ względnie „cytotoksyn“, surowic przeciwkrwinkowych i t. p., ale naturalnych, istniejących w prawidłowym ustroju zwierzęcym.

Sprawą tą więcej się nie zajmowano i dopiero dziś, po upływie blizko ćwierci wieku, poruszono ją na nowo. Poruszono zaś ją z innych przyczyn i w innym celu, a mianowicie wśród badań nad działaniem mikroorganizmów na ustrój, nad obroną tego ustroju przed mikroorganizmami, a więc znowu komórkami dla ustroju obcemi. Tak więc przychodzimy do sprawy zakażenia i odporności.

Nie tu miejsce i pora na szczegółowe rozstrząsanie tego tak ważnego i rozległego zagadnienia; w obecnym okresie nauki z prawdziwą trudnością przychodzi rozejrzeć się w tym istotnym chaosie badań, spostrzeżeń i teoryj, a tem trudniej zdać z nich sprawę w krótkich, ile możności, słowach. Zresztą, nie czuję się do tego bynajmniej powołanym, a obecnie poruszę i przypomnę tylko najważniejsze fakty z tego olbrzymiego działu nauki, potrzebne do zrozumienia dalszej części niniejszego wykładu.

Z licznych zagadnień, tyczących się sprawy odporności, którą, jak wiadomo, podzielić sobie można na odporność naturalną i sztuczną, ogólną i specyficzną, odporność na drobnoustroje jako takie i na ich wytwory wydzielnicze, odporność czynną i bierną i t. d., zwrócę uwagę przedewszystkiem na jeden szczegół. Cały szereg badań i spostrzeżeń wykazuje niezbicie, że każdy ustrój, broniąc się przed wprowadzonemi doń bakteryami, dąży przedewszystkiem do ich zniszczenia, zabicia, i że w odpowiednich warunkach, zależnych od różnych okoliczności, (gatunek zwierzęcia i bakteryj, ilość tych ostatnich, ich stan żywotności itd.) zdolny jest i istotnie spełnia to swoje dążenie. Tu już jednak zachodzi zasadnicza sprawa sporna, na czem to zniszczenie bakteryj polega, a panują tu dwa główne kierunki zapatrywań, nie licząc innych bądź dawniejszych, bądź też nie posiadających dużo zwolenników. Pierwsze, to teorya t. zw. fagocytozy, wprowadzona już bardzo dawno przez Miecznikowa i dotychczas broniona przez niego i licznych jego uczniów; według tej teoryi czynnikiem, niszczącym bakterye, wprowadzone do ustroju, są ciałka białe, a głównie pewien ich rodzaj, zwany makrofagami, które te bakterye, podobnie zresztą, jak i inne drobne cząsteczki (n. p. nieorganiczne) przyjmują wewnątrz własnego ciała komórkowego, pożerają je i w ten sposób niszczą. Bakterye zaś wogóle, względnie ich wytwory, mają właśnie to do siebie, że wprowadzone do ustroju przyciągają ciałka białe (*chemotaxis* Pfeiffera), które też spieszą naprzeciw nim dla obrony zagrożonego ustroju. Drugie zasadniczo odmienne zapatrywanie, to teorya t. zw. chemiczna, wedle której w sokach ustroju, a przedewszystkiem w surowicy krwi, znachodziłyby się istoty, ciała rozpuszczone, wprost dla bakteryj zabójcze, działające podobnie, jak środki antyseptyczne. Obie te teorye skutkiem wzajemnych ustępstw zaczynają się w ostatnich czasach zbliżać do siebie, a to z jednej strony przez to, że liczni zwolennicy teoryi chemicznej przyznają, że te istoty zabójcze dla bakteryj wytwarzają się w komórkach ustroju, a przedewszystkiem w leukocytach, z drugiej zaś strony i Miecznikow ze swymi uczniami nie zaprzeczają obecnie istnienia podobnych istot w sokach ustroju, aczkolwiek jeszcze trwają przy tem, że nie są one wydzielane przez ciałka białe, ale powstają tylko przy ich rozpadzie.

Buchner, który pierwszy zbadał dokładniej w surowicy krwi te istoty, zabijające drobnoustroje, nazwał je aleksynami i wykazał, że są to ciała, posiadające własności białek, o charakterze zaczynów (fermentów), ciała bardzo nietrwałe, gdyż giną w zupełności po ogrzaniu surowicy do 56° C. przez przeciąg pół do jednej godziny. Na istnienie aleksyn Buchnera, a zwłaszcza na tłómaczenie ich działaniem odporności wrodzonej, nie specyficznej, nie wszyscy jednak bakteryologowie się zgodzili, przeciwstawiając szereg odrębnych spostrzeżeń, nie zgadzających się z tem zapatrywaniem. Za to w przypadkach odporności nabytej, a zwłaszcza sprowadzonej sztucznie i specyficznej, stwierdziły niewątpliwie prace najpoważniejszych badaczy, że w sokach ustroju, a zwłaszcza w surowicy krwi zwierząt sztucznie uodpornionych, istnieją istoty, działające zabójczo dla odpowiedniego rodzaju bakteryj. Nie poruszając wielu innych, wspomnę tylko o jednem doświadczeniu t. zw. „fenomenie“ Pfeiffera, który polega na tem, że przecinki cholery, wprowadzone do jamy otrzewnowej zwierzęcia (świnki morskiej) uodpornionego przeciwko cholerze, bezwłocznie tracą ruchy, zbijają się w grudki, zmieniają postać, przechodząc w drobne ziarenka i po pewnym czasie giną zupełnie. Objaw ten Pfeiffera można zauważyć, jak to później stwierdził Miecznikow i Bordet, *in vitro*, a więc poza ustrojem, dodając do hodowli spirylów cholerycznych surowicy zwierzęcia uodpornionego. Z natury rzeczy poszukiwano bliższych wyjaśnień co do tych ciał uodporniających (Antikörper Buchnera o odróżnieniu od niespecyficznych aleksyn), w jaki sposób one się tworzą, jak działają i t. d.; tu znowu rozchodzą się znacznie zdania pojedynczych badaczy. Pierwszy Bordet, bo jeszcze w roku 1895, wyraził zapatrywanie poparte odpowiedniemi doświadczeniami, że w surowicy zwierząt uodpornionych działa nie jedna, ale dwie istoty, z których żadna sama dla siebie nie jest zdolną do zniszczenia danych bakteryj, lecz muszą one w tym celu istnieć i działać równocześnie. Jedna z tych istot jest specyficzną, na wpływy zewnętrzne, a szczególniej na wyższe stopnie ciepłoty wytrzymałą, druga zaś nie stanowi nic innego, tylko aleksynę Buchnerowską, obecną w surowicy krwi każdego prawidłowego zwierzęcia. I tak surowica świnki morskiej, uodpornionej przeciw cholerze, nie wywołuje charakterystycznej zmiany (objawu Pfeiffera) w hodowlach cholery, jeżeli ją poprzednio ogrzano przez pół godziny do 56° C.; jeżeli jednak do takiej nieczynnej surowicy doda się surowicy normalnej świnki morskiej, własności bakteryobójcze powracają (reaktywowanie surowicy). Przy szczepieniu więc zwierząt, czy to bakteryami, czy ich wytworami, powstaje tylko pierwsze specyficzne ciało, drugie, właściwie bakteryobójcze, nie specyficzne, istnieje stale w surowicy i wspólnie z pierwszem dopiero zdolne jest wywierać na drobnoustroje swoje działanie. Ta teorya „dwóch istot“ przyjętą została przez bardzo wielu badaczy; bliższe jednak jej szczegóły różnią się wielce między sobą w tłómaczeniu pojedynczych autorów. I tak Pfeiffer uważa istotę bakteryobójczą jako zawsze specyficzną; sądzi jednak, że może ona znajdować się w stanie nieczynnym, z którego przechodzi w stan czynny

pod wpływem jakiegoś zaczynu, znajdującego się w ustroju prawidłowym. Inni autorowie tłómaczą tę sprawę jeszcze inaczej, a rozpatrzenie się w tych poglądach utrudnia wielce niejednostajność wyrazownictwa, na co słusznie żali się Buchner na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Paryżu.

Obok tej najważniejszej własności surowicy zwierząt, uodpornionych względem odpowiednich drobnoustrojów, stwierdzono jeszcze inne, niemniej zajmujące, niemniej wywołujące różnicę zapatrywań, badań, tłómaczeń i teoryj. Jedną z nich to aglutynacya mikrobów, t. j. zjawisko, polegające na tem, że specyficzna surowica, wprowadzona do płynnej hodowli odpowiednich bakteryj, sprowadza ich zlepianie się w grudki, które po chwili opadają na dno naczynia. Zjawisko to było przedmiotem szczególniejszych badań dla bakteryj durowych, a pozwolę sobie przypomnieć ostateczny wynik tych badań, że aglutynacya nie jest bynajmniej w związku z odpornością, nie jest wcale jej wyrazem, natomiast jest i to tylko z pewnemi zastrzeżeniami objawem zakażenia i jako taka może mieć zastosowanie w rozpoznawaniu lekarskiem. Sama istota tego zjawiska, sam mechanizm aglutynacyi, znajdował bardzo liczne, a względem siebie odmienne tłómaczenia, o czem jeszcze poniżej w kilku słowach wspomnę.

Pokrewną do pewnego stopnia własnością z aglutynacyą jest inna jeszcze własność surowicy zwierząt, sztucznie uodpornionych, polegająca mianowicie na tem, że surowica ta w przesączach z płynnych hodowli odpowiednich bakteryj wywołuje strąt *(coagulatio, praecipiatio)*; ztąd przyjęto istnienie w surowicy t. zw. koaguliny lub precypityny, istoty specyficznej, która ten strąt wywołuje.

Pierwsze spostrzeżenie tego rodzaju zrobił Kraus (1897 r.) dla hodowli duru, moru i cholery, potem Nicolle dla prątka okrężnicowego, a Marmorek dla łańcuszkowca. Następną własnością surowicy zwierząt uodpornionych jest obecność antytoksyn, a więc istot, znoszących działanie toksyn, t. j. wytworów, wydzielanych przez bakterye. I znowu bliższe cechy tych ciał, ich powstawanie, sposób działania i t. d. stanowią wciąż przedmiot sporów naukowych, którym obecnie usiłuje położyć tamę teorya, utworzona przed kilku laty (1897) przez Ehrlicha, t. zw. teorya łańcuszków bocznych *(Seitenkettentheorie)*. O teoryi tej, rozwiniętej obecnie na całą sprawę odporności, będziemy musieli jeszcze wspomnieć w dalszym ciągu.

Z powyższego, bezwątpienia zbyt pobieżnego rzutu oka na sprawę odporności wynika, że w surowicy zwierząt uodpornionych dadzą się stwierdzić pewne właściwe istoty, z których najważniejszemi byłyby zatem: istoty rozpuszczające bakterye (lizyny), zlepiające ciała bakteryi (aglutyniny), wywołujące strąty w przesączach hodowli (koaguliny, precipityny), a a wreszcie istoty znoszące działanie toksyn (antytoksyny). Nie potrzebuję chyba zaznaczać, że tego rodzaju przedstawienie rzeczy stanowi tylko szemat, od którego pojedyncze przypadki muszą znacznie odbiegać. Wszak względem wielu bakteryj nie zdołano jeszcze wogóle wywołać doświadczalnie u zwierząt odporności, tembardziej zatem nie zawsze przy uodpornianiu muszą się zjawiać w surowicy krwi te wszystkie wymienione własności. Wogóle zaś nie można nawet obecnie przewidzieć, jaka tu rozmaitość zjawisk może mieć miejsce, których jeszcze dotychczasowe badania nie zdołały wykazać. Co więcej zaś, jak to kilkakrotnie zaznaczyłem, pozostają spostrzeżenia, już stwierdzone, po większej części w głębszej swej istocie jeszcze niewyjaśnione i niezrozumiałe i nauka nie doprowadziła dotychczas w tym dziale do jakichkolwiek pewników.

Ztąd też nieoceniona wartość musi posiadać każdy nowy kierunek badań, jako nowe źródło spostrzeżeń, odsłaniających rąbek tych tajemnic przyrody.

Wśród badań nad niszczeniem bakteryj przez surowicę krwi Daremberg[2]), ale przedewszystkiem Buchner[3]) już dawno, bo w pierwszej swej pracy o aleksynach zwrócił uwagę na analogię między działaniem surowicy na bakterye, a na ciałka czerwone, pochodzące ze zwierzęcia innego gatunku i wprost przypisywał to działanie temu samemu mechanizmowi. To wrogie działanie surowicy krwi względem ciałek czerwonych obcych, o czem mówiliśmy szerzej na początku, byłoby wyrazem pewnego rodzaju wrodzonej odporności ustroju względem ciałek czerw. obcych, które również podobnie jak bakterye napotykają w surowicy krwi istoty, nieprzyjazne dla swego życia. Zupełnie nowe światło na sprawę tego podobieństwa rzuciły najnowsze odkrycia istot zabójczych dla ciałek czerwonych obcych, wywołanych sztucznie w ustroju zwierzęcym, a również znachodzących się w surowicy krwi. Pierwszą wzmiankę o tych sztucznych, t. zw. dzisiaj hemotoksynach, czy hemolizynach, surowicach przeciwkrwinkowych *(sérum hémotoxique, hémolytique, antihématique)* i t. p. spotykamy w małej rozprawce, jaką w lecie r. 1898 wydali dwaj autorowie włoscy, Carbone i Belfanti[4]). Zauważyli oni mianowicie, że gdy wstrzyknęli do otrzewnej koniowi lub psu większą ilość krwi królika, surowica tych zwierząt stała się silnie trującą dla królików.

Właściwe jednak odkrycie sztucznych hemotoksyn jest niewątpliwie zasługą francuzkiego autora Bordeta[5]), który w kilka tygodni później i niezależnie od wspomnianych autorów włoskich ogłosił swoje pierwsze badania, w których odrazu, zdając sobie sprawę ze spostrzeganych zjawisk, postawił rzecz całą na właściwym gruncie i otworzył nową drogę dla badań biologicznych. Badając sprawę niszczenia bakteryj przez surowicę zwierząt uodpornionych i biorąc pod uwagę analogię ze zjawiskiem rozpływania się ciałek czerwonych krwi w surowicy zwierząt obcych, przeprowadził próby niejako uodporniania zwierząt przeciw krwi obcej, a to przez szczepienie zwierząt krwią obcą, t. j. przez wstrzykiwanie im kilkorazowe małej ilości krwi obcej do jamy otrzewnowej, lub pod skórę. Pierwsze tego rodzaju doświadczenie przeprowadził Bordet na śwince morskiej, której w odstępach kilkodniowych wstrzyknął 5—6 razy do otrzewnej odwłókniona krew królika. Teoretycznie postawione wnioski sprawdziły się najzupełniej. Podczas gdy krew i surowica krwi prawidłowej świnki morskiej zachowuje się względem krwi królika prawie zupełnie obojętnie i nie przedstawia tych zabójczych własności, jakie tak często napotyka się przy wzajemnem działaniu na siebie krwi innych zwierząt, to surowica świnki morskiej, szczepionej krwią królika w sposób wyżej podany, przedstawiała szereg charakterystycznych własności względem krwi króliczej. I tak surowica ta, dodana już w małej ilości do krwi królika, wywoływała w niej wybitną aglomeracyę (aglutynacyę) ciałek czerwonych, następnie zaś ich zupełne rozpuszczenie. Przez ogrzanie do 56° C. surowica ta nie traciła własności aglutynacyjnych, traciła natomiast własności hemolityczne, t. j. rozpuszczania

ciałek czerwonych; jednakowoż po dodaniu surowicy jakiegokolwiek prawidłowego zwierzęcia, między innymi prawidłowej świnki morskiej, a nawet tego samego królika, którego krew się bada, surowica ta, nieczynna wskutek ogrzania, odzyskiwała swoje pierwotne własności hemolityczne, czyli reaktywowała się. Przy rozpuszczaniu biorą więc udział dwie substancye: jedna wytrzymała na wyższą ciepłotę i specyficzna, druga ulegająca zniszczeniu przez ogrzanie do 56° C., która znajduje się w każdej prawidłowej surowicy krwi, nawet tego samego zwierzęcia, o którego ciałka czerwone chodzi przy doświadczeniu. Ta surowica czynna nie działa w ten sposób ani na krew innych świnek morskich, ani żadnych zwierząt, o ile nie działała na nie już prawidłowa surowica krwi świnki morskiej. Krew królika, wstrzyknięta do otrzewnej tej szczepionej śwince morskiej, rozpuszcza się natychmiast, podczas gdy w otrzewnej świnki morskiej nowej zachowuje przez długi czas swoje ciałka czerwone. Surowica czynna, zastrzyknięta do żyły królikowi, stanowi dlań już w ilości 2 sz. ctm. dawkę śmiertelną, podczas gdy surowica świnki nowej, zastosowana w ten sposób, jest nawet w bardzo dużych ilościach zupełnie obojętną dla królika. Zjawiska powyższe posiadają istotnie uderzające podobieństwo ze spostrzeżeniami, poczynionemi nad zachowaniem się ustroju zwierzęcia uodpornionego, względnie surowicy jego krwi, względem odpowiednich bakteryj; ustrój każdy tak samo oddziaływa na wprowadzenie obcych ciałek czerwonych, jak bakteryj. Działanie dwóch substancyj występuje również w procesie rozpuszczania ciałek czerwonych w sposób niewątpliwy i Bordet nie waha się twierdzić, że działa tu ta sama aleksyna Buchnera, odkryta dla bakteryj, lecz tylko łącznie z drugą istotą specyficzną, wywołaną szczepieniem. Dalszym wnioskiem Bordeta jest, że każde sztuczne uodpornienie jest tylko wzmożeniem prawidłowej czynności ustroju, a mianowicie trawienia komórkowego, gdyż nie wątpi, wierny ideom swego mistrza Miecznikowa, że istoty czynne w akcie odporności i walki ustroju pochodzą z ciałek białych. (C. d. n.)

III. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Mięsak policzka, rozwijający się na tle toczenia (*lupus*), i parę uwag w sprawie znaczenia urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Podał
Dr. M. W. Herman,
Asystent kliniki.

(Dokończenie)

Pozostaje teorya o pasorzytniczem pochodzeniu nowotworów. Tę, przystosowując do teoryi o znaczeniu dodatniem urazu w patogenezie nowotworów, najłatwiej obronić i nią też można w sposób, najbardziej do prawdy podobny, wytłómaczyć, dlaczego po urazie powstać może rak lub mięsak. Nieznany przyrzut, właściwy rakowi, względnie mięsakowi, krąży czasowo we krwi, dostawszy się tam albo przez narząd oddechowy (Jackson), drogą bardzo mało prawdopodobną, lub też przez przewód pokarmowy. A są spostrzeżenia, które każą szczególniej ości ryb i t. z. jabłka rajskie podejrzywać o własność łatwego przenoszenia owych przyrzutów. Drobnoustroje te krążąc we krwi, albo zostają z ustroju wydalone, albo też trafiwszy na szczególnie korzystne warunki osiadają w jakiemś miejscu, rosną i rozmnażają się, wywołując w ustroju odczyn miejscowy w formie guza, dla którego tkanka rakowata, względnie mięsakowata, jest tak charakterystyczną, jak np. gruzełek dla gruźlicy. — Sprawie tej towarzyszy równolegle odczyn ogólny, także niemal charakterystyczny, we formie charłactwa nowotworowego. I możemy sobie pomyśleć, a nawet, będąc przekonani o zakaźnem pochodzeniu nowotworów, łatwo wyobrazić, że owe swoiste drobnoustroje, czasowo krążące we krwi, i to właśnie wówczas, kiedy chory doznał urazu, znajdują w miejscu stłuczenia korzystne warunki dla swego osiedlenia się. Na warunki owe składa się wynaczyniona krew, bardzo dobra pożywka dla bakteryj w ogólności, zgniecione i życia pozbawione tkanki, upośledzenie krążenia itd. Podobne dobre warunki istnieć mogą w znamionach wrodzonych, w bliznach itd. Zakażenie nastąpić może również bezpośrednio, gdy na powierzchni ciała istnieje owrzodzenie (urazowe, wilk, wrzód podudzia, ropiejący kaszak itd.). Wówczas otwarta rana może uledz zakażeniu drobnoustrojami nowotworów złośliwych, tak jak w innych warunkach osiedlić się tam mogą prątki tężca, wąglika, promienicy itd. Jest wiele szczegółów, które bynajmniej nie zostają w niezgodzie z teoryą zakaźnego pochodzenia nowotworów złośliwych. Z nowszych badań podnieść należy spostrzeżenia, głównie autorów angielskich, stwierdzające, że częstość pojawiania się raka i mięsaka obecnie wzrasta. G. B. Massey wykazuje statystycznie kolosalny przyrost nowotworów złośliwych w Stanach Zjednoczonych. Mianowicie, gdy w r. 1870 umierało na 100.000 mieszkańców 35·4 na raka, to w r. 1898 na takąż liczbę umarło 66·4. Podobnie nagły, znaczny i wyraźny przyrost przypadków nowotworów złośliwych stwierdził E. N. Nason dla Anglii. Nie w tak rażącem świetle wystawia rzecz G. M. Scott, który, badając śmiertelność w jedym tylko obwodzie East Essex, znalazł w roku 1870 śmiertelność z powodu raka równającą się 6·36%, w r. 1880 7·73%, a w r. 1898 wynosiła ona 8·41%. Park wykazuje, że w Nowym Yorku w r. 1887 umarło 2.363 ludzi z powodu raka, zaś w roku 1898 znacznie więcej, bo 4.456. Wedle Payenego umierało w Anglii, wraz z księstwem Walii w latach 1851—1860 na milion mieszkańców 317 na raka, w następnych dziesiątkach lat 387, 473 a w latach 1881 do 1890 589. Zatem przyrost przypadków raka w 40 latach 86%. Również zestawienie Newsholmego wykazuje liczby analogiczne. Wedle tego autora umierało w Anglii w latach 1891—1895 712 ludzi na milion żyjących z powodu raka, w r. 1896 umarło zaś już 764. Tablice statystyczne Dra Diogenesa Deconda udowadniają, że i w Ameryce południowej wzmaga się ciągle śmiertelność z powodu nowotworów złośliwych. Do tych samych, a raczej podobnych wyników dochodzi C. Mäder wykazując, że w Prusiech, Saksonii i Badenie wzmaga się również względnie i bezwzględnie śmiertelność z powodu raka. Z wywodami Mädera godzą się poszukiwania, podjęte w tym kierunku w państwie niemieckiem przez Finkelnburga i R. Behla. Prócz tego istnieją spostrzeżenia autorów francuskich, wykazujące również wzmaganie się liczby umierających na nowotwory złośliwe.

Także i w Galicyi śmiertelność z tej przyczyny nie inaczej się przedstawia. Wedle „Sprawozdań c. k. krajowej rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi“ za lata 1890—1897, śmiertelność z powodu nowotworów złośliwych w naszej prowincyi tak się przedstawia:

w r. 1890 zmarło 1487 = 0·22‰, a obok dopisek „mniej więcej tyle umierało we wszystkich latach poprzednich, gdyż wykładnik waha się od 0·19 — 0·22 *pro mille*“; w r. 1891 zmarło 1516 (t. j. 712 m. i 804 k.); w r. 1892 zmarło 1479 (t. j. 710 m., 769 k.); w r. 1893 zmarło 1625 — 0·24 ‰ (t. j. 808 m., 817 k.); w r. 1894 zmarło 1675 (t. j. 829 m., i 846 k.); w r. 1895 zmarło 1604 — 0·24‰; w r. 1896 zmarło 1758; w r. 1897 zmarło 1851.

Zestawiając liczby te obok siebie, stwierdzić można niewątpliwie bezwzględny przyrost śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych, bo w roku 1890 zmarło z tej przyczyny osób 1486 a w r. 1897 znacznie więcej, gdyż 1851, liczba, nie pozostająca w żadnym stosunku z równoczesnym przyrostem ludności, zwłaszcza że chodzi tu przecież przeważnie o ludzi starych.

Mimo to jednak nie można liczb powyższych brać zupełnie bezkrytycznie. Wiele okoliczności składa się na to, że dziś dokładniej i lepiej rozpoznajemy, więc też, ale tylko pozornie, mnożą się liczby przypadków nowotworów złośliwych. Jednakowoż tak ogólne i ze wszystkich stron nawoływania nie mogą być bez znaczenia i zmuszają nas niejako do przyjęcia faktu wzmożonego szerzenia się nowotworów złośliwych. A że trudno przypuścić, aby dziś więcej ludzi się rodziło z wpryśniętymi komórkami zalążkowemi (Cohnheim!) niż dawniej, trzeba przyjąć inne czynniki, które na zjawisko to wpływają, a w pierwszym rzędzie albo rozszerza się przyczyna zewnętrzna, mogąca wywołać raka, albo też podupada odporność ustroju na owe nieznane wpływy. Boć chyba to nie może wpływać na częstość raka, że przeciętny wiek człowieka dzięki lepszym stosunkom higienicznym przedłuża się i dzięki temu więcej ludzi dożywa tego wieku, w którym raka najczęściej się dostaje. Takie objaśnianie sprawy bynajmniej do przekonania nie trafia i to tem mniej, że, jak się zdaje, przeciętny wiek chorych na raka obecnie się obniżył i coraz liczniej gromadzą się spostrzeżenia raka w drugim i trzecim dziesiątku lat.

Podobnie mało przekonywującem jest przypuszczenie niektórych autorów angielskich, tyczące się wyłącznie stosunków angielskich, a niestety nie mające wcale zastosowania u nas, w Galicyi, że szerzeniu się raka winne są lepsze warunki ekonomiczne, dzięki którym ludzie (ale w Anglii) lepiej się odżywiają, a specyalnie więcej spożywają mięsa, niż przed kilkunastu laty.

Więc mniemam, że większą ilość schorzeń na nowotwory złośliwe przypisać należy głównie ich pasorzytniczemu pochodzeniu, a nie próbuję rozwiązywać zagadnienia, czy to rozszerzył się bardziej sam przyrzut, czy też odporność ustroju ludzkiego w tym kierunku się obniżyła.

W dalszym ciągu przytoczyć można i inne fakty, przemawiające za teoryą zakaźną nowotworów złośliwych. W pierwszej linii wymienić należy dziedziczność, nie tak powszechną i typową jak w gruźlicy, ale w niektórych przypadkach zupełnie pewną. W tej chwili np. mamy w klinice chorego, którego matka i siostra poumierały na raka macicy, a on sam cierpi na raka odźwiernika. Możeby i te stosunki wystąpiły w barwach bardziej jaskrawych, gdyby nie ta okoliczność, że rak występuje w wieku, którego dożywa tylko część dziedzicznie obciążonych, większa zaś część umiera przedtem na inne cierpienia. W gruźlicy inaczej.

Następnie istnieją spostrzeżenia, zwłaszcza Powera, wykazujące, że pewne kraje i okolice częściej bywają nawiedzane rakiem, aniżeli inne. Autor stara się nawet uczynić to zależnem od budowy geologicznej. Spostrzeżenia te jednak są tak odosobnione i tak nieliczne, że na razie nie potrzebujemy ich brać w rachubę, podobnie jak i owe odosobnione zapiski o „domach rakowych“, w których jakoby tkwił ów nieznany przyrzut raka i zakażał kilka osób z porządku, które się tam osiedlały.

Mimo jednak wszystkich tych i tym podobnych spostrzeżeń, mimo bardzo licznych badań bakteryologicznych i doświadczalnych, przyrzutu raka nie znamy. Legion cały badaczy pracował i pracuje na tem polu; wykryto mnóstwo gatunków i rodzajów drobnoustrojów, o których przez chwilę mniemano, że one to właśnie są przyczyną raka, lecz żaden z odkrytych gatunków nie potrafił wytrzymać krytyki, więc go porzucano i szukano nowego. Niepowodzenie nie powinno zniechęcać; wszak mamy dziś cały szereg guzów, łudząco niekiedy podobnych do mięsaków, a o których wiemy na pewno, że są pochodzenia pasorzytniczego; wykryto w nich bowiem grzybka promienicy, prątka gruźlicy, trądu lub twardzieli, wykazywano w nich paciorkowce i gronkowce itp. Praca systematyczna i celu świadoma rozpoczęła się na tem polu już w roku 1849 (Broca), wkrótce podjął ją Robin (1865), a następnie od czasu poszukiwań Gussenbauera i Thomy (1889) nie schodzi niemal z porządku dziennego. Wykryto całe zastępy bakteryj, kokcydyów i drożdży, które miały być rzekomo obdarzone własnościami, mogącemi wywołać raka. Naprawdę jednak nic pozytywnego dotychczas nie wiemy. Mimo to jednak wydaje mi się, że ci, którzy w pracowniach bakteryologicznych szukają przyczyny nowotworów złośliwych, są na najlepszej drodze i nie powinno się ich sprowadzać niewiarą apriorystyczną i krytyką, nie zawsze przedmiotową, z obranego kierunku. Życzyć tylko sobie wypada, aby nie długo przyszło czekać na tego odkrywcę i aby się on między nami znalazł.

Wrodzona skłonność skutkiem dziedziczności, lub też nabyta dzięki sposobowi życia i wpływom zewnętrznym, powoduje, że przyrzut właściwy nowotworom złośliwym znachodzi więcej osobników, nadających się do jego rozwoju. Przyrzut ów, na wzór innych bakteryj, musi być bardzo rozpowszechniony w świecie nas otaczającym i wtargnąć może każdej chwili do ustroju, względnie do rany. Lecz potrzeba wielu, wielu warunków, dziś nam dokładnie nie znanych, któreby mu dozwoliły rozpocząć dzieło zniszczenia. Jednym z takich warunków, a równocześnie czynników, wywołujących niejako wybuch choroby, może być uraz, po którym u osobników do tego skłonnych, rozwinąć się może mięsak lub rak, podobnie jak się to dzieje u indywiduów gruźliczych, u których uraz bywa przyczyną wybuchu sprawy umiejscowionej.

Piśmiennictwo. 1) Dr. K. Würz: Ueber die traumatische Entstehung von Geschwülsten (»Beitr. z. klin. Chir. T. 26 Z. III«). — 2) Dr. O. Hahn: Ueber einen Fall von Carcinom der Kopfhaut in directem Anschluss an ein Trauma entstanden (»Beitr. z. klin. Chir. T. 26 Z. III«). — 3) Doc. Dr. W. Petersen i A. Exner: Ueber Hefepilze und

Geschwulstbildung (»Beitr. z. klin. Chir. T. XXV. Z. III«). — 4) Oderfeld i Steinhaus: Przedstawienie chorej po transplantacyi skóry na miejscu owrzodzenia, będącego rakiem skórnym (»Pam. Tow. lek. warszaw. Rok 1900 Z. IV«) — 5) Steinhaus: O urazowem pochodzeniu raka *(Ibid.)*. — 6. E. N. Nason: The influence of locality on the prevalence of malignant disease. (»Brit. med. journ. 1898 Ref w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 31«). — 7) Diogenes Decoud: Der Krebs in Buenos Aires und seine Behandlung (»Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 46«). — 8) D G. Heimann: Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Häufigkeit ihres Vorkommens etc. (»Archiv. f. klin. Chir. T. 57 Z. 4 i T 58 Z 1«). — 9) G M. Scott: Cancer mortality in East Essex (»Brit. med. Journ. 1900 Nr. 46«). — 10) G. B. Massey: The increasing prevalence of cancer as shown in the mortality statistics of American cities (»Amer journ. of the med. sciences 1900 Ref. v. Ctrbl. f. Chir 1900 Nr 15«). — 11) Dr R. Behla: Die geographisch-statistische Methode als Hilfsfaktor der Krebsforschung (»Ztschr. f Hyg. u. Infectkrank. T. 32«). — 12) Dr. C. Mäder: Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Jahren (»Ztschr. f. Hyg. u. Infectkrank. T. 33«) — 13) De la Camp: Carcinome in den ersten beiden Lebensdecenien (»Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 29«). — 14) Ribbert: Zur Enstehung der Geschwulste (»Deutsche med. Wochschr. 1896 Nr 30«). — 15) Dr. Goldmann: Anatomische Untersuchungen über die Verbreitungswege bösartiger Geschwülste (»Beitr. z. klin. Chir T. 18 Z. 3«) — 16) M. Walter: Ueber das multiple Auftreten primärer bösartiger Neoplasmen (»Archiv. f. klin Chir. T. 53 Z 1«). — 17) L Spitzer: Über eine Geschwulstbildung durch Raupenhaare (»Wien. klin. Wchschr 1897 Nr. 26«). — 18) Sgambati: Histologische Untersuchungen über embolische Krebsmetastasen (»Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 51«). — 19. W R. Williams: Note on multiple family cancer (»Brit med. Journ 1898 Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 18«). — 20) Dr. H. Lindner: Zur Kasuistik der scheinbar primären Geschwülste mit latentem Primärherde (»Beitr. z. klin. Chir. Bd 26«). — 21) N. J. Rosanow: Die pathologische Anatomie der Haut bei Krebskachexie (»Ref. v Ctrbl. f Chir. 1900 Nr. 9«) — 22) Chevalier: Sur un champignon parasite dans les affections cancereuses (»Ref. v Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 31«). — 23) Schüller; Beiträge zur Ätiologie des Geschwülste (»Ctrbl f. Chir. 1900 Nr. 18«) — 24) Prof. v Czerny: Warum dürfen wir die parasitäre Theorie für die bösartigen Geschwülste nicht aufgeben? (»Beitr. z. klin. Chir. XXV Z. I«). — 25) R. Park: An inquiry into the etiology of cancer (»Ref. v Ctrblt. f. Chir. 1898 Nr. 42«). — 25) Rosiński: Zur Lehre von der Übertragbarkeit des Carcinoms (»Verhandl. d deutsch. Gesellschaft f. Gynäkol. 7 Versamml) — 27) Dr. Kempf: Zur traumatischen Ätiologie maligner Tumoren (»Inaug. Diss. Göttingen 1900«). — 28) Carini: Contributo istologico e sperimentale alla etiologia dei tumori (»Ref. v Ctrbl. f. Chir. Nr. 52 r. 1900«). — 29) Schwalbe: Ein Fall von Lymphangiosarcom, hervorgegangen aus einem Lymphangiom (»Archiv. Virchowa T. 149«). — 30). A. Machol: Die Entstehung von Geschwülsten im Anschlusse an Verletzungen (»Inaug. Diss. Strassburg 1900«). — 31) Dr. Pichler. Zur Krebsfrage (»Wien. klin. Wchschr. 1900 Nr. 4«). — 32) H. Leugnik: Über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwickelung von Geschwilsten (»Deutsche Ztschr. f. Chir. T. 52«). — 33) Dr. Lang: Experimentelle Beiträge zur Geschwulstlehre (»Deutsche med. Wchschr. 1899 Nr. 20«). — 34) W. B. Coley: The influence of injury upon the development of sarcom (»Ref v Ctrbl. f. Chir. Nr. 30. 1898«). — 35) Dżemil Pasza: Sarkom des Netzes und des Colon transversum (»Ref. v Ctrblt. f. Chir. 1897 Nr. 39«). — 36) A. Adamkiewicz: Untersuchungen über den Krebs. Wien und Leipzig. 1893. — 37) L. Zembrzuski: Stan współczesny nauki o pasorzytniczem pochodzeniu raka (»Nowiny lekarskie, 1900 Nr. 5 i 6«). — 38) Dr. Sondermayer: Mięsak kości ramieniowej etc. (»Przegląd lekarski 1888 Nr. 26«). — 39) Emil Taufer: Beitr. z. Geschwulstlehre (»Archiv. Virchowa T. 151. Spl.-Hft.«).

IV. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jag.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, Docent dentystyki, i **Prof. Dr. Leon Wachholz,** Dyrektor Zakładu.

(Dokończenie).

Zęby, podobnie jak kości wogóle, ulegają bardzo powoli pośmiertnemu rozpadowi, a to dzięki swej zbitej budowie. Zdaniem Devergiego[44]) szkliwo zębowe jest prawie niezniszczalne. Pierwszą zmianę pośmiertną w zwłokach zgniłych, która dotyczy zębów, stanowi ich rozluźnienie i rozchwianie, wywołane zniszczeniem gnilnem części miękich, jak dziąseł, ustalających zęby w ich osadzie. Stopień rozchwiania się zębów w czaszkach, pozbawionych wskutek gnicia części miękich, zależy od zachowania się ścian zębodołów. Zawiązek zęba, objęty ze wszystkich stron ścianami wyrostka zębowego, choć z biegiem czasu spoczywa w nim luźno, nie może z niego wypaść i zaginąć. Skoro jednak ząb się wyrznie na zewnątrz zębodołu, to ponieważ nie jest on jeszcze na razie zupełnie wykształconym, to jest nie ma jeszcze dobrze rozwiniętych korzeni, wypada łatwo z szczęki, pozbawionej wskutek gnicia części miękich. Tak samo łatwo wypadają wówczas zęby o zanikłych korzeniach, np. zęby starcze; natomiast zęby zdrowe i dobrze rozwinięte, o korzeniach zakrzywionych, ujęte silnie ścianą zębodołu, utrzymują się w związku ze szczęką, chociaż dają się łatwo poruszać. Jak długo zęby opierają się po śmierci człowieka zniszczeniu, dowodzą niezbicie wyniki badań zoopaleontologicznych. Znajdowane w różnych pokładach ziemi zęby przedpotopowego mamuta i innych, nie tylko dały się makroskopowo jako takie stwierdzić, ale okazywały niejednokrotnie dobrze zachowaną budowę mikroskopową; tylko tkanka ich była zwykle nasiąknięta ciemno-brunatną, żelazistą masą, która prawdopodobnie przyczyniła się do ich zachowania. Starożytne egipskie mumie posiadają dobrze zachowane zęby, w których znajdowano, jako dowód starożytności sztuki dentystycznej, plomby złote. Ta oporność zębów na wpływy gnicia i czasu winna być wskazówką dla znawcy sądowego, że nawet upływ szeregu lat ich nie niszczy, wobec czego mogą one posłużyć do stwierdzenia tożsamości osoby. I tak w głośnym procesie Schalla[45]) stwierdzono tożsamość zwłok zamordowanego przezeń handlarza bydła, Ebermanna, w $2^1/_2$ lat po jego pogrzebaniu przy trzeciej ekshumacyi, a to na podstawie charakterystycznego, podanego przez jego kochankę, uzębienia (uderzająco szerokie i długie zęby przednie). Casper[46]) stwierdził identyczność zwłok w przypadku skrytobójczego otrucia, w 11 lat dopiero potem wykrytego, po znajdującej się protezie z czterema siekaczami, przymocowanej do zębów sąsiednich; Evans[47]) stwierdził tożsamość księcia Napoleona IV po czterech złotych plombach w pierwszych zębach trzonowych; w głośnym procesie profesora chemii Johna Webstera[48]), który zwabiwszy Dra Parkmanna do siebie, tutaj go zabił, zwłoki jego rozczłonił, a następnie je spalił w swej pracowni, stwierdzono tożsamość Parkmanna po sztucznej szczęce, rozłamanej na cztery części, sporządzonej ze złota; Hofmann[49]) oparł rozpoznanie wieku przesłanego mu szkieletu w głośnej sprawie Tisza Eszlárskiej między innemi na niewyrznięciu się jeszcze zębów mądrości, a obecności wszystkich innych, zwłaszcza drugich zębów trzonowych; skoro te ostatnie zjawiają się między 12 a 13 rokiem życia, zaś zęby mądrości najwcześniej w 16, przeto określił Hofmann wiek badanego szkieletu, jako mniej niż 16 lat liczący i w ten sposób stwierdził między

[44]) Devergie: Médicine légale. Paris 1840. Tom. I. Str. 186. Opowiada on, że szkielet króla Dagoberta, znaleziony w Saint-Denis w 1200 lat po śmierci, był dobrze zachowany i powtarza za Hallerem, że kościec, wystawiony na wpływy wilgoci i powietrza, rozpada się w znacznie krótszym czasie, tylko zęby, zwłaszcza szkliwo ich, jest prawie niezniszczalne.

[45]) Casper: Vjschr. f. ger. Med. T. I. 1852. Str. 274 i T. III 1853. Str. 339.

[46]) Casper-Liman: Handbuch d. ger. Med. 1889. T. II. S. 88.

[47]) [48]) [50]) Amoëdo l. c.

[49]) Wien. med. Wochschft. 1883.

innemi tożsamość danego kośćca z kośćcem Estery Solymossy. Tożsamość Bootha[50]), mordercy prezydenta Lincolna, stwierdzono po plombie i po charakterystycznym kształcie szczęki; tożsamość Gouffego[51]), w głośnym procesie przeciwko jego mordercom Gabryeli Bompard i Eyraudowi, stwierdzono po silnych środkowych i ku przodowi wysuniętych górnych siekaczach, po czarnem od dymu tytoniowego zabarwieniu siekaczy i kłów, wreszcie po bliźnie kostnej w miejscu wydobytego zęba trzonowego. Liczne przykłady[52]) inne dowodzą dostatecznie, jak dalece zęby długo opierają się zniszczeniu i jak wobec tego długo umożliwiają stwierdzenie tożsamości osoby. Oporność zębów względem gnicia i innych wpływów szkodliwych zależy w części od ich budowy i składu, w części zaś od jakości wpływów na nie działających. Zęby niebieskawo-białe, dotknięte próchnicą i starcze są mniej odporne, niż zęby zdrowe, całe i zęby ludzi w sile wieku. Orfila i Lesueur[53]) przekonali się, że zęby starców wskutek kilkomiesięcznego gnicia w ziemi rozmiękczały się i dawały się jak róg krajać. Zęby zwłok, leżących w wodzie, ulegających przeobrażeniu tłuszczo-woskowemu, dalej zęby zwłok, spoczywających w grobowcach i przez to nie wystawionych na działanie powietrza i chemicznych przetworów, mogą się doskonale zachować przez setki lat. Jeżeli natomiast zwłoki, a tem samem i zęby, narażone są na wpływ powietrza przy odpowiedniej wilgoci i na wpływ nizkoustrojowych roślin, względnie drobnoustrojów, wówczas szybko niszczeją i to w ten sposób, że się w swej osadzie rozluźniają, części ich organiczne wskutek gnicia znikają, części nieorganiczne zaś ulegają rozpuszczeniu, wreszcie pasorzyty roślinne je porastają i przerastają. Zęby takie są kruche, zębina ich staje się białawą, kredowatą i daje się krajać; podczas gdy szlif z zęba świeżego jest przeźroczysty, to szlif z zębów, jak mówimy zwietrzałych, jest ćmy. Paltauf[54]) znajdował przy mikroskopowem badaniu takich ćmych szlifów przestrzenie wolne w formie kanalików siatkowatych, najczęściej biegnących wzdłuż zęba, falistych, kolbowato u końców rozszerzonych, wypełnionych w części powietrzem, w części świecącymi kryształami i bakteryami. Zmiany te rozpoczynają się zdaniem Paltaufa od jamy miazgi zębowej i rozszerzają się ku obwodowi, nie dotycząc nigdy szkliwa. Zdaniem Wedla, Schaffera i Paltaufa przyczyną tych zmian mikroskopowych są algi, na zębach się osiedlające. Ponieważ algi nie mają przystępu do zębów zwłok dobrze przechowanych, n. p. w grobowcach, szkieletach muzealnych, przeto nie znalazł Paltauf tych zmian w zębie zwłok, spoczywających od lat 100 w grobowcu, natomiast znalazł je w zębie zwłok mężczyzny, zagrzebanych od 50 lat w miejscu, w którem dokonano na denacie justyfikacyi. W każdym razie wymaga i takie zwietrzenie zębów długiego czasu, t. j. kilkudziesięciu lat. W celu przekonania się o zmianach, jakim ulegają zęby naturalne i sztuczne, zdrowe i plombowane, pod wpływem gnicia, umieściliśmy w masie gnijących trzew ząb trzonowy dolny z plombą złotą, oraz jednę dużą porcelanową Jenkinsa, a drugą okrągłą czopkową, ząb dwuguzikowy ze złą plombą złotą i amalgamową złotą, ząb trzonowy dolny z plombą amalgamową Witzla, takiż sam siekacz, ząb przekrojony dwuguzikowy z plombą złotą, ząb mądrości z otworem na plombę, ząb trzonowy dolny z dużą plombą gutaperkową czerwoną i takiż z dużą gutaperkową białą (Hilstoping), takiż z dużą plombą amalgamu miedzi Lippolda i takiż sam z dużą plombą z cementu Harwarda, wreszcie dwa sztuczne zęby na kauczuku i z płytką złotą, oraz mostek nikielinowy z dwoma sztucznymi zębami i korony. Gnicie odbywało się przy wolnym dostępie powietrza w dostatecznej wilgoci i w ciepłocie przeciętnej 16°C. Po czterech miesiącach wydobyto wszystkie wymienione zęby, przyczem po dokładnem ich opłukaniu i wymyciu zauważono następujące zmiany: szkliwo zębów naturalnych było gładkie i lśniące, w barwie swej o tyle zmienione, że przybrało jednostajne żółtawe zabarwienie, które wybitnie się różniło i odbijało od białego zabarwienia doskonale do poprzedniej (przed gniciem) jego barwy dobranych plomb porcelanowych Jenkinsa. Tak plomby Jenkinsa, jak i sztuczne zęby, żadnym zmianom nie uległy. Plomby amalgamowe Witzla przybrały wejrzenie mosiądzu, plomba z amalgamu miedzi, poprzednio doskonale wypolerowana i gładka, była teraz chropowata, przy brzegach powleczona wyraźnym pokładem grynszpanu, który wniknął nadto w sąsiednie części szkliwa i zębiny. Mostek nikielinowy poczerniał, plomby z cementu Harwarda były również nieco zczerniałe, na plombach gutaperchowych znalazł się osad mas gnilnych, znacznie trudniej dający się usunąć, niż z innych plomb. Plomby złote nie ulegały żadnej zmianie. Korzenie wszystkich zębów z plombami metalowemi były brudno-czerwone z powodu nasiąknięcia częściowo jeszcze zachowanym barwikiem krwi trzew gnijących, w których zęby spoczywały, natomiast korzenie zębów z plombami gutaperkowemi, porcelanowemi, a mniej już cementowemi, były ciemno-szare. Ta różnica w zabarwieniu tłómaczy się chyba tem, że metale plomb działały konserwująco na barwik krwi gnijącej. Zarazem nadmieniamy, że różnica zabarwienia korzeni zębów występowała, pomimo że zęby te spoczywały obok siebie w tych samych warunkach, tj. w tem samem otwartem naczyniu.

Przy badaniu kośćców, znalezionych np. w ziemi przy sposobności robót ziemnych itd., musi znawca zwrócić swą uwagę także na zęby. Jeżeli znajdą się zęby luźne, tj. wypadnięte ze szczęk, ale zarazem i szczęki, to przez dopasowywanie ich do próżnych zębodołów szczęk uda się z łatwością zrekonstruować z nich uzębienie. Trudniejszem będzie zadanie, gdy niema szczęk, a tylko luźne zęby i mamy je zestawić w zwykłym porządku uzębienia, aby się przekonać, których zębów braknie, względnie, aby się przekonać, czy zęby znalezione należały do jednej, czy też do kilku osób. W tych razach kierując się anatomicznemi cechami zębów stałych i mlecznych, oddzielamy jedne od drugich, jeżeli w istocie między badanemi znajdą się oba ich rodzaje. Następnie w każdej z tych dwóch grup układamy osobno siekacze, osobno kły itd., a to wedle charakterystycznej budowy ich koron i korzenia. Pewną trudność sprawia rozgatunkowanie tych zębów na górne i dolne, a zwłaszcza na prawo i lewo-stronne. W tym ostatnim celu będą nam pomocne pewne znamiona zębów, jak znamię krzywizny, znamię kąta i znamię korzenia. Znamię krzywizny pozwala nam wyróżnić stronę zęba zwróconą do linii środ-

[51]) Lacassagne: L'affaire Gouffé Lyon. 1891.

[52]) Amoëdo l. c.

[53]) Gerichtlich med. Ausgrabungen. Leipzig 1842.

[54]) Paltauf: Der Zahn in forensischer Beziehung l. c.

kowej ciała, czyli stronę medialną od strony zewnętrznej, czyli odśrodkowej lub dystalnej, na stronie bowiem dośrodkowej (medialnej) przy powierzchni wargowej zębów krzywizna ich zwykle jest większą. Znamię kąta pozwala nam również wyróżnić stronę zęba dośrodkową od odśrodkowej, albowiem płaszczyzna dośrodkowego brzegu zęba tworzy z krawędzią korony jego kąt więcej ostry, gdy płaszczyzna odśrodkowego brzegu zęba w miejscu zetknięcia się z krawędzią koronową jest zaokrąglona. Zasada znamienia korzeniowego polega na tem, że linia idealna, łącząca koniec korzenia z środkiem żującej krawędzi korony, tworzy z tą krawędzią kąt, który ku stronie przynależenia zęba jest mniejszy, niż ku stronie przeciwnej. Po tych trzech znamionach możemy dokładnie podzielić badane zęby na prawo i lewo- stronne. Biorąc zaś pod uwagę kształt, wielkość, ilość guzków i ułożenie korzeni danych zębów, rozpoznamy które z nich są górne, a które dolne. W ten sposób można, jeżeli tylko dane zęby są dobrze zachowane, zestawić je w całkowite uzębienie, tem samem można orzec, czy one należały do jednej lub kilku osób. W końcu badamy znalezione zęby co do ich cech rasowych, płciowych i t. d., o czem poprzednio była mowa.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Wacław Zaremba (Wrocław): **Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi.** Praca nagrodzona na konkursie im. R. Pląskowskiego. Odbicie z „Pam. Tow. lek. warsz.“ Warszawa 1901. 8-vo, str. 226.

Praca powyższa, słusznie nazwana przez autora „zarysem“, podaje w krótkości dzieje psychiatryi i opieki nad obłąkanymi od czasów najdawniejszych aż po najnowsze, uwzględniając w wcale dokładny sposób tu należące piśmiennictwo. Po krótkim wstępie kreśli autor dzieje starożytne u Hindusów, Egipcyan, Chińczyków, Żydów, Greków i Rzymian (str. 3—40), potem dzieje psychiatryi w wiekach średnich (str. 40—86) łącznie z dziejami obłędów nagminnych, wreszcie dzieje psychiatryi nowożytnej, przyczem atoli pomija zupełnie dzieje najnowszego jej a tak potężnego rozwoju w dobie obecnej (str. 86—148). W końcowej części swej pracy podaje autor pogląd historyczny na leczenie chorób umysłowych, rozwój leczenia ich w stosownych zakładach (str. 149—172), omawia ustawodawstwa w stosunku do obłąkanych (str. 173—186), dzieje matołectwa (str. 186—188), a wreszcie krótkie dzieje rozwoju psychiatryi i zakładów dla obłąkanych w Polsce (tu opiera się autor wyłącznie na cennej pracy A. Rothego: „Rys dziejów psychiatryi w Polsce“), we Włoszech, Hiszpanii, Grecyi nowożytnej, Serbii i Bułgaryi, Rosyi, Szwajcaryi, Szwecyi i Norwegii, Danii, Brazylii, na wyspie Trynidad, w Australii, Japonii i w Stanach Zjednoczonych północnej Ameryki.

Całość pracy, mimo nagromadzenia w niej wielkiego materyału, czyta się łekko, z zajęciem i dlatego nadaje się ona przedewszystkiem dla szerszego grona lekarzy. Zawodowy psychiatra miałby jej do zarzucenia pewną niewłaściwość w doborze terminów, jak n. p. *mania* prześladowcza zamiast *obłęd,* lub pomieszanie z urojeniem prześladowczem, *mania* tańczenia i t. p., przedewszystkiem zaś pominięcie dla dzisiejszego psychiatry najważniejszej części, t. j. rozwoju psychiatryi w ostatniem 25-cioleciu. W każdym razie należy pracę tę powitać z uznaniem dla autora, wzbogacającego w ten sposób skąpe nasze oryginalne piśmiennictwo psychiatryczne. *Wachholz.*

VI. Wyciągi.

Dührssen: **Leczenie zachowawcze ropnych guzów przydatków macicy, oraz leczenie ich stanów następowych przez nacięcie pochwowe.** *(Berl. klin. Wochs.,* Nr. 16, 1901). Przechodząc rozmaite sposoby operacyjne spraw ropnych przydatków macicy, podaje autor sposób odróżnienia guzów przydatków od spraw zapalnych okołomacicznych. Za obecnością guza przydatków, t. j. trąbki albo jajnika, przemawia brak bezpośredniego związku między czasem powstania guza, a przebytym porodem lub jakimś zabiegiem operacyjnym. Wysięk zapalny okołomaciczny nigdy nie trwa tak długo, jak guzy przydatków, albo ulega wessaniu, pozostawiając po sobie zrosty, albo przechodzi w zropienie, które przeszedłszy na otrzewną, sprowadza w kilku dniach śmierć, albo też wydostawszy się na zewnątrz dobrowolnie, bądź operacyjnie kończy się wyleczeniem. Przy badaniu wewnętrznem nacieki zapalne okołomaciczne są więcej rozlane, zajmują najczęściej zatokę Douglasa, wypychają ścianę tylną pochwy w postaci wału ku górze, przechodzą na boki aż do ścian miednicy, nadto granica ich górna oznaczyć się nie daje. Guzy ropne przydatków mają kształt więcej okrągły, wypychają zazwyczaj sklepienia boczne do pochwy, dadzą się dookoła odgraniczyć i nawet przedstawiając się jako nieruchome, dadzą się od miednicy odsunąć. Tylko przy obecności guzów przydatków, wraz z wysiękiem zapalnym okołomacicznym, mogą być oba objawy. Przy guzach ropnych przydatków wypuszcza autor ich zawartość przez pochwę; przy równoczesnem zajęciu i tkanki okołomacicznej celiotomia pochwowa nie wystarcza, trzeba zrobić wyłuszczenie przydatków, o ile można z utrzymaniem macicy i chociaż części jajników. *P.*

Dr. Nikołajew: **O ostrem porażeniu wstępującem Landry.** *(Bolniczn. Gaz. Botkina,* 1901, Nr. 12). Autor opisuje przypadek ostrego porażenia wstępującego Landry, który zakończył się wyzdrowieniem. Chory 20-letni na 4 dni przed przeniesieniem do szpitala dostał gorączki, połączonej z bólem głowy, nieżytem nosowym, kaszlem, łamaniem w kościach i obfitem poceniem się; objawy te po 3 dniach ustąpiły całkowicie; 4-go dnia chory czuł się zupełnie dobrze, noc przespał spokojnie i dopiero nazajutrz, chcąc wstawać z łóżka, zauważył znaczne osłabienie kończyn dolnych; w szpitalu, dokąd został przeniesiony, osłabienie to wzmagało się i ku wieczorowi przeszło w całkowite prawie porażenie (wiotkie), jednocześnie zaś sprawa posuwała się wyżej, tak, że następnego już dnia rankiem i ręce poczęły odmawiać posłuszeństwa choremu, wieczorem zaś tego dnia (2-go dnia pobytu w szpitalu) chory nie był w stanie wykonać żadnego ruchu samodzielnego, a nawet przy podnoszeniu go trzeba było podtrzymywać głowę, gdyż ta, skutkiem porażonego stanu mięśni szyi, opadała ku tyłowi: 3-go dnia pobytu w szpitalu wystąpiły objawy opuszkowe: utrudnienie mowy i połykania, a nawet objawy duszności; oddech stał się szybszym (liczba oddechów z 14—15 na minutę, jak było dni poprzednich, wzrosła do 26—27), również i liczba tętna podniosła się z 72 do 100, a nawet 120 na minutę; ciepłota wahała się pomiędzy 36·8°, a 37·2°. Czucie skórne (czucie bólu, cieplne, dotykowe) nawet podczas najwyższego nasilenia objawów porażonych na całem ciele było znacznie wzmożone; odruchy ścięgniste, zwłaszcza kolanowy, prawie całkowicie zniesione; samopoczucie i sen były wogóle dobre; dopiero po wystąpieniu objawów duszności sen był przerywany, podczas czuwania chory czuł niepokój. Oddawanie moczu (brak białka, obfity moczan sodowy) było zupełnie swobodne; stolce oddawał chory dopiero po lawatywie. Stan ten utrzymywał się przez 2—3 dni, poczem nastąpiła poprawa, objawy porażenne powoli ustępowały w odwrotnym kierunku (t. j. z góry ku dołowi), tak, że po upływie 4 miesięcy chory wrócił do zupełnego zdrowia. Zdaniem autora porażenie wstępujące rozwinęło się w danym przypadku na tle grypy, za czem przemawiać się zdają objawy, poprzedzające właściwą chorobę, oraz stwierdzone następnie powiększenie śledziony i nieżyt oskrzeli. Ze względu na to, iż cierpienie to często bywa poprzedzane rozmaitemi chorobami zakaźnemi (w danym przypadku grypą), autor przypuszcza, iż podczas walki ustroju z różnemi chorobami zakaźnemi mogą się wytwarzać w pewnych warunkach między innemi i ciała jadowite (toksyny), działające głównie na komórki ruchowe w rogach przednich rdzenia, a więc porażenie wstępujące Landry należałoby uważać za cierpienie, zależne li tylko od zatrucia ustroju (intoksykacyjne, a nie infekcyjne, jak sądzą inni). Wychodząc z tego założenia, autor w danym przypadku nie stosował zwykle polecanych w takich razach środków, lecz dążył do wydalenia z ustroju czynnika trującego przez podawanie środków napotnych i moczopędnych. Być może, sądzi autor, iż ta metoda uratowała choremu w danym przypadku życie, zwłaszcza iż cierpienie tutaj posunęło się już tak daleko, że stan taki zwykle bywa uważany za beznadziejny. *Dr. Gliński.*

K. Výmola. **Twardziel zakaźna (Infekcni sklerom).** *Sbornik klinický*, 1901, zeszyt 4). Autor z kliniki Prof. Kaufmanna opisuje 7 przypadków twardzieli w różnych częściach górnych dróg oddechowych. We wszystkich tych przypadkach rozpoznanie było stwierdzone badaniem histologicznem i bakteryologicznem. Ostateczne wnioski, do jakich autor dochodzi, są następujące: 1) twardziel jest rzadkiem cierpieniem zakaźnem o przebiegu przewlekłym i umiejscowieniu rozmaitem. Swoisty prątek, odkryty przez Frischa, wyraźnie się odróżnia od innych prątków podobnych. 2) Jako czynniki usposabiające do twardzieli uważać należy uraz i przewlekłe nieżyty błony śluzowej górnych dróg oddechowych. 3) Co się tyczy umiejscowienia, to należy rozróżniać: *a*) twardziel jamy nosowej, *b*) — gardła, oraz *c*) krtani. 4) Wpływ narodowości, wieku, płci, oraz klimatu nie jest jeszcze dostatecznie określony, 5) Drogą szczepienia zwierzętom guzów twardzielowych nie udaje się wywołać u nich zmian podobnych. 6) Prątki twardzielowe nie wywołują u zwierząt charakterystycznych zmian i nie są dla nich chorobotwórcze; powstające niekiedy przy szczepieniu ropienie jest zależne od przypadkowych zanieczyszczeń innymi drobnoustrojami. 7) Leczenie twardzieli winno być przyczynowe: używając do leczenia zmienionej przez siebie metody Pawłowskiego (do wstrzykiwań zamiast zalecanej przez Pawłowskiego rinoskleryny — toksyn prątka twardzielowego, używał autor proteinów tegoż prątka, i to w stanie zagęszczonym), autor miał dotychczas zawsze dobre wyniki. Doświadczenia swoje prowadzi autor dalej, chorzy leczeni przez niego znajdują się pod dalszą obserwacyą. *Dr. Gliński*

Wencise. **Drobnoustroje w jamie ust noworodka w chwili porodu i ich wpływ na powstawanie zapalenia sutka.** (*Beitrag z. Geburt. u. Gynäk.* Bd. IV.). K. przeprowadził doświadczenia na 50 noworodkach, biorąc do badań wydzielinę jamy ustnej z chwilą urodzenia się główki ze szpary sromowej. Usta dziecka po cięciu cesarskiem były wolne od drobnoustrojów; natomiast 97.5% dzieci, urodzonych siłami natury, miało w jamie ustnej najrozmaitsze drobnoustroje: gronkowce miało 43·9%, paciorkowce 14·6%. Wszystkie znalezione drobnoustroje miały wielką siłę żywotną i ilość ich w pierwszym tygodniu znacznie się zwiększała. U wszystkich dzieci, których matki cierpiały na zapalenie ropne sutka, znajdowały się w jamie ustnej zawsze gronkowce, a u 73·7% także i paciorkowce. W jednym przypadku mógł autor wykazać stanowczo zakażenie sutka przez jamę ustną noworodka; w innych przypadkach zakażenie to było bardzo prawdopodobne.

Drobnoustroje jamy ustnej noworodka są takiesame, jakie znajdują się w pochwie matki, bo część ich połyka sam płód podczas przechodzenia przez pochwę, część zaś wpycha mu do ust skurcz pochwy. Oczyszczenie zupełne jamy ustnej jest niemożliwe; dlatego autor radzi działać zapobiegawczo i aby nie sprowadzić zapalenia ropnego sutka, odstawić dziecko chwilowo od piersi, skoro tylko brodawka popęka. *P.*

Knöpfelmacher. **Ilość pokarmu u osesków.** (*Wiener med. Presse* 1901, Nr. 17). Przy karmieniu noworodków zwracamy przedewszystkiem uwagę na odpowiedni skład pokarmu, na częstość jego podawania i ilość przy każdorazowem karmieniu. Dla noworodków, karmionych piersią matki, jakość pokarmu jest bardzo rzadko nieodpowiednią; co do częstości karmienia, to należy w tygodniach pierwszych podawać pokarm co dwie godziny, bo na strawienie wyssanego pokarmu potrzeba 1½ godziny; reszta więc czasu, to jest ½ godziny, pozostaje na wypoczynek żołądka. Ilość pokarmu, jakiej dziecko potrzebuje na jeden raz, podaje autor na każdy tydzień, przytaczając odpowiednie zestawienie Feera i Pfaundlera; z tych zestawień wyprowadza dowód, iż noworodek prędzej powinien pobierać naraz pokarmu za mało, aniżeli za dużo. Dzieci przeładowywane, wyglądające z początku nawet bardzo dobrze, dostają rozstrzeni żołądka i chorują. Przy karmieniu sztucznem musimy podawać pokarm co 3—4 godziny i w mniejszej na raz ilości, bo mleko krowie dłużej zalega w żołądku niestrawione. Litr mleka kobiecego, jak i krowiego, ma 630 kaloryj; ponieważ jednak ze względu na trudną strawność nie możemy podać noworodkom czystego mleka krowiego, tylko rozprowadzone wodą, dlatego otrzymują mniejszą ilość energii; brak ten usuwa mieszanka Soxhlet-Heubnera (jedna część 12·3% roztworu cukru mlecznego na dwie części mleka), a jeszcze lepiej śmietanka Biederta. Sztuczne te pokarmy musimy jednak podawać rzadziej i w mniejszej ilości, aniżeli pokarm matki, dlatego mimo nawet odpowiedniego przygotowania pokarmu przy sztucznem karmieniu noworodki mniej pobierają energii. Aby temu zapobiedz, radzi autor zwiększyć w sztucznym pokarmie ilość tłuszczu, a unikać nadmiaru istot białkowatych. *P.*

Stark (Poznań). **Zmiany w skórze pod wpływem wewnętrznego używania arszeniku.** (*Monatshefte für practische Dermatologie.* Tom XXXII, Nr. 8, 1901 i *Nowiny lekarskie* 1901, Nr. 6). Autor opisuje dwa przypadki zmian barwikowych w skórze po wewnętrznem używaniu arszeniku. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety młodej, cierpiącej na trądzik twarzy, u której obok maści ichtyolowej zalecił autor wewnętrzne podawanie arszeniku pod postacią *Sol. arsenic. Fowler. — Aq. menth. piper. aa.* od 3 kropli 3 razy dziennie, co 3 dni o trzy krople dziennie więcej, aż do 20 kropel dziennie. Po trzech tygodniach trądzik prawie ustąpił, skóra jednak nabrała wyraźnego zabarwienia żółtego, co tak chora, jak i autor przypisywali mylnie działaniu maści ichtyolowej, która, jak wiadomo, barwi czasowo skórę na żółto. Zalecono maść borową i dalsze zażywanie arszeniku. Gdy po trzech tygodniach chora się przedstawiła, można było stwierdzić brudno żółte zabarwienie całej skóry, nawet spojówki były żółte, a pod pachami, w przegubach łokciowych, w pachwinach i pod kolanami wystąpiło ciemno brązowo-żółte zabarwienie.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny, na tęsamą chorobę w tensam sposób leczonego. U chorego wystąpił przy wysokiej dawce dziennej arszeniku (3 razy dziennie po 20 kropel) półpasiec na twarzy, poprzedzony bólami nerwowymi w twarzy. Po zaprzestaniu podawania arszeniku znikł półpasiec wkrótce. Po trzech tygodniach chory rozpoczął napowrót zażywanie arszeniku i znów zjawił się półpasiec w temsamem miejscu, ale o przebiegu znacznie łagodniejszym; autor nie odstawił arszeniku, ale tylko zmniejszył dawkę, a przy powolnem stopniowaniu do dawek wysokich półpasiec już się nie pojawił.

Następuje rozbiór krytyczny tych przypadków. Pierwszy, zdaniem autora, miał pewne podobieństwo do choroby Addisona, a to dlatego, że i spojówki były zabarwione na żółto, co się przy używaniu arszeniku, zdaniem autorów, nie przydarza. Zresztą zabarwienie skóry w wspomnianej chorobie wyprzedzają objawy ze strony żołądka i serca, czego tu nie było. Najlepszym dowodem, że arszenik spowodował to zabarwienie, było ustąpienie zmian barwikowych w przeciągu pięciu tygodni po odstawieniu arszeniku. W drugim przypadku idzie o rozstrzygnięcie, czy wystąpienie półpaśca było następstwem podawania arszeniku, czy też było tylko przypadkowe. Przeciw związkowi przyczynowemu występują Kaposi i Neisser na tej podstawie, że przy dalszem podawaniu arszeniku półpasiec zwykle się nie pojawia. Zdanie tych autorów nie wytrzymuje krytyki. Wszak tak często podawany wewnętrznie jodek potasowy już w małych dawkach wywołuje nieraz zaburzenia w trawieniu, trądzik jodowy i t. d.), a przy dalszem jego podawaniu nawet w dawkach znacznie wyższych objawy te u tegosamego osobnika później nie występują wcale. Nadto w opisanym przypadku wystąpił półpasiec ponownie przy podawaniu arszeniku, chociaż przebieg jego był łagodniejszy: ustrój przyzwyczaił się częściowo do arszeniku, odczyn był więc słabszy, aż wreszcie znikł przy dalszem podawaniu arszeniku. Zdaniem więc autora powstanie półpaśca w tym przypadku jest w niewątpliwym związku przyczynowym z wewnętrznem podaniem arszeniku. *Dr. Żydłowicz.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w d. 1 maja 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II. Kol. Prezes zawiadamia, że do Komitetu, powołanego przez Tow. lek. dla ułatwienia wzięcia udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, którego prezesem jest kol. prof. Wicherkiewicz, uchwalił Komitet Tow. lek. zaprosić kolegów: Kwaśnickiego, Raczyńskiego i Majewskiego; tego ostatniego na sekretarza. Przyjęto do wiadomości.

III. W sprawie załatwienia wniosków, które się wyłoniły na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa po odczycie prof. Bujwida, uchwalił Komitet wezwać kol. prof. Bujwida, aby w komisyi przemysłowo-lekarskiej poruszył sprawę szczepienia bydła tuberkuliną i z gotowymi wnioskami tej komisyi wystąpił przed Towarzystwem. Przyjęto do wiadomości.

IV. Następnie kolega prof. Kader miał zapowiedziany wykład. O wynikach znieczulania rdzenia pacierzowego metodą Corning-Biera.

Metodę tę zastosował prelegent dotąd w 86 przypadkach; w 76 z nich znieczulenie było zupełne; w reszcie przypadków nie pojawiło się ono, lub się okazało niewystarczającem tak, że musiano w następstwie przystąpić do uśpienia chloroformowego. Najstarszy z opero-

wanych, u którego tę metodę stosowano, miał lat 76, najmłodsze dziecko było w piątym roku życia.

Znieczulenie metodą Corning-Biera stosowano we wszelkich zabiegach chirurgicznych w okolicach, położonych poniżej drugiego żebra, a więc w resekcyach i amputacyach na kończynach dolnych, operacyach na żołądku i jelitach, operacyach doszczętnych przepuklin, ekstyrpacyach odbytnicy, resekcyach żeber i t. p. Zabiegi te znosili pacyenci zupełnie bezboleśnie.

Pierwotnie stosowano kokainę (4 przypadki) w roztworze 2% w ilości 0,04. Wkrótce zastąpiono ją 2% roczyczynem eukainy β, później eukainą α (razem 49 przypadków), a w ostatnim czasie zastosowano do wstrzykiwań tropokokainę (23 przypadki), polecaną przez Schwarza. Eukainę α stosowano początkowo w rozczynie 2%, później w 1%, tropokokainę w rozczynie 1%. Co do dawek, to eukainę wstrzykiwano pierwotnie 0,04—0,05, z czasem u mężczyzn 0.06—0,07 (w kilku przypadkach 0,08), u kobiet 0,05—0.06, u dzieci 0,03—0.05. Tropokokainę stosuje prelegent w dawkach: u mężczyzn 0,07, u kobiet 0,06, u dzieci 0,005—0,04. Dawniej trzymano się ściśle pierwotnych przepisów Biera, obecnie postępuje się przy wstrzykiwaniach w następujący sposób: wszędzie, gdzie tylko możliwe, wstrzykuje się w pozycyi siedzącej, wkłówając igłę między trzecim a czwartym, lub czwartym a piątym wyrostkiem ciernistym kręgów lędźwiowych i to ściśle w linii środkowej ciała. Wyjątkowo robiono punkcye w położeniu bocznem. Następnie odpuszcza prelegent 110—120 kropli płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzykuje wyżej podaną ilość tropokokainy w roztworze 1%, a więc 1½ do siedmiu sześciennych centymetrów roztworu.

Po opatrzeniu miejsca wstrzyknięcia aseptycznie, układa się chorego w ułożeniu Trendelenburga z podwyższoną miednicą, i to dawniej na przeciąg jednego kwadransa, obecnie zaś tylko na pięć minut, poczem rozpoczyna się operacyę. Znieczulenie występuje prawie natychmiastowo i to przedewszystkiem w okolicy otworu stolcowego i części rodnych, nieco później pojawia się w palcach kończyn dolnych i postępuje szybko ku górze.

W przypadkach, w których zastosowano ułożenie podług Trendelenburga, znieczulenie sięgało zwyczajnie do wysokości drugiego żebra; w kilku przypadkach, jakkolwiek niekompletnie, dosięgło do szczęki dolnej. W tych przypadkach były i górne kończyny znieczulone. W jednym przypadku dokonano wydobycia kuli rewolwerowej w okolicy barkowej zupełnie bezboleśnie, odsłonięto i skrobano kość ramieniową bez wywołania jakichkolwiek objawów bólu ze strony operowanego.

Innym razem operowano obustronny wól. Jakkolwiek w przypadku tym nie osiągnięto na szyi znieczulenia równie doskonałego i zupełnego, jak w częściach niżej położonych, było ono jednak z początku wystarczające i wcale niegorsze od znieczulenia metodą Schleicha. Nie trwało jednak długo i drugą połowę operacyi musiano ukończyć w uśpieniu chloroformowem. Znieczulenie trwa od 45 minut do 2½ godzin. Często chorzy tracili i czucie dotyku; w wielu jednak przypadkach było ono zachowane; odczuwali, co się robi, nie czując jednak bólu. Również upośledzone bywało czucie mięśniowe, czucie położenia w przestrzeni, oraz ruchy czynne dolnych kończyn; (w wielu przypadkach zupełna niezdolność podniesienia nóg lub wykonania niemi jakichkolwiek ruchów). Czucie ciepłoty bywało często upośledzone. Wpływu na krwawienie nie zauważono, natomiast często pojawiało się wzmożenie ruchu robaczkowego jelit. Bardzo często pacyenci oddawali bezwiednie kał w czasie operacyi. Zmiany w oddechaniu były nieznaczne; w paru przypadkach zauważono wybitne zmniejszenie się liczby oddechów. Akcya serca ulegała w większości przypadków zmianie. Częstość tętna spadała w pierwszej pół godzinie czasem aż do 40 na minutę, czasem jednak podnosiła się do 120 i więcej. Zjawiała się wówczas bladość twarzy, chorzy podawali, »że im się robi niedobrze«, większość jednak znaczna czuła się podmiotowo zupełnie dobrze. Prawie zawsze zjawiało się pragnienie i suchość w ustach; zaspakajano je wodą lub też czarną kawą w małych ilościach. W żadnym z przypadków nie wystąpiły podczas operacyi objawy, mogące budzić obawę o życie. Spostrzegane w kilku przypadkach przemijające osłabienie akcyi serca, ustępowało zwyczajnie natychmiast i bezpowrotnie po zastrzyknięciu kilku strzykawek olejku kamforowego. Działanie kamfory było tak bezpośrednie, że robiło na prelegencie wrażenie, jak gdyby kamfora odgrywała rolę leku swoistego przeciw kokainie i przetworom pokrewnym. Kilkakrotnie spostrzegano po zastrzyknięciu eukainy senność i ospałość, a jedno z dzieci (plastyka z powodu porażenia po *poliomyelitis anterior*) usnęło wśród operacyi.

Z objawów pooperacyjnych zauważono po wstrzyknięciu kokainy bardzo silne bóle głowy, wymioty i nagłe podwyższenie się ciepłoty. Ciepłota spadała zwykle po 24 godzinach. Podwyższenie znaczne (39 i wyżej) trwało po największej części zaledwie kilka godzin; bóle jednak głowy przy kokainie trwały dosyć długo, nieraz i kilka dni, a przytem były znacznego natężenia.

Przy eukainie zjawiska były podobne, jakkolwiek może nieraz słabsze; w każdym jednak razie o tyle przykre, że skłoniły prelegenta do szukania środka łagodniejszego, a tym zdaje się być zachwalana przez Schwarza tropokokaina. Znieczulenie nią jest również zupełne, trwa jednak trochę krócej; wzniesienia ciepłoty są znacznie niższe, bóle głowy o znacznie mniejszem natężeniu i krótszem trwaniu. Bóle te, jeżeli się wogóle pojawiły, bywały przeważnie tak nieznaczne, że pacyenci wspominali o nich zwykle dopiero po zapytaniu w tym kierunku; tylko dwóch miało silny ból głowy w ciągu kilku dni. Nudności występują przy tropokokainie bardzo rzadko i są bardzo nieznaczne. Z dalszych niepożądanych objawów wystąpił w jednym przypadku w kilka godzin po zastrzyknięciu eukainy nagły napad szału, z zupełną utratą przytomności, przyśpieszonem tętnem, zwolnionem oddechaniem i drgawkowo-tężcowymi kurczami wszystkich kończyn, szczękościskiem, bezwiednem oddawaniem moczu i kału. Przy próbach karmienia chory bronił się rozpaczliwie, zaciskał zęby, wypluwał pokarm i krztusił się. Stan taki, jakkolwiek w następnych dniach był z mniejszem natężeniem, trwał przez trzy dni; chory powoli odzyskał przytomność, o tem jednak, co zaszło, nie wiedział i nie pamiętał nic; klinikę opuścił w zupełnem zdrowiu. W drugim przypadku operowano dwudziestokilkoletniego mężczyznę z powodu stulejki. Operacya odbyła się zupełnie bezboleśnie i trwała tylko kilka minut; przed jej ukończeniem chory dostał silnego bólu głowy, a w parę godzin potem podniecenia z przyćmieniem świadomości. Zrzuciwszy z siebie ubranie i bieliznę biegał, nie wstydząc się zupełnie swej nagości, po klinice i dopiero przemocą udało się go przyprowadzić do porządku. W trzecim przypadku, w którym pojawiły się groźniejsze i niepożądane objawy, wystąpiło w dwie godziny po wstrzyknięciu wstrzymanie oddechania i silna sinica przy względnie dobrem tętnie. Po zastosowaniu sztucznego oddechania chory wkrótce przyszedł do siebie i oddychał w dalszym ciągu prawidłowo. W czwartym przypadku nastąpił u starca 75-letniego w trzy kwadranse po zastrzyknięciu zapad, który kilka strzykawek kamfory usunęło i powrócił stan prawidłowy.

Streszczając swe wyniki prelegent jest tego zdania, że metoda ta ma przed sobą przyszłość; należy ją jednak udoskonalić. Wyniki dotychczasowe, zwłaszcza z tropokokainą, nietylko nie odstraszają, lecz owszem, zachęcają do dalszych prób. Próby te jednak winny być przeprowadzone przedewszystkiem w klinikach i szpitalach pod okiem doświadczonych lekarzy, z przestrzeganiem zasad najściślejszej aseptyki. Rozczyn tropokokainy nie ulega przy gotowaniu rozkładowi, może więc i winien być wyjałowiony przez gotowanie. Że przed użyciem trzeba i strzykawkę wyjałowić, wspominać nie trzeba.

Wielką zaletą znieczulenia lędźwiowego jest już to, że nie potrzeba osobnego asystenta do usypiania i unika się wielu niebezpiecznych stron tego ostatniego, jak zamartwica, aspiracya i jej następowe choroby płuc i oskrzeli, oddziaływanie na narządy miąższowe (nerki, serce). Przytem chory w czasie wykonywania zabiegu jest zupełnie przytomny.

Prelegent ma zamiar przejść do jeszcze więcej rozcieńczonych rozczynów. *(Streszczenie własne).*

W rozprawach zapytuje prelegenta kol. Murdzieński, czy nie badano chorych na idyosynkrazyę kokainową w tych przypadkach, gdzie wystąpiły groźne zaburzenia po wstrzyknięciu kokainy pod osłonki rdzenia?

Prelegent wyjaśnia, że w tym kierunku nie robiono doświadczeń.

Kol. doc. Braun omawia wyniki, otrzymane po zastosowaniu tego sposobu znieczulania przez Bumma na rodzących. Znieczulenie utrzymywało się przez 1—2—4 godzin, a zastosowano je z powodu bolesnych bólów porodowych; skurcze macicy nie ulegały zmianie, a bólów nietylko że nie było, ale zdarzały się chore, które mówiły nawet o przyjemnem uczuciu. Również utrzymywała się bezbolesność przy przechodzeniu główki przez szparę sromową i przy wydalaniu łożyska, tożsamo przy założeniu kleszczy i szyciu pękniętego międzykrocza. Z powodu, że działanie znieczulające trwa w stosunku do długości aktu porodowego za krótko, a dalej z powodu ubocznych, długo

nieraz utrzymujących się objawów (bóle i zawroty głowy, wymioty), sądzi kol. Braun, że w praktyce sposób ten się nie przyjmie.

Kol. doc. Bossowski zaznacza, że dane o przebiegu znieczulenia po wcieleniu kokainy lub pokrewnych jej przetworów przez wstrzyknięcie ich w przestwory podpajęcze rdzenia, przedstawione przez kol. prof. Kadera mogą działać zachęcająco, gdyż brzmią o wiele pomyślniej niż doniesienia z innych stron, a temwięcej jest uderzającem, że prelegent używał do wstrzykiwań znacznie większych dawek środków znieczulających, i to w ilościach takich, jakie autorowie inni uważają wprost za niebezpieczne, a w każdym razie do wywołania znieczulenia zupełnego za zbyteczne. Na podstawie doświadczenia i spostrzeżeń tych operatorów, którzy powyższy sposób znieczulania zastosowali w wielkiej liczbie przypadków operacyjnych, nie można nabrać przekonania, że wstrzykiwanie w przestwór podpajęczy rdzenia jest rzeczą niewinną, gdyż w przeważającej liczbie towarzyszyły znieczuleniu i przeciągały się na dnie następne zaburzenia mniej lub więcej niepokojące, częstokroć bardzo ciężkie i przykre dla operowanego, a nawet na 1200 przypadków znieczulenia tą metodą znanych jest około 7 przypadków śmierci. To też zapał, który zwłaszcza we Francyi opanował zrazu świat lekarski, ostygł później znacznie, a Reclus, doświadczony wielce na punkcie kokainizacyi, złożył w marcu b. r. na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej oświadczenie, że stosowany w dotychczasowej formie sposób znieczulania przez wstrzykiwanie w okolicę lędźwiową kanału kręgowego wobec ciężkich przypadłości, jakie za sobą pociąga, nie zasługuje na nazwę metody nieszkodliwej.

W odpowiedzi na to Bier, jeśli nie twórca, to najcelniejszy propagator tej metody, w liście pisanym do Reclusa i opublikowanym przez pisma francuskie, przyznaje zupełną słuszność zapatrywaniom Reclusa i dodaje, że entuzyazm ten powszechny we Francyi jest dlań niewytłómaczony, a entuzyastom bezwzględnym doradza, aby wpierw zechcieli sami sobie wstrzyknąć kokainę do kanału kręgowego, jak to on uczynił, a wtedy niewątpliwie, świadomi następstw, jakich zażyją, wyleczą się napewno ze swych zapałów.

W ostatnim też komunikacie swoim, zamieszczonym po zjeździe chirurgicznym w Berlinie z końcem kwietnia b. r. w „Presse médicale“ pisze Bier, że jak dotąd, metodę znieczulania w mowie będącą uważa za równie niebezpieczną, jeśli nie niebezpieczniejszą, od znieczulenia ogólnego, a lubo wróży jej kiedyś przyszłość lepszą, uznaje konieczną potrzebę rozległych jeszcze badań i dalszego doświadczenia.

Opierając się na powyższych zapatrywaniach najdoświadczeńszych pod tym względem chirurgów, odradza kolega Bossowski znieczulenie drogą wstrzykiwań do kanału kręgowego kolegom w praktyce prywatnej, gdyż lekarz, przygotowany na gładki i łagodny przebieg znieczulenie, znaleźć się może wobec groźnych i zastraszających zaburzeń, które, jak spostrzeżenia dowodzą, prowadzą nawet do zejścia śmiertelnego.

Miejscem dla stosowania tej metody znieczulania celem dalszego jej wypróbowania i doskonalenia są wyłącznie kliniki i wielkie oddziały dobrze zorganizowane, a i tam postępować należy z wielką oględnością i roztropnością.

W dyskusyi dalszej wobec twierdzenia, że groźne zaburzenia, towarzyszące tej metodzie znieczulania, zawdzięcza Bier głównie tej okoliczności, iż wstrzykuje kokainę w przestwory podpajęcze rdzenia bez upustu poprzedniego cieczy mózgowo-rdzeniowej, prostuje kol. B. powyższe twierdzenie, nadmieniając, że Bier w ostatnim swoim komunikacie wyraźnie zaznacza, że przed wstrzyknięciem kokainy wypuszcza równą co do objętości ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej. *(Streszczenie własne).*

Kol. Wachtel na podstawie czterech przypadków własnych, nie entuzyazmuje się tą metodą znieczulania. W dwóch przypadkach zaburzeń nie było, w trzecim po skończonej operacyi, chory dostał napadu szału, w czwartym przypadku przy zeszywaniu powłok brzusznych odruchy mięśniowe utrzymywały się tak, że musiał kol. Wachtel przejść do uśpienia chloroformowego. Na interpelacyę kolegów: Gertlera, ile płynu mózgowo-rdzeniowego się wypuszcza, a ile wstrzykuje roztworu; Gwiazdomorskiego w sprawie wstrzyknięcia próbnego kokainy pod skórę przed znieczuleniem metodą Corninga; Spiry, czy próbowano znieczulać górną połowę ciała; Cybulskiego i Kostaneckiego odnośnie do fizyologii i anatomii tego sposobu, odpowiedział zbiorowo prelegent:

Według wszelkiego prawdopodobieństwa mamy tu do czynienia z działaniem środka znieczulającego na neurony pierwszego rzędu, ale wewnątrz opony twardej (Jacob: klinika Leydena w Berlinie). Płyn, wstrzyknięty w przestrzeń śródoponową, ma dochodzić aż do podstawy mózgu, niezależnie od tego, w jakiej wysokości zrobiono wstrzyknięcie. O tem przekonały doświadczenia na zwierzętach przy pomocy barwika Lewina (Jacob). Prelegent używa dziś dawek większych od innych autorów, uczynił to jednak zwolna, zapoznawszy się dokładnie z działaniem stosowanych środków, oraz opierając się na doświadczeniach i publikacyach innych autorów. Początkowo używał zalecanych dawek i dopiero stopniowo zwiększał je i to zależnie od więzi, płci i wieku chorych. Gdzie i w czem leży przyczyna kilku nieszczęśliwych przypadków, o których wspominają inni autorowie, na razie powiedzieć trudno; zbyt krótkie i niedokładne protokoły nie dają możności rzeczywistej oceny, z jakich powodów śmierć tam nastąpiła, a nawet nie możemy powiedzieć, o ile środek zastosowany był sam przez się przyczyną śmierci. Wiemy jednak, że Quincke i Fürbringer i inni spostrzegali w przypadkach guzów mózgu śmierć już wskutek samego nakłócia lędźwiowego, bez wstrzyknięcia czegokolwiek. Wreszcie możliwem jest, że i tu, jak przy innych lekach mogą od czasu do czasu zachodzić przypadki idyosynkrazyi.

Nie możemy się jednak z nią liczyć zbyt dużo, gdyż w razie takim nie powinnibyśmy byli kokainizować przy badaniach i operacyach laryngoskopijnych, ocznych, usznych, znieczulaniach modo Schleich i t. d. Próbne wstrzyknięcie jest conajmniej taksamo niebezpieczne, jak i wstrzyknięcie dla wywołania znieczulenia. Znamy również przypadki idyosynkrazyi względem chloroformu, morfiny i t. d., a pomimo tego stosujemy te środki. *(Streszczenie własne).*

Po skończonej dyskusyi wykonał kol. prof. Kader przy pomocy asystentów operacyę bez bólu u chorej z *hygroma prapeatellare* po wstrzyknięciu lędźwiowem roztworu tropakokainy.

Dr. Chlumský (jako gość) przedstawia chorego, lat 18 liczącego, u którego wykonano z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego *in momento perforationis* operacyę w znieczuleniu metodą Corninga-Biera i demonstruje wycięty wyrostek robaczkowy. W miejscu pęknięcia znaleziono podczas operacyi kamyk kałowy wielkości i kształtu pestki pomarańczy.

Nadto przedstawił Dr. Chlumský chłopaka, u którego po zapaleniu stawów, powstałem po jakiejś chorobie zakaźnej, nastąpiły zrosty w stawach. Po wykonaniu zabiegów chirurgicznych na odnośnych stawach, ugnieceniu i elektryzowaniu, stan chorego poprawił się znacznie, — zrosty częściowo ustąpiły, — częściowo wróciła jakataka ruchomość stawów.

Dr. Geržabek (jako gość) mówił o sposobach chirurgicznego leczenia zbliznowaceń i zwężeń odbytnicy, wywołanych przez zapalenie odbytnicy rzeżączkowe, i demonstrował więcej, niż 25 ctm. długi kawałek odbytnicy, wyciętej przez kol. prof. Kadera z powodu zwężenia porzeżączkowego u 25-letniej kobiety zamężnej, która od kilku lat cierpiała na zjawiska silnego zwężenia odbytnicy, połączone z bolami w okolicy kości krzyżowej.

W dyskusyi przemawiał kol. doc. Braun i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VIII. VII Zjazd niemieckiego Tow. dermatologicznego we Wrocławiu.

Zestawił

Dr. E. Borzęcki.

Nie jest moim zamiarem zdać wyczerpujące sprawozdanie z obrad tego Zjazdu; pragnę tylko w ogólnych zarysach streścić, co nowsze i ważniejsze.

Zjazd odbył się w dniach 28, 29 i 30 maja pod przewodnictwem Neissera. Kierunek Zjazdu był nieco odmienny, niż poprzednich, a powiedzmy więcej, korzystniejszy dla biorących w nim udział. Główny nacisk położono na praktyczne przedstawienie chorób skórnych, przekrojów mikroskopowych, narzędzi i t. d., a na drugim niejako planie były odczyty.

Blaschko (Berlin) objął referat „O rozpołożeniu nerwów w skórze w związku z chorobami skórnemi“. Temat opracował wyczerpująco, uzupełniając go wydaniem osobnego atlasu o 22 tabli-

cach z szematycznie przedstawionymi przypadkami chorób skórnych, zebranymi bądź przez siebie, bądź przez innych autorów, a mającymi udowodnić powyższy związek. Nie biorąc w rachubę półpaśca, wykazywał referent ten związek między znamionami (naevus linearis), wypryskiem, łuszczycą, liszajem czerwonym płaskim, twardziną skóry i t. d. Czy to nowość poniekąd przedmiotu, czy też sceptycyzm, panujący w zapatrywaniu na ten związek przyczynowy był powodem, dość, że w dyskusyi nikt głosu nie zabrał.

Schiff (Wiedeń) wygłosił zajmujący odczyt o obecnym stanie leczenia promieniami Roentgena i otrzymanych tą drogą wynikach. Leczenie tą metodą stosował prelegent w swoim zakładzie dla „radyo- i roentgenoterapii" w przypadkach bujnego porostu (*hypertrichosis*), figówki, trądzika, liszaja wyłysiającego, strupienia woszczynowatego, wreszcie wilka pospolitego i rumieniowego. Wyniki lecznicze bujnego porostu i chorób skóry, wywołanych grzybkami. były bardzo dobre, tych zwłaszcza ostatnich były tak dobre, że prelegent nie waha się twierdzić, iż żaden z używanych sposobów leczenia nie prowadzi w czasie stosunkowo tak krótkim i w sposób tak nieprzykry dla pacyenta do wyniku dodatniego.

Zwraca on przytem uwagę na mogące wystąpić niemiłe następstwa dla chorego z powodu niedosyć umiejętnego stosowania X — promieni, a mianowicie: niepożądane wypadnięcie włosów (oczywiście nie to, które chce się osiągnąć n. p. przy leczeniu strupienia woszczynowego, ale trwałe, skutkiem zaniku brodawek włosowych, o który znów starać się będziemy w przypadku zbyt bujnego porostu; w dalszym ciągu na owrzodzenia powierzchowne, które wymagają szeregu miesięcy do zabliźnienia się. Zdaniem prelegenta przy stosowaniu X — promieni R. trzeba uważać na: 1) siłę prądu; 3) napięcie jego; 3) odległość próżni od miejsca naświetlanego; 4) ilość i długość każdego posiedzenia. Co do leczenia wilka, to jakkolwiek wyniki otrzymane w dwóch przypadkach miał względnie dobre, liczba to jednak za mała, by mógł wyciągnąć pewne wnioski.

Odczyt wywołał ożywione rozprawy: Freund zwrócił uwagę, że jako kryteryum dla zawieszenia dalszych stosowań X — promieni ze względu na powyżej wymienione następstwa, uważać należy: gromadzenie się barwika w skórze naświetlanej, wypadanie włosów i rodzaj napięcia skóry bez zaczerwienienia, które pacyentowi sprawia przytem uczucie nieznacznego pieczenia.

Buschke (Berlin) mówił o powstawaniu ograniczonych wyłysień u zwierząt, wywołanych przez podawanie im octanu talowego (*thallium aceticum*). Na myśl doświadczeń naprowadziły go spostrzeżenia Combenala, Jeanselma i t. d., którzy zauważyli ogniskowo występujące łysienie u suchotników, leczonych tym przetworem. Doświadczenia swoje robił głównie na myszach (demonstracya) w ten sposób, że jako napój dawał im rozczyn octanu talowego 1: 1000 czysty, lub z mlekiem, dalej kawałeczki chleba, napojone tym rozczynem w ciągu 2–3 dni, — poczem przerwa dni kilku — i znów karmienie 2–3 dniowe, jak wyżej. Dużo myszy pada: te, które ocalały, okazywały w 2—5 tygodni ograniczone łysinki Nie wysnuwając wniosków, prelegent wypowiedział przypuszczenie, że może tu idzie o pewne odżywcze zaburzenia w skórze, które prowadzą do wypadania włosów.

Justus (Peszt) wygłosił odczyt, uzupełniony przedstawieniem przekrojów mikroskopowych, o fizyologicznej zawartości jodu w komórkach. Zamiarem pracy było wytłómaczenie działania soli jodowych na zmiany kiły późnej. Jako odczynnika do wykazania jodu w tkankach badanych użył azotanu talu (thallium nitricum), o którym się przekonał. że jest bardzo czułym na jod i tworzy z nim strąty żółte jodku talowego. Badając w ten sposób kilaki, tkanki i narządy zdrowe, wykazał: że jod znajduje się prawie we wszystkich jądrach komórek, a w gruczole tarczykowym i w skórze i poza komórkami. Wyjaśnienia więc działania leczniczego jodu na zmiany kiłowe późne badania te nie dały.

Riebl (Lipsk) przedstawił wyniki leczenia, które stosował u matek, kiłą dotkniętych, w celu zapobieżenia kile płodów. Wychodząc z założenia, że narządem, na który przedewszystkiem należy skierować energiczne leczenie przeciwkiłowe w tych przypadkach, jest macica, a względnie łożysko, stosował w szeregu przypadków obok leczenia ogólnego zakładanie do pochwy na część pochwową macicy gałek pochwowych, sporządzonych z 1·5 szaruchy i odpowiedniej ilości tłuszczu kakaowego, przytrzymując je przez założenie tamponu z waty. Robił to przez cały przeciąg ciąży. Opierając się na otrzymanych wynikach przy tem leczeniu w porównaniu z tymi, w których stosowano tylko leczenie ogólne, wykazał, że liczba poronień, porodów przedwczesnych, płodów obumarłych i t. d. była odsetkowo mniejszą przy jego sposobie leczenia. Oto ważniejsze z odczytów; reszta z zapowiedzianych dla braku czasu lub obecności autorów, spadła z porządku dziennego. (C. d. n)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 27 czerwca.

* Prezes Towarzystwa lekarskiego otrzymał od Radcy Dworu, prof. Rydygiera, list następujący:

»Jaśnie Wielmożny Panie Prezesie,

Załączając ogłoszone zaproszenie na XI Zjazd chirurgów polskich, w którem doniosłość naszych Zjazdów starałem się podnieść, śmiem zwrócić się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z prośbą, ażeby raczyło poprzeć prace i zabiegi nasze licznym udziałem w Zjeździe, bądź to w charakterze członków, bądź też gości«.

* Dziekanem Wydziału lekar. U. J. wybrany został prof. L. Wachholz.

* Nadzwyczajny profesor patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell., Dr. Karol Klecki, mian. został profesorem zwyczajnym.

* Wydział lekarski U. J. uchwalił przedstawić ministrowi oświaty do zatwierdzenia w stopniu docenta: Dr. Fr. Krzyształowicza z zakresu dermatologii i syfilidografii i dr. A. Bochenka z zakresu anatomii opisowej.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiell. otrzymał Roman Feliks Zagórski.

* Dyrektorem szpitala powszechnego we Lwowie mianował Wydział krajowy Dra Józefa Starzewskiego. (*N. Ref.*).

* Galicyjska krajowa Rada zdrowia ukonstytuowała się na nowe trzechlecie. Prezesem wybrany został prof. A. Czyżewicz, zastępcą prezesa Dr. W. Opolski; prócz wymienionych do Rady zdrowia należą: protomedyk Dr. Merunowicz, prof. Bądzyński, Dr. Festenburg, prof. Kadyi, Doc Dr. Schramm, prof. Dr. Machek i Dr. Merczyński.

* Towarzystwo lekar. warszaw. przyznało Drowi S. Konwerskiemu nagrodę im Koczorowskiego za pracę »O metodologii badania refleksu kolanowego«.

* W poprzednich numerach »Przegl. lekarskiego« donieśliśmy o mającej w jesieni nastąpić rewizyi ustawy Kas chorych, którą rząd ma wnieść w Izbie wiedeńskiej; podaliśmy również wiadomość o poczynionych dotychczas przez Izby lekarskie krokach do rządu i do parlamentu Sądzimy jednak, że prócz Izb lekarskich, i inne Stowarzyszenia, których statut upoważnia do tego, nie powinny zostać bezczynnie; dwojaka jest ku temu droga: petycyonowanie i układanie memoryałów, wyłuszczających sprawę ze stanowiska przedmiotowego, oraz zapewnienie sobie poparcia w poszczególnych delegacyach, którym należy dostarczyć materyału dowodowego.

* Dziekanem wiedeńskiego Wydziału lekarskiego wybrany został Dr. Kolisko. prof. sądowej medycyny.

* Na posiedzeniu d. 10 czerwca uchwalił parlament austryacki znieść gremia chirurgiczne, a majątek ich przekazać Izbom lekarskim. Żyjący członkowie gremiów nie tracą swych praw.

* Z Sejmów krajowych, obecnie obradujących, dwa, mianowicie morawski i niższo-austryacki, postawiły na porządek dzienny swych obrad sprawę walki z gruźlicą.

* »Prawitielstwiennyi Wiestnik« donosi: Ministeryum oświaty zezwoliło rodzajem próby na 5 lat przypuścić do studyów lekarskich w wojenno-lekarskiej Akademii wychowańców szkół realnych; kandydaci obowiązani są zdać egzamin z języka łacińskiego, bądź przy wpisaniu się, bądź też w ciągu pierwszego roku.

— Cały najświeższy poszyt »Zdrowia«, wydany na lipiec, poświęcony jest wyłącznie nowemu szpitalowi Dzieciątka Jezus w Warszawie. »Powstanie w Warszawie pierwszego wielkiego szpitala« — pisze Redakcya w słowie wstępnem — »urządzonego według nowoczesnych wymagań nauki wogóle i higieny w szczególności, jest faktem tak wielkiej doniosłości ekonomicznej, społecznej i zwłaszcza higienicznej, iż uważaliśmy za swój obowiązek upamiętnić ten wielki krok na drodze postępu naszego miasta wydaniem zeszytu, poświęconego wyłącznie opisowi nowego szpitala«. Pomysłowi temu tylko przyklasnąć można, temwięcej. że wszystkie opisy i prace w tym zeszycie »Zdrowia« skreślili doświadczeni znawcy danego przedmiotu z grona techników i lekarzy warszawskich. a Redakcya »Zdrowia« nie szczędziła pracy i kosztów, byle wydawnictwu swemu nadać istotną wartość i zostawić cenne źródło dla tych, którzyby chcieli a mogli korzystać

w przyszłości z wzorów, opracowanych obecnie. Stąd też wśród 38 rysunków, zdobiących zeszyt, lwią część stanowią plany budowli; nie pominięto tu żadnego planu, który mógłby być ciekawym dla czytelnika. Treść numeru stanowią: zarys historyczny, pióra Dr. Gałeckiego; opisy budowli, skreślone treściwie a wyczerpująco przez budow. Dziekońskiego, Kopcia i Jabłońskiego; ogrzewanie, przewietrzanie, kanalizacya i wodociągi przez inżyn. Klarnera; instalacye elektryczne przez inżyn. Rotmila; kuchnie i inne pokrewne urządzenia, opisane przez bud. Kudera, wreszcie zestawienia rachunkowe i obliczenie kosztów, podane przez Dr Janowskiego redaktora Zdrowia.

Że Redakcya »Zdrowia« w miarę oceniła doniosłość tego niezwykłego zdarzenia, jakiem jest otwarcie nowego szpitala, przyzna każdy, kto choć powierzchownie poznał opłakany stan budynków szpitalnych warszawskich. Ludność nareszcie będzie mogła leczyć się w warunkach naprawdę higienicznych, a nie należy zapominać także i o studentach medycyny, pracujących dotąd w ciasnocie, w nieodpowiednich celowi, starych ruderach. Nowy szpital bowiem obejmuje także cały szereg nowych budynków klinicznych, mianowicie klinikę terapeutyczną, chirurgiczną, dyagnostyczną i oczną, oraz wspaniałe »teatrum anatomicum«, w którem mieszczą się cztery zakłady: anatomii opisowej i patologicznej, medycyny sądowej i chirurgii operacyjnej. Oddziały właściwe szpitalne mieszczą się w dwóch pawilonach chirurgicznych, trzech terapeutycznych i jednym ginekologicznym. Ogółem postawiono ogromny kompleks budowli, złożony z 22 budynków, urządzonych wzorowo według najlepszych szpitali zagranicznych i wyposażonych we wszystkie udogodnienia.

Ułatwiając ogółowi dokładne zapoznanie się z nowym szpitalem, jakiego w tych rozmiarach a z takiem urządzeniem dotąd nietylko w Warszawie, ale u nas wogóle nie było, zasłużyło »Zdrowie« na szczere uznanie i podziękowanie.

Nekrologia. Dr. Witołd Kozłowski, l. 60, zmarł w Petersburgu.

Bibliografia.

Doc. Dr. Anton Veselý. **Klinické vyšetrovaci methody a lekarska technika.** *(Praga. Nakład Borsika i Kohouta*, 1901). Badanie lekarskie w ostatnich dwóch dziesiątkach lat przybrało charakter ściśle doświadczalny. Dotychczasowe czynniki kliniczne, jak spostrzeganie, wyćwiczenie się i intuicya zajęły miejsce drugorzędne. Zwrot ten w zawodowej działalności lekarza powinien się szczególnie odbić w szkolnej propedeutyce klinicznej, jak niemniej w piśmiennictwie podręcznikowem.

Wzorem tego rodzaju książek może być wydawnictwo Doc. Dr. Ant. Veselýego, o którem właśnie niżej piszemy. Tego rodzaju podręcznik nauczy techniki lekarskiej i nauczyć musi, gdy się uwzględni zamiar autora i znakomite jego przeprowadzenie. Doc. Veselý nie wodzi czytelnika po labiryncie często sprzecznych teoryj i doktryn; z pewnego rodzaju dogmatyzmem podaje on te tylko wnioski umiejętne, które są prawdą dzisiejszego dnia. Rzadko który z autorów podręczników lekarskich potrafi tak dobrze, jak doc. Veselý rozwijać w adepcie medycyny, lekarski rzut oka, oraz lekarską logikę: jasnością stylu, poglądowością wykładu, czyni on treść swej książki nadzwyczaj przystępną, pociąga czytelnika i urabia po lekarsku jego umysł. Wykład zdobią bardzo liczne i znakomicie wykonane rysunki: obfitość, dokładność i umiejętny dobór tych rysunków czynią podręcznik doc. Veselýego prawie poglądowym, co jest wielkiej wagi i ceny dla ucznia; natomiast przytoczenie metod badania, że tu tylko wspomnę o metodzie badania krwi, dają lekarzowi praktycznemu znakomite *vade mecum* w potrzebach codziennych jego zawodu. »Klinické vyšetrovaci methody a lékarsko technika« wychodzi zeszytami po 4 arkusze; do tej pory wyszło zeszytów cztery. Szczegółową ocenę podamy gdy wyjdzie całość tego dzieła. Czeskie piśmiennictwo lekarskie poszczycić się może tak pięknem i tak rozumnie pomyślanem wydawnictwem. *A. K.*

— *Kronika Lekarska* Nr. 11: Kopytowski: Niezwykły przypadek przymiotu, występujący pod postacią, przypominającą czerwony liszaj. Bornstein: O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia (d. d.).

— *Medycyna* Nr. 25: Moraczewski: Nowe kierunki w badaniach przemiany materyi. Neugebauer: Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 25: Kędzior: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa. Korzon: Rozsiane zapalenie nerwów po ostrem otruciu arszenikiem. Białobrzeski: Glycosolvol (dok).

— *Zdrowie* Nr. 7 — cały poświęcony opisowi nowego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie: Gałecki: Dzieje budowy itd. Dziekoński: Nowe budowle... na folwarku Ś-to Krzyskim. Jabłoński: Instytut anatomo-patologiczny. Klarner: Ogrzewanie i przewietrzanie. Klarner: Kanalizacya, wodociągi i drenaż..... Rotmil: Oświetlenie elektryczne..... Kuder: Kuchnie parowe, pralnia, piekarnia i komora desinfekcyjna..... Janowski: Koszta budowy.....

— *Časopis lékařů českých* Nr. 25: Eiselt: O posunčinč. Haškovec: Neurosis traumatika (c. d.).

— *La Semaine médicale* Nr. 24: Boissard: Zapalenie połogowe żył, w szczególności różne jego postacie i wczesne oznaki zwiastujące.

— *Nr. 25.* Rendu: Widzenie połowicze cierpiących na miażdżycę tętnic i śródmiąższowe zapalenie nerek.

— *La Presse médicale* Nr. 48: Dom Sauton: Czy trąd jest zaraźliwy? Luys: Zranienia zatoki opony twardej.

— *Nr. 49.* Reynes: Zapalenie jelit śluzowo-błoniaste na tle schorzenia macicy i przydatków.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25: Brauer: O patologicznych zmianach żółci. Greife: Nitki ścięgniste rena, jako materyał do szwów i podwiązek chirurgicznych. Lieven: Zapłciowe zakażenie kiłowe drogą ust. Fürnrohr: Zakażenie durowe od trupa. Paulsen: O wysypce rzeżączkowej u noworodka. Trautmann: Nowe, dające się wyjałowić, zwierciadło krtaniowe. Heilbronner: O stanach patologicznych upicia się. Schwartz: Stan zdrowotny wielkich miast europejskich w dawnych i dzisiejszych czasach.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25: Moszkowicz: Podskórne wstrzykiwania maści parafinowej. Frick: O przedmiotowych, dających się wykazać, zaburzeniach czucia w tułowiu przy tętniaku aorty. Lukács: Przypadek choroby mózgu u dziecka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25: Goetsch: Leczenie gruźlicy płucnej tuberkuliną (z dopiskiem R. Kocha). Lewin: Lekarz, aptekarz i chory. Stadelmann: Kliniczne i lecznicze badania w gruźlicy płucnej. Besold: Leczenie gruźlicy krtani.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25: Stadelmann: Leczenie otyłości. Rosenquist: Rozpad białka w przebiegu niedokrewności złośliwej, zwłaszcza wywołanej przez bróżdogłówca szerokoczłonkiego. Albu: O znaczeniu dyety roślinnej (dok.). Karewski: Semiotyka i terapia zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.)

Nowe książki. W Lipsku i Berlinie firma Teubner rozpoczęła wydawnictwo czasopisma p. t. »Zdrowa młodzież«. Jest to organ niemieckiego Związku dla pilnowania zdrowia uczącej się młodzieży. Wyszło już 2 zeszyty.

Redakcya otrzymała: Schiff: Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 2.184.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Gwoździcu**, z roczną płacą 1.000 Koron prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.200.

Zamierzający uzyskać ową posadę winien oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami określonymi w § 7 ust. z dnia 2 lutego 1891, Nr. 17, Dz. ust i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca br.

Z Wydziału Rady powiatowej.

Kołomya, dnia 14-go czerwca 1901 roku.

L. 1036.

Zwierzchność gminna miasta Liska rozpisuje na podstawie uchwały Rady gminnej z dnia 22-go Maja 1901 r., konkurs na posadę lekarza miejskiego w **Lisku**, z płacą roczną 1000 Koron pod następującemi warunkami:

Chcący uzyskać powyższą posadę muszą prócz dostatecznej fizycznej zdolności posiadać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Nieskazitelny charakter;
4. Znajomość języków krajowych;
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6. Nieprzekroczony 40 rok życia.

Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się przynajmniej dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym lub klinice po uzyskaniu dyplomu doktorskiego

Powyższa posada będzie nadaną prowizorycznie na rok jeden, po upływie którego po przekonaniu się o odpowiedniej działalności kandydata może nastąpić stabilizacya.

Udokumentowane podania należy wnosić do Zwierzchności gminnej miasta Liska najdalej do dnia 31-go Sierpnia 1901 roku.

Lisko, dnia 27-go Maja 1901 r.

Rok XL. Kraków, 6 Lipca 1901. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek torbiela *(mucocele)* błędnika sitowego ze zmianami w oczodole.

Podał
Docent Dr. Aleksander Baurowicz.

Jak zasadniczą różnicę między otokiem zamkniętym, a tak zwanym torbielem błędnika sitowego *(mucocele)*, względnie puchliną *(hydrops)*, stanowi odmienna treść, raz więc obecność ropy, innym zaś razem śluzu, tak nadto torbiel błędnika sitowego klinicznie cechuje się swoim powolnym i bezboleśnym przebiegiem, a wystąpienie w pewnych razach zmian w oczodole może być pierwszym powodem, który zmusza chorego do szukania porady u okulisty. Gdy bowiem niedrożność odpowiedniej jamy nosowej, a więc tylko jednostronna, choćby była mniej lub więcej wyraźna, nie tak łatwo zwraca na siebie uwagę chorego, to zrozumiałem jest, że te przypadki torbiela błędnika sitowego, w których przychodzi do objawów ze strony oczodołu, dostaną się nam dopiero z polecenia okulisty, któremu zależy na wykluczeniu zmian w zatokach bocznych jamy nosowej.

Czy tak zwany torbiel błędnika sitowego *(mucocele)* wogóle polega na zatrzymaniu się wydzieliny z rozszerzeniem ścian istniejącej już pierwotnie anatomicznej jamy, czy na rozszerzeniu się torbiela śluzowego tej jamy (zwyrodnienie torbielowate błony śluzowej), nie jest jeszcze stanowczo rzeczą rozstrzygniętą; pewnem tylko jest, iż obok prawdziwej puchliny *(hydrops)* tak zwanej zapalnej (z nowszych autorów Dmochowski), niekiedy urazowej, istnieje inny rodzaj torbiela błędnika sitowego *(mucocele)*, którego powstanie wyjaśnia jednak odmiennie w ostatnich czasach Avellis *(Archiv für Lar.* Tom XI, 1901), odnosząc go nie do rozszerzania się torbiela śluzowego jakiejś jamy, jak to obok Virchowa przyjmuje Zuckerkandl, ale do rozdęcia się istniejącego już pierwotnie torbiela kostnego. Z zapatrywaniem Zuckerkandla nie zgadza się też Hajek. Według tłómaczenia tedy Avellisa, które mi bardzo do przekonania przemawia, torbiel *(mucocele)* nie będzie niczem innem, jak wytworzeniem się pęcherza kostnego z torbiela. Za pochodzeniem torbiela błędn. sitowego (mucocele), z torbiela przemawia stanowczo i to, iż błona, wyściełająca ścianę torbiela błędn. sitowego, nie ma cech błony śluzowej, ale przedstawia się jako gładka, szara, unaczyniona błona, a nadto obecność w jego treści kryształków cholestearyny, znajdujących się tylko w torbielach, a nie w wysiękach zapalnych. To nam też tłómaczy przebieg bezbolesny torbiela błędn. sitowego (mucocele), rozciągający się nieraz na lata i okazujący często długie przerwy w rozwoju. Gdy jednak spostrzeżenia, choć zdają się niekiedy potwierdzać powstanie torbiela błędn. sitowego z torbiela śluzowego, nie bardzo są pewne, przeto przyjąć należy, iż obok puchliny *(hydrops)* zapalnej, względnie urazowej istnieje inny torbiel błędn. sitowego *(mucocele)*, który zawdzięcza swe powstanie torbielowi kostnemu; czy powstanie z tego ostatniego jest wyłączne, okaże przyszłość.

Torbiel błędnika sitowego *(mucocele)* występuje w błędniku sitowym przednim, względnie w przedniej części muszli średniej, a przy rozszerzaniu się ku oczodołowi przyjść może z łatwością do wydęcia się blaszki papierzastej. Występuje wówczas na wewnętrznej ścianie oczodołu guz, który gałkę oczną pcha ku przodowi i na zewnątrz, względnie na zewnątrz i ku dołowi. Niema pewnych przypadków, aby torbiel błędn. sitowego (mucocele) rozszerzał się tylko ku oczodołowi; niezawsze też uwzględniano dokładne badanie jamy nosowej, lubo w wywiadach notowano niekiedy pewne utrudnienie oddechania nosowego. Jest jednak możliwe, iż zmiany w nosie mogą być bardzo nieznaczne; innym razem torbiel błędn. sitowego *(mucocele)* rozszerzać się będzie wogóle tylko ku jamie nosowej. Tę ostatnią postać napotykamy też częściej, jako tak zwane „pęcherze kostne“ i taki przypadek spostrzegałem raz jeden w roku 1896 w oddziale Prof. Pieniążka; pęcherz kostny w tym przypadku umiejscowiał się w samym początku muszli średniej, a będąc olbrzymich rozmiarów, sprowadził wygięcie przegrody chrzęstnej ku przeciwnej stronie i sięgał aż do przedsionka nosowego. Po przebiciu jego ściany przedstawił się w postaci jamy jednokomorowej, wypełnionej cieczą prawie przeźroczystą, a na wyłamanych ścianach tego pęcherza kostnego widziało się, iż powierzchnia wewnętrzna nie była wyścielona błoną śluzową, lecz błoną cienką, połyskującą, silnie przylegającą do kości.

Torbiel błędnika sitowego, względnie muszli średniej, może wreszcie, jak to stwierdził Avellis, przy wzroście swym rozszerzać się ku zatoce czołowej, wypierając jej ściany, co skłoniło nawet Avellisa do przyjęcia, iż torbiele *(mucocele)* zatoki czołowej, pochodzenia nieurazowego, są w nieoznaczonej zresztą liczbie przypadków, pęcherzem kostnym z przedniego błędnika, zachowując się tak do zatoki czołowej, jak torbiel zębowy szczęki górnej do zatoki szczękowej, z którą również nic niema wspólnego. Ponieważ doświadczenie uczy, iż idzie tu przeważnie o wielkie jednokomorowe torbiele, dlatego należy, jak to radzi Avellis, a pierwotnie już i Hajek, próbować leczenia drogą wnętrza nosa, co mój przypadek również ilustrować będzie.

Gdy torbiel błędn. sitowego *(mucocele)*, jak wspomniałem, zacznie rozszerzać się ku oczodołowi, to przychodzi tu na wewnętrznej ścianie do wytworzenia się guza, a następnie do przesunięcia gałki ocznej. Jak długo wypuklona blaszka

papierzasta kości sitowej nie uległa zmianom, to guz taki będzie twardy w dotyku, a cały przebieg czynić go będzie bardzo podobnym do kostniaka, wychodzącego ze ściany wewnętrznej oczodołu. W przypadkach takich powinno się zawsze zwrócić uwagę na zachowanie się jamy nosowej, mianowicie co do jej drożności, a dokładne badanie wnętrza nosa może być tutaj rozstrzygające. Gdy blaszka papierzasta jest już bardzo cienka i zmieniona, to przy ucisku możemy uczuwać rodzaj trzeszczenia, a wreszcie przy ubytku w blaszce papierzastej, czuć będziemy wyraźne chełbotanie. Nakłócie próbne przez oczodół, zalecane w przypadkach wątpliwych, nie powinno być pierwej uskutecznione, zanim badanie jamy nosowej nie da pewnych wskazówek co do przyczyny cierpienia. Zdaje mi się jednak, iż w każdym przypadku torbiela błędn. sitowego *(mucocele)* wynik badania nosa będzie dodatni, a wtedy tą drogą nakłócie i właściwe leczenie wykonamy.

Przebieg torbiela błęd. sitow. *(mucocele)* trwać może, jak już wspomniałem, lata, z wielkiemi przerwami i w końcu nie powiększać się dalej. Względnie przyjść może do samoistnego przebicia się i dołączyć się zakażenie następowe, a wtedy wydzielina torbiela błęd. sitowego zmienia swój charakter, jak to raz spostrzegałem w przypadku takiego torbiela szczęki górnej z przebiciem się do dna jamy nosowej. W końcu w przypadku tym jama po poprzedniem jej wyskrobaniu (we Wiedniu, gdzie chora zasięgła porady) wypełniła się po dłuższym czasie ziarniną i zarosła, podczas gdy wypuklenie na podniebieniu twardem pozostało niezmienione. Możliwe jest wreszcie, iż treść torbiela błędn. sitow. *(mucocele)* ulegnie w sposób bliżej nam nie znany zakażeniu ropnemu, a wtedy obraz chorobowy zbliży go do otoku ropnego *(empyema)*. Że przy wypukleniu się torbiela błędn. sitowego ku oczodołowi może przyjść do samoistnego przebicia się do oczodołu, lub na zewnątrz oczodołu z wytworzeniem przetoki, podobnie jak to spostrzegano przy otoku, zdaje się być możliwem.

O torbielu *(mucocele)* zatoki klinowej nie wiemy wogóle nic, a ze względu na oczodół najmniej wchodzi on w rachubę; natomiast częściej powikłania ze strony oczodołu, względnie i narządu wzrokowego, spotykamy przy „mucocele" błędnika sitowego, zatoki czołowej, a wreszcie i szczękowej. Jaki jest stosunek w świetle najnowszych spostrzeżeń właściwego torbiela błędnika sitowego do wspomnianych zatok, wyłuszczyłem już poprzednio. Zaburzenia ze strony oczodołu będą natury czysto mechanicznej, jako przesunięcie i upośledzenie ruchomości gałki ocznej, lub jako zaburzenie w odprowadzaniu cieczy łzowej. Możebne podwójne widzenie należeć będzie do objawów podmiotowych, choć zdarza się nieraz, jak to bywa i przy zezowatości rozbieżnej, iż z czasem chorzy przyzwyczajają się do niewidzenia jednego z dwóch widzianych obrazów. Że w następstwie przesunięć gałki ocznej bardzo wysokiego stopnia ucierpi sam nerw wzrokowy, jest rzeczą zrozumiałą i były spostrzegane zaciśnięcia pola widzenia, oraz niewidzenie. Wziernikiem stwierdzono mierne przekrwienie brodawki n. wzrokowego, wreszcie zmiany w łamliwości, jak nadmiarowość. Mierne łzawienie odnieść należy do upośledzonej czynności mięśnia okrężnego oka.

Przypadek, który miałem sposobność spostrzegać, dotyczył mężczyzny, liczącego około lat 32, a został mi przysłany przez kol. Dr. Brudzewskiego do zbadania jamy nosowej i rozstrzygnięcia, o ile objawy ze strony oka, względnie oczodołu, należy odnieść do jamy nosowej. Chory sam nie zwracał uwagi na jakiekolwiek zmiany w nosie; dopiero gdy objawy przesunięcia gałki ocznej znacznie się zwiększyły, i chory, badając się palcem, wyczuł jakiś guz na zewnętrznej ścianie oczodołu, postanowił szukać porady lekarskiej, zresztą nie bardzo skwapliwie, gdyż zmiany te wlokły się od szeregu miesięcy niepostrzeżenie, obok od czasu do czasu miernych bólów głowy. Dopiero przez kol. Dr. Brudzewskiego naprowadzony na możebny związek z jamą nosową, przyznał, iż oddycha gorzej stroną odpowiadającą, która zresztą według podania chorego i zwykle nie najlepiej drożną była.

Chory przedstawił mi się 28 grudnia 1900 r. i pierwsza rzecz, która zmuszała na siebie zwracać uwagę, było przemieszczenie gałki ocznej prawej ku przodowi i nieco na zewnątrz, mierne łzawienie i zaczerwienienie spojówek, najwyraźniejsze w kąciku wewnętrznym. Samoistnej dwuzwroczności nie było, zapomocą czerwonego szkła, przy bardzo obwodowem ustawieniu świeczki występowała dwuwzroczność ku górze i zewnątrz (obrazki nie skrzyżowane). Dno oka prawidłowe. *Visus* $^6/_6$ (wynik badania został mi udzielony przez kol. Dr. Brudzewskiego). Na wewnętrznej ścianie oczodołu wyczuć można było prawie w całości przez powiekę dolną, guz owalny, wielkości niedużego ziarnka bobu, o powierzchni gładkiej, zbitości elastycznej, przy ucisku lekko bolesny. W jamie nosowej tej strony znalazłem obok znacznego przekrzywienia przegrody na granicy części chrząstnej i kostnej, wypuklenie na dolnej powierzchni przedniej części muszli średniej, zajmujące całą widzialną część przewodu średniego, a sam przedni koniec muszli średniej wydawał się, jakby był podniesiony ku górze. Nigdy chory nie uważał jakiejś nieprawidłowej wydzieliny z jamy nosowej, a do niedrożności tej strony, już istniejącej i poprzednio, tylko w mniejszym stopniu, przyzwyczaił się i sam się na nią nie skarżył. Przyjęcie związku między wypukleniem na muszli średniej do przewodu średniego, a wypukleniem na wewnętrznej ścianie oczodołu, nasuwało się samo przez się, a chcąc bliżej zbadać wypuklenie to w przewodzie średnim, wziąłem zwykły zgłębnik i wyczuwając nim pewien opór elastyczny, spróbowałem go pokonać; usłyszawszy jednak lekki chrzęst, wszedłem zgłębnikiem w głąb, jakby do jakiejś jamy; po usunięciu zgłębnika pokazała się kropla szarawo-mętnej wydzieliny w miejscu jego wbicia. Przy wykonaniu tego zabiegu chory poczuł pewien ból w oczodole, co tem więcej przemawiało za związkiem obu tych wypukleń. Zaproponowałem otwarcie wypuklenia od strony przewodu średniego, co chciałem uskutecznić haczykiem ostrym Hajeka, by następnie wyłamać blaszkę kostną i utorować odpływ do jamy nosowej. Chory musiał jednak chwilowo wracać do domu i przyrzekł zjawić się niebawem.

To „niebawem" jednak odwlokło się aż do 21 kwietnia r. b., w którym to dniu znalazłem chorego prawie że wyleczonego ze swojego cierpienia, a ciekawy przebieg sprawy przedstawił się, jak następuje: już następnego dnia przy silniejszem wysiąkaniu nosa wypłynęła naraz w większej ilości wydzielina i zaraz potem chory poczuł pewną ulgę, a gdy jeszcze i przez kilka dni następnych podobna wydzielina

z nosa odchodziła, chory równocześnie zauważył, iż gałka oczna wróciła do prawidłowego położenia, a wspomniany guz na wewnętrznej ścianie oczodołu poprostu zniknął, równocześnie też i nos stał się drożniejszym; pewna wydzielina jednak w bardzo skąpej ilości utrzymywała się i nadal, niezawsze jednak; ja jej w jamie nosowej stwierdzić nie mogłem, ani chory mi jej naocznie pokazać nie mógł. Wspomniane wypuklenie na muszli średniej ustąpiło i wogóle stosunki w tej jamie nosowej, oprócz wspomnianego skrzywienia przegrody nosowej, znalazłem mniej więcej prawidłowe.

Przypadek więc chciał, iż zabiegiem, mającym właściwie uzupełnić badanie, otwarłem jamę i utorowałem drogę wydzielinie, a cały przebieg przemawia za tem, iż była to jama jednokomorowa, wychodząca najprawdopodobniej z przedniego błędnika sitowego, względnie z przedniej części muszli średniej. Dla wytłómaczenia powstania tej jamy w sposób, podany przez Avellisa, a więc uznania jej za pęcherz kostny, brak mi badania po wyłamaniu ściany jamy; przypuszczać jednak można, iż torbiel błędnika sitowego (mucocele) w przypadku tym brał początek z torbiela kostnego, co wogóle jest więcej uchwytne, niż tłómaczenie zwyrodnieniem torbielowatem błony śluzowej. Napotykane w jamach bocznych nosa torbiele, jako objawy zapalenia błony śluzowej, względnie torbiele, powstające w polipach tych jam, nie mają z torbielem błędnika sitowego (mucocele) nic wspólnego. Rzekome rozszerzenie z powodu torbiela śluzowego nie znajduje potwierdzenia w nowszych badaniach. Po ustąpieniu napięcia w przypadku moim wypuklenie, zależne od rozdęcia, ustąpiło, a obecność jeszcze od czasu do czasu pewnej wydzieliny przemawiałaby za tem, iż ściany tego torbiela wydzielają dalej pewną treść.

Wreszcie kol. Brudzewski, który w ten sam dzień po raz wtóry badał chorego, zauważył w miejscu, gdzie dawniej był guz, na wewnętrznej ścianie oczodołu wypuklenie się tej ostatniej podczas siąkania nosa przez chorego, coby było dowodem, iż w następstwie ucisku zanikła część blaszki papierzastej i ulega obecnie przez parcie wydymaniu się. Żałuję bardzo, iż objaw ten uszedł mojej uwagi, przez co nie zdołałem go osobiście stwierdzić, a zjawisko to znane, jako „pneumocele“, tem więcej czyni przypadek ten interesującym; niewątpliwie więc w przewodzie średnim nosowym jama ta łączy się ze światem zewnętrznym, otworem tym dostaje się do niej powietrze, względnie skąpa jej wydzielina zostaje wydaloną na zewnątrz.

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał

Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki.

(Ciąg dalszy).

Streściłem szerzej tę pierwszą pracę Bordeta, gdyż stanowi ona podstawę wszystkich późniejszych badań, a w ciągu nich to pierwsze jego spostrzeżenie tworzy zawsze niejako szkielet, około którego grupuje się coraz więcej nowych szczegółów. Z badaczy, którzy obok samego Bordeta[6]) podjęli w dalszym ciągu powyższy temat i znacznie go rozszerzyli i pogłębili, wymienić należy na pierwszem miejscu spółkę Ehrlicha i Morgenrotha[7]), obok zaś stoi Nolf[8]), von Dungern[9]) i wielu innych. Te dalsze badania przyniosły cały szereg szczegółów pierwszorzędnej wagi, wśród nich jednak zarysowały się poważne różnice zdań między badaczami co do tłómaczenia pojedynczych zjawisk, a w szczególności między Bordetem z jednej, a Ehrlichem i Morgenrothem z drugiej strony. Zanim jednak naszkicuję główne zarysy tego sporu naukowego, muszę przedewszystkiem zestawić te dalsze spostrzeżenia w danej sprawie, które ogólnie zostały potwierdzone. Teorya dwóch substancyj, wypowiedziana najpierw przez Bordeta, została w zasadzie powszechnie przyjętą, z różnicą co do nazw tych działających przy hemolizie istot. Bordet nazywa substancyę specyficzną, nieginącą przy ogrzaniu do 56° C., substancyą usposabiającą *(substance sensibilisatrice)*; drugą zaś, właściwie hemolityczną, niespecyficzną, ginącą przy ogrzaniu do 56° C., aleksyną. Ehrlich zaś i Morgenroth nazywają pierwszą ciałem uodporniającem lub pośredniem *(Immunkörper, Zwischenkörper)*, drugą dodatkiem lub uzupełnieniem *(Addiment, Complement)*. Substancya specyficzna działa wprost na ciałka czerwone, łączy się z niemi i zostaje pochłoniętą i to nie w ściśle określonym stosunku, lecz przeciwnie ciałka czerwone są zdolne pochłonąć tej istoty więcej, niż jej potrzeba do zupełnego rozpuszczenia, przyczem ta zdolność pochłaniania większej ilości substancyi specyficznej jest w pojedynczych doświadczeniach bardzo rozmaitą. Druga substancya działać może, przynajmniej działa w sposób wydatny, tylko na ciałka połączone (sensibilisés) z pierwszą; przy działaniu zużywa się w stosunku prostym do ilości ciałek, które ma rozpuścić. Substancya specyficzna wytwarza się w surowicy szczepionego zwierzęcia tylko pod wpływem samych ciałek czerwonych, a nie innych składników krwi, i to w szczególności szkieletów tychże ciałek *(stromata)*, nie hemoglobiny, choć pod tym względem istnieją i przeciwne zdania. Działanie hemolizyn jest specyficzne z nielicznymi wyjątkami, które dają się wyjaśnić blizkiem pokrewieństwem gatunków zwierzęcych; n. p. surowica królika, szczepionego krwią kury, rozpuszcza również, choć nieco słabiej, ciałka czerwone gołębia. Siłę hemolityczną danej surowicy można dość ściśle przez porównawcze badanie określić. Niekiedy, lecz nie zawsze, da się otrzymać isolizynę (Ehrlich i Morgenroth), to znaczy przez wstrzykiwanie krwi zwierzęciu z drugiego osobnika tego samego gatunku wywołać hemolizynę względem ciałek czerwonych tego drugiego osobnika. Autolizyny, t. j. istoty, działającej na ciałka czerwone tego samego osobnika, szczepionego krwią własną, otrzymać nie można. Jeżeli hemotoksynę, a więc n. p. surowicę królika, szczepionego krwią świnki morskiej, wstrzyknie się drugiemu królikowi, to ten nabierze własności hemotoksycznych względem krwi świnki morskiej, ale w sposób bierny, w stopniu, zależnym od ilości wstrzykniętej surowicy. Jeżeli jednak surowicę czynną wstrzyknie się według powyższego przykładu śwince morskiej, to przy zastosowaniu większych dawek następuje śmierć tego zwierzęcia, przy mniejszych zaś dawkach powstają w surowicy świnki morskiej ciała, posiadające wybitne własności przeciwne wstrzykniętej surowicy, a więc antyhemotoksyny. Te istoty „anti“ działają przeciw obydwom substancyom,

składającym hemotoksynę *(antialéxine, antisensibilisatrice)*; ważniejszą gra rolę istota, przeciwdziałająca substancyi, zwanej przez Bordeta aleksyną, przez Ehrlicha i Morgenrota „addymentem". Przeciw więc sztucznym hemotoksynom można zwierzę uodpornić, podobnie, jak to niezależnie od od tych badań wykazały prace Camusa i Gleya[10]), Kossela[11]), Czystowicza[12]) dla naturalnej hemotoksyny, jaką w wysokim stopniu przedstawia krew węgorza dla krwi ssawców. Przez wstrzykiwanie bowiem małych ilości krwi węgorza ssawcowi staje się on odpornym na działanie dawek stanowczo śmiertelnych. Zjawisko to można zresztą zauważyć i przy doświadczeniu z innymi gatunkami zwierząt, których krew działa wzajemnie na ich ustroje trująco. Tą otrzymaną antyhemotoksyną można wywołać znowu bierną odporność przez zastósowanie jej zwierzęciu nowemu, której stopień zależy wprost od ilości wstrzykniętej surowicy antyhemotoksycznej. W tłómaczeniu tych niezwykle zajmujących zjawisk, z których tylko najważniejsze w krótkości przedstawiłem, panują jeszcze, jak to powyżej już zauważyłem, poważne różnice zdań. Bordet, przedstawiciel jednej grupy autorów, twierdzi, że ustrój posiada tylko jedną istotę, działającą zabójczo, rozpuszczającą ciałka czerwone obce, t. j. aleksynę Buchnerowską, a ta sama istota działa również na wprowadzone do ustroju drobnoustroje; aleksyna ta jest identyczną u wszystkich zwierząt. Między innymi dowodami na poparcie tej „zasady jedności istoty cytolitycznej" zasługuje na wzmiankę następujące doświadczenie: „Surowica antycholeryczna, ogrzana poprzednio do 56° C., nie wywołuje charakterystycznej zmiany w przecinkach cholery; po dodaniu jednak surowicy zwierzęcia nowego (prawidłowego) występuje szybko objaw Pfeiffera. Otóż jeżeli do tej mięszaniny doda się następnie ciałek czerwonych, wymięszanych poprzednio z odpowiednią surowicą hemotoksyczną, ale ogrzaną do 56° C. i skutkiem tego niezdolną do hemolizy, to pomimo obecności w otrzymanej mięszaninie surowicy nowego zwierzęcia i surowicy hemotoksycznej, ogrzanej do 56° C., rozpuszczenie ciałek czerwonych wcale nie występuje, gdyż aleksyna surowicy nowej została zużytą na zniszczenie przecinków cholerycznych". Druga istota specyficzna „substance sensibilisatrice" wytwarza się w ustroju wskutek wprowadzenia doń obcych ciałek czerwonych (względnie bakteryj), a zadaniem jej jest usposobić te obce pierwiastki na działanie aleksyny, przyczem ta akcya „usposobienia" pojmowaną jest przez Bordeta w sposób niejako mechaniczny.

Sumienne i bardzo drobiazgowe badania Ehrlicha i Morgenrotha wykazują jednak, że sprawa ta nie przedstawia się tak prosto i zwięźle, jakby to chciał Bordet, gdyż istnieje cały szereg zjawisk, które bezwarunkowo nie dadzą się pogodzić z zapatrywaniem tego autora. Ehrlich i Morgenroth przyjmują jako podstawę tłómaczenia procesu hemolizy teoryę bocznych łańcuszków *(Seitenkettentheorie)*, podaną pierwotnie przez Ehrlicha dla sprawy toksyn i antytoksyn. Istotnie przyznać trzeba, że dotąd zdołali oni wszystkie, tak przez siebie jak i przez innych poczynione spostrzeżenia zastosować i wytłómaczyć swoją teoryą, a należałoby tylko sobie życzyć, by okazała się ona i w dalszym ciągu badań tak zwycięzką i przez to ujednostajniła zapatrywania i usunęła istotny zamęt w obecnym stanie nauki. Nie podobna mi tutaj przedstawiać całości tej bądź co bądź zawiłej teoryi łańcuszkowej Ehrlicha; zaznaczę tylko kilka jej najważniejszych rysów, a względnie podniosę różnice, jakie teorya ta okazuje z teoryą Bordeta, specyalnie w sprawie hemolizy. Teorya łańcuszkowa opartą jest na zasadach chemii, a mianowicie stereochemii, zastosowanej do procesów życiowych żywych komórek ustroju. Każda drobina protoplazmy komórkowej posiada cały szereg grup, ułożonych jakby łańcuszek około pewnego środka, które zdolne są łączyć się chemicznie z odpowiedniemi grupami innych drobin, które nadto mogą być odtrącone od swego środka i krążyć następnie wolno w sokach ustroju, podczas gdy na ich miejsce wytwarzają się nowe grupy. Proces ten odbywa się wciąż w życiu prawidłowem komórki, przy przemianie materyi. Z grupami temi (receptorami) łączą się i grupy obcych istot, np. toksyn, a w takim razie „receptor" ten w połączeniu z grupą toksyny zostaje strącony, a na jego miejsce powstaje nowa grupa. Ta zastępcza regeneracya nie ogranicza się jednakowoż na powstaniu tylko jednej grupy na miejsce strąconej, ale wytwarza się szereg, pewien zapas odpowiednich grup, które następnie krążą wolno w sokach ustroju i stanowią antytoksyny, gdyż łącząc się z grupami toksyn, nie dopuszczają ich działania na komórki ustroju. Cząsteczka zaś toksyny posiada dwie grupy: jedną, która się łączy z „receptorem" komórki, zwana „haptophor", druga zwana „toxophor". Antytoksyny więc zostają wytworzone przez komórki ustrojowe, posiadające przez charakter swoich grup, czyli „receptorów", chemiczne powinowactwo do danych toksyn. W procesie hemolitycznym odbywa się również działanie chemiczne według tych samych prawideł, co dla toksyn i antytoksyn. Ciałko czerwone posiada szereg grup, które chemicznie łączą się z odpowiednią grupą ciała pośredniego *(Zwischenkörper, Immunkörper)*. To ciało pośrednie posiada dwie grupy, jest „amboceptorem", a ta druga grupa łączy się z „komplementem", a mianowicie z jego grupą „haptoforna", podczas gdy druga grupa „komplementu" toksoforna lub zymotoksyczna pozostaje wolną. Przy takim połączeniu hemoliza jest dokonaną; ciało pośrednie bowiem wraz z „komplementem" stanowi jakby toksynę dla ciałka czerwonego. Ciało pośrednie łączy się chciwie z „receptorem" ciałka czerwonego, słabiej z „komplementem" drugą swą grupę, która znowu sama przez się nie jest zdolną do połączenia z „receptorem" ciałka czerwonego. W surowicy krwi krąży większa ilość różnych ciał pośrednich i „komplementów", strącanych ustawicznie przez komórki ustrojowe. Przy naturalnej hemolizie, a więc przy procesie rozpuszczania ciałek czerwonych jednego zwierzęcia przez surowicę zwierzęcia z innego gatunku wchodzą w grę zawsze te dwa ciała, t. j. ciała pośrednie i „komplement", według tych samych prawideł, co przy sztucznych hemotoksynach.

Że w surowicy krwi znajdują się różne, a nie jeden „komplement" (aleksyna Bordeta), tego dowodzą liczne spostrzeżenia. I tak dały się stwierdzić komplementy, które nie giną przez ogrzanie do 56°C.; dalej „komplementy" tem między sobą różne, że posiadają odmienną zdolność przechodzenia przez pewne sączki i w ten sposób dały się od siebie oddzielić, a wreszcie rozmaitość „komplementów" najlepiej się udowadnia rozmaitością „antykomplementów", — czemu i sam Bordet w ostatnich swych doświadczeniach nie zaprzecza. Ta mnogość „komplementów" stanowi najbardziej zasadniczą różnicę między unitarną teoryą Bordeta, a zapatrywaniem

Ehrlicha i Morgenrotha. Zdaje się jednak, że tych „komplementów“ istnieje pewna ograniczona ilość, i że pewne gatunki zwierząt posiadają mniejszą lub większą część identycznych „komplementów“, lub też przynajmniej pokrewnych. Przez ogrzanie „komplement“ właściwie nie ginie, ale się zmienia na t. zw. „komplementoid“, który jest zdolny do wywołania „antykomplementu“ w ustroju zwierzęcia, szczepionego tym „komplementoidem“, a więc np. surowicą ogrzaną do 56° C.

Działanie antykomplementu polega na połączeniu jego z „haptoforną“ grupą komplementu, skutkiem czego ten ostatni nie może wejść w związek z ciałem pośredniem. W pewnych warunkach może być brak w ustroju komplementów. I tak zauważyli to zjawisko Ehrlich i Morgenroth przy ciężkiem zatruciu fosforem, Nolf — przy rozległem ropieniu.

Z tego krótkiego przedstawienia teoryi Ehrlicha i Morgenrotha, tłómaczącej proces hemolizy, a uzasadnionej odpowiedniemi doświadczeniami, wynika, że sprawa ta w swej głębszej istocie jest zawiłą i wymaga jeszcze dłuższych badań. W każdym razie szereg faktów nie ulega już wątpliwości, a to przedewszystkiem sam proces hemolizy przez surowice, sztucznie otrzymywane, udział w nim dwóch odmiennych istot, analogia z zachowaniem się ustroju względem ciałek czerwonych obcych i mikroorganizmów. Analogia ta między surowicą przeciwkrwinkową, a surowicą zwierzęcia uodpornionego względem pewnego rodzaju drobnoustrojów, objawia się jeszcze silniej przez to, że surowica przeciwkrwinkowa, oprócz własności hemolitycznych, przedstawia jeszcze własności aglutynacyi odpowiednich ciałek czerwonych, zupełnie podobnej do aglutynacyi bakteryj przez odpowiednie surowice. I ta własność surowicy przeciwkrwinkowej była przedmiotem badań, szczególniej ze strony Bordeta, a potem Nolfa, a badania te rzuciły niewątpliwie dużo światła na sprawę aglutynacyi wogóle tak mikrobów, jak i ciałek czerwonych. Przedewszystkiem więc stwierdzono, że własność surowicy krwi aglutynowania ciałek czerwonych obcych istnieje niezależnie od jej własności hemolitycznych, aczkolwiek również przez szczepienie zwierzęcia krwią obcą da się wywołać sztucznie, względnie znacznie powiększyć, jeśli już istniała w stosunkach prawidłowych, tj. przed szczepieniem. Aglutynina nie ginie przy 56° C., nie jest również identyczną z „substance sensibilisatrice“ Bordeta lub „Zwischenkörper“ Ehrlicha i Morgenrotha, ani też z t. zw. precypityną, o której poniżej mówić będę. Co się tyczy głębszego mechanizmu aglutynacyi, to, jak to poprzednio, mówiąc o sprawie odporności względem bakteryj wspomniałem, istnieją w tym kierunku liczne tłómaczenia i teorye. Rozszerzyłbym zanadto ramy niniejszego wykładu, gdybym zechciał je na tem miejscu choćby w krótkich słowach streszczać. Zaznaczę tylko, że Bordet właśnie na podstawie studyów nad aglutynacyą ciałek czerwonych przy sztucznych hemotoksynach dochodzi do wniosku, że aglutynina działa na ciałka czerwone swoiście w ten sposób, że zmienia stosunki przyciągania drobinowego między ciałkami a otaczającym płynem, poczem samo zlepianie się ciałek i opadanie na dno naczynia odbywa się na mocy praw czysto fizycznych. W antyhemotoksynach stwierdzono również istnienie antyaglutyniny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Gerichtsärztliche Geburtshülfe von Prof. Dr. H. Fritsch, Geheimer Medizinalrath, Director der Universitats-Frauenklinik in Bonn. (Mit 14 in den Text gedruckten Figuren. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1901. 8°, S. 210. Cena 5 M. 60).

Całość, opracowaną nader przejrzyście i zrozumiale, dzieli ją autor na sześć głównych rozdziałów, w których po kolei omawia dzieciobójstwo, spędzenie płodu, zdolność płciową i przeszkody małżeńskie, dochodzenie ciąży i błędy w sztuce. W rozdziale pierwszym, omówionym najobszerniej, tłómaczy F. przedewszystkiem odnośne ustępy z ustawy (czyni to także w rozdziałach następnych), poczem podaje nader trafnie zasady, jakiemi lekarz kierować się winien przy wydawaniu orzeczenia, przechodzi dalej do badania matki i dziecka, roztrząsając wyczerpująco zasadnicze pytania, na jakie odpowiedzieć należy w przypadkach dzieciobójstwa. Osobne obszerne ustępy poświęca porodowi ulicznemu i samopomocy przy porodzie. Rozdział ten obfituje w kazuistyczne przypadki. Rozdział drugi „O spędzeniu płodu“ rozpoczynają uwagi ogólne, wśród których spotykamy się z może za daleko idącemi radami, jak n. p. by w przypadkach wzniecania sztucznego poronienia spisano odnośny protokół wobec świadków, a do zabiegu nie przystępowano bez poprzedniego porozumienia się z dwoma kolegami zawodu. Następuje omówienie cech rozpoznawczych odbytego poronienia, badanie jaja płodowego, jakoteż środków, używanych do spędzenia płodu. Zgwałcenie i niezdolność płciowa, podobnie jak i dochodzenie ciąży, są w stosunku do rozdziałów poprzednich omówione pobieżniej; nie można jednak z tego czynić autorowi zarzutu, zaznacza bowiem wyraźnie na wstępie, że książka jego przeznaczoną jest dla początkujących. Nieco skrajne stanowisko zajmuje Fritsch w rozdziale ostatnim, tyczącym się błędów w sztuce. Wychodząc z założenia, że *errare humanum est*, dalej, że lekarz położnik zazwyczaj operuje w warunkach niekorzystnych, że popełniając błędy, niema przecież zamiaru ich popełnić, i że wreszcie przez dochodzenia i rozprawy sądowe nikt korzyści nie odniesie, a roztrząsanie całego przypadku zwiększa tylko żal męża za stratą żony i podkopuje zaufanie publiczności do lekarzy, żąda, by wyraz „błąd w sztuce“ przestał istnieć. Sądzi dalej, że „das ärztliche Gewissen“ zmusi każdego lekarza po popełnieniu jakiegoś błędu do zastanowienia się nad odnośnym przypadkiem, a przez uzupełnienie z własnego popędu wiedzy zapobiegnie dalszym podobnym błędom. Zapatrywanie to jest po części słuszne; trudno jednak w ten sposób oceniać wszystkie przypadki, zwłaszcza te, z których widnieje zupełne nieuctwo; a te tylko karze ulegają. Pęknięcie macicy, operacye kleszczowe, przedwczesny poród, obrażenia płodu, pozostawienie w macicy części łożyska lub jaja płodowego, gorączka połogowa, oto dalsza treść tego rozdziału.

Jak z powyższego zestawienia wynika, wyczerpał autor materyał zupełnie, a wartość pracy podnosi niezwykle ten szczegół, że pojedyncze zagadnienia poparte są licznymi przykładami z praktyki. W pracy uwzględnione zostało najświeższe piśmiennictwo, nawet polskie (Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej), a co za tem idzie, brak w niej przestarzałych zapatrywań i wniosków. Czytając pracę tę, odnosi się wrażenie, że pisał ją nietylko doskonały położnik, lecz równocześnie dobry lekarz sądowy. Jakkolwiek więc każdy poczytny podręcznik medycyny sądowej omawia zagadnienia z położnictwa, to jednak przyjąć należy pracę Fritscha z prawdziwem zadowolnieniem i polecić ją każdemu lekarzowi, zwłaszcza zaś położnikowi, który niejednokrotnie jako znawca sądowy występować może.

Horoszkiewicz.

IV. Wyciągi.

Prof. Sawczenko. **Spostrzeżenia morfologiczne odnośnie do patogenezy nowotworów.** *(Russk. Arch. Patoł., Klinicz., Medic. etc.* Marzec, 1901). Wychodząc z założenia, że możliwie wszechstronne badanie nowotworów, zwłaszcza zaś upostaciowanych utworów, obcych komórkom prawidłowym, może rzucić pewne światło na patogenezę nowotworów, przytacza autor nowy szereg własnych spostrzeżeń w tym kierunku. Spostrzeżenie pierwsze dotyczy włókniaka, usuniętego operacyjnie z palca. W przypadku tym badanie zwykłemi metodami wykazało tylko utkanie włókniaka: przy ustaleniu zaś w płynie Flemminga i barwieniu anilinowymi barwikami uderzyła autora obecność licznych, silnie się barwiących ciałek, kształtu kulistego lub owalnego; ciałka te silnie załamywały światło i spoczywały już to w protoplazmie komórek, już też między włóknami. Badanie mikrochemiczne tych ciałek nie pozwalało ich podciągnąć pod żaden ze znanych typów przeobrażenia protoplazmy komórkowej (śluz, koloid, istota szklista), tak, iż można już było myśleć o jakichś pasorzytach, zwłaszcza, iż niektóre z nich zdawały się pączkować. Jednakże dłuższe (dobę trwające) barwienie (barwikami anilinowymi) dało możność określenia pochodzenia tych ciałek, a mianowicie wykazało, iż są to niedokształcone włókna sprężyste (ciałka te i uwydatnione dopiero przy silniejszem barwieniu odchodzące od nich włókienka barwiły się odpowiednio orceiną i fuksyną i kwasem azotowym). Zdaniem autora to niedokształcenie włókien sprężystych było następstwem nieprawidłowej wogóle czynności komórek w nowotworze, co dało powód do nagromadzenia się w komórkach istoty elastogennej w postaci wyżej opisanych ciałek.

Spostrzeżenie drugie dotyczy utworów, spotykanych w mięsakach o komórkach różnokształtnych z domieszką komórek olbrzymich. Ustalając kawałki w płynie Flemminga i barwiąc skrawki barwikiem Ehrlich-Biondiego, autor zauważył w jądrach niektórych komórek obok żółto zabarwionych jąderek jakieś twory, barwiące się wybitnie zielono, którego to odczynu nie daje ani śluz, ani koloid: zwykłych odczynów na śluz twory te nie dawały również: pod wpływem kw. osmowego w płynie Flemminga barwiły się one na kolor sepii. W kawałkach, ustalonych w wyskoku lub sublimacie, tworów tych wykazać się nie udało; na ich miejscu w jądrach widoczne były wakuole. Przy dokładniejszem badaniu wśród tych tworów dawały się wyróżnić 2 typy: 1) b. drobne, jednolicie barwiące się ciałka, lub ich skupienia; 2) ciałka pęcherzykowate z otoczką i jej zawartością, już to w postaci kulistego jednolitego kłaczka, już też w postaci dwu lub kilku podłużnych, niekiedy zgiętych ciałek, wśród których niekiedy były widoczne silnie zabarwione ziarenka. Autor przeprowadza w dalszym ciągu analogię między tymi tworami, a tworami, opisanymi przez niego już dawniej w rakach i śródbłoniakach, nie twierdzi jednak stanowczo, iżby to miały być pasorzyty, wywołujące te nowotwory, zwłaszcza wobec wypowiedzianego niedawno przez Borrela poglądu, że podobne do pasorzytów twory, spotykane w rakach, są właściwie zmienioną „idiosoma“, właściwą każdej komórce. Na podstawie tego, iż dzielenie się jąder w tych nowotworach autor spotykał głównie w komórkach, których jądra zawierały wyżej opisane twory, przypuszcza on możliwość istnienia ściślejszego związku przyczynowego pomiędzy rozwojem tych tworów w jądrach a sprawą podziału jąder i powstawania tutaj komórek olbrzymich; wobec jednak tego, iż jakość tych tworów i ich znaczenie nie są dostatecznie jeszcze wyjaśnione, związek ten uważa tylko za możliwy.

Wreszcie badając mięsaki olbrzymio-komórkowe, zauważył autor na preparatach, ustalonych w płynie Flemminga lub w sublimacie, jakieś twory kształtu krystalicznego w obrębie komórek olbrzymich: twory te nie dawały się w żaden sposób zabarwić i ten właśnie brak zabarwienia wyróżniał je od protoplazmy, wśród której leżały. Autor sądzi, iż za życia tych komórek znajdowały się w nich jakieś twory krystaliczne, które uległy rozpuszczeniu przy ustaleniu, a więc. że widziane przezeń twory były tylko lukami w protoplazmie, które powstały po rozpuszczeniu kryształu, zachowując dalej kształt kryształu. *Gliński.*

Doc. Hammerschlag (Wiedeń). **Przyczynek do nauki o ropniach mózgowych pochodzenia usznego.** *(Monatsschrift für Ohrenheilkunde* Nr. 1. 1901). W zamiarze zużytkowania materyału statystycznego w celach rozpoznawczych i leczniczych, rozpatruje autor zestawionych przez się 195 przypadków, w których ropień płatu skroniowego rozpoznano za życia i operowano. Najczęściej chorobę tę stwierdzano u osób między 20 a 30 rokiem życia. Z 175 chorych 122 przypada na płeć męzką, 53 na żeńską. Ze 187 przypadków ropienie uszne przewlekłe poprzedzało 149 razy, ze śmiertelnością 52,4%; ropienie ostre 37 razy ze śmiertelnością 62%, podostre jeden raz. Rokowanie jest zatem najgorsze po ropieniu ostrem. W liczbie 170 przypadków ciepłota ciała była prawidłową 46 razy, podniesioną 106 razy. Z tych 35 razy istniały różne powikłania śródczaszkowe, a tylko 65 razy gorączka pochodziła z samego ropnia mózgowego; 18 roku była ciepłota podgorączkowa. — Wreszcie były 17 razy, t. j. w 11 przypadkach powikłania, a 6 — bez powikłania.

Z objawów ogólnomózgowych ból głowy stwierdzono w 103 przypadkach. Większe bóle głowy miejscowe, posiadające znaczenie rozpoznawcze, były dość rzadkie, bo tylko w 28 przypadkach, i umiejscowione były po stronie ropnia, a 14 razy istniała tylko bolesność na ucisk w okolicy skroniowej strony chorej. Zaburzenia psychiczne były 105 razy. Z 24 przypadków, połączonych z bezprzytomnością i śpiączką, wyleczyło się drogą operacyjną 13. Zwolnienie tętna zanotowano 73 razy; zmiany na dnie oka (różne stopnie zastoju, aż do zaniku nerwu wzrokowego) 60 razy. Z objawów ogniskowych stwierdzono niemotę 53 razy na 96 przypadków ropnia lewego płatu skroniowego; widzenie połowicze 6 razy, porażenia 70 razy; ruchowe objawy podniecenia w postaci kurczów 7 razy. Bezczułość połowiczą wykazano w nieznacznej tylko liczbie przypadków. Z 106 przypadków, operowanych od strony kości skroniowej, wyleczonych było 37·7%; z 64 operowanych od strony wyrostka sutkowego wyzdrowiało 48·4%; z 10 przypadków, operowanych (z równoczesnem wydłutowaniem części łuskowej i stropu jamy bębenkowej, wyleczono 8, t. j. 80%. Wnioski z tych liczb statystycznych łatwo wysnuć. *Spira.*

Prof. Wachholz. **Badania nad kryształkami heminy.** *(Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin* T. XXI, Z. 2, 1901). Udowodniwszy na wstępie, że mylnem jest zdanie Drozniczenki, jakoby pierwszy Friedberg spostrzegał kryształki heminy, a nie Teichmann, przystępuje W. do właściwego tematu, a to do wykazania, które z kwasów nieorganicznych i organicznych tworzą z solami chloru, bromu i jodu w obecności krwi kryształki heminy, i czy przy wysychaniu zgniłej krwi tworzą się stale samoistnie kryształki heminy.

W odpowiedzi na pierwsze pytanie przychodzi autor na mocy swych doświadczeń do wniosku, że wszystkie silne kwasy mineralne i organiczne mogą służyć do otrzymywania kryształków heminy, jeśli ich użyto w obecności alkoholu 90%—95%; najlepiej zaś nadaje się do tego celu mięszanina alkoholu 90%—95% i zgęszczonego kwasu siarkowego w stosunku 1: 10.000, lub kwasu mlekowego, względnie octowego i alkoholu w równych częściach. Ogrzewanie próby powinno się odbywać nader ostrożnie tak, by płyn się gwałtownie nie zagotowywał. Użycie mięszaniny alkoholu i kwasu posiada tę zaletę, iż zagotowując się w niższej ciepłocie, aniżeli czysty kwas octowy lub mlekowy, zapobiega zniszczeniu reakcyi. Możliwem jest także, że alkohol odgrywa rolę wody krystalizacyjnej, a temsamem ułatwia krystalizacyę.

Co do samoistnego tworzenia się kryształków heminy we krwi zgniłej, to badania dały wynik ujemny, nadto zaś wykazały, że krew gnijąca, która, badana spektralnie daje widmo hemochromogeny, chociażby pod wpływem kwasu octowego lodowatego przedstawiała widmo hematyny kwaśnej, kryształków heminy już nie tworzy.

Nieco odmiennie wypadły badania krwi tlenkowęglowej, przechowywanej od dwóch lat w szczelnie zamkniętej flaszce z różną ilością na zimno wysyconego boraksu. Jakkolwiek krew ta, badana spektralnie, dawała widmo tlenkowęglowej hemochromogeny, to jednak otrzymano po jej zasuszeniu na szkiełku przedmiotowem, zaprawieniu solą kuchenną i kwasem octowym lodowatym, względnie mieszaniną jego z alkoholem i po łagodnem ogrzaniu, kryształki heminy. Dodatni ten wynik tłómaczy autor utrudnionym przystępem powietrza, działaniem boraksu, a także obecnością tlenku węgla.

Z kolei starał się W. stwierdzić, o ile pewne zanieczyszczenia, jak rdza, piasek, glinka, węgiel zwierzęcy, domieszka barwików anilinowych, formaliny etc. utrudniają, względnie uniemożliwiają dodatni wynik tej próby. We wszystkich jednak próbkach, z wyjątkiem jednej, którą zmięszano z wodnikiem hidrazyny, zdołano otrzymać kryształki heminy.

Wreszcie badał W. zachowanie się krwi ogrzanej do ciepłoty wyżej 200° i wykazał, że barwik jej przechodzi w tych warunkach w jakiś bliżej nieznany pochodny. Pochodny ten barwik rozpuszcza się na zimno, łatwiej po ogrzaniu w zgęszczonym kwasie solnym, lub bezwodnym kwasie mrówczanym, barwą brunatno-czerwoną; płyn ten jednak w nawet w silniejszem zgęszczeniu nie daje widma hematyny kwaśnej, natomiast stwierdza się zaciemnienie widma z wyjątkiem pola czerwonego i żółtego. Rozczyn ten rozcieńczony wodą nie zmienia się; po dodaniu ługu powstaje osad. Pochodny barwik rozpuszcza się łatwo w zgęszczonym kwasie siarkowym, dając widmo hematoporfiryny: kryształków heminy nie tworzy. *Horoszkiewicz.*

Bukojemski. **Leczenie chorób macicy i jej przydatków zapomocą wstrzykiwań śródmacicznych.** (*Russkij Archiw patologii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii*, 1901). Wywody swoje oparł autor na podstawie 4-letniego stosowania w szpitalu odeskim wstrzykiwań śródmacicznych, i metodę tę uznaje za najskuteczniejszą w leczeniu niektórych chorób macicy i ich przydatków. Skład płynu wstrzykiwanego jest następujący: nalewka jodowa i wyskok po równej części z dodaniem 5% alumnolu. Czterdzieści wstrzyknięć wystarczało do zakończenia leczenia. Do wstrzykiwań używa autor strzykawki Brauna i wykonywa je codziennie, używając 1,0—2,0 wyżej podanej cieczy na każde wstrzyknięcie. Najlepsze wyniki otrzymał autor ze swej metody leczniczej w ostrem zapaleniu śródmacicznem na tle rzeżączkowem, w zapaleniu trąbek i jajników miąższowem, wreszcie w ostrem zapaleniu omacicznem. Niemniej skutecznie działały w mowie będące wstrzykiwania w trzech przypadkach małych mięśniaków macicy, ustało krwawienie i ucichły bóle. Prócz tego leczenie to wywołuje zwiększenie przerw w miesiączkowaniu, co szczególnie dobrze wpływa na przebieg choroby przydatków macicznych. *K.*

Bokarius (Charków). **Kryształy Florencea i ich znaczenie sądowo-lekarskie.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XXI, Z. 2, 1901). B. potwierdza wyniki badań innych autorów, że można otrzymać kryształy Fl. nietylko z nasieniem ludzkiem, lecz także z nasieniem zwierząt, nadto zaś z całym szeregiem innych istot pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. Wydaliny ludzkie, jak i plamy krwi, nie dają odczynu; wyjątkowo tylko te ostatnie, jeśli powstały przez rozgniecenie owadów. Z nasieniem ludzkiem otrzymuje się odczyn znacznie łatwiej, niż z innemi istotami, kryształy też są większe, a co najważniejsze, że mają kształt, przypominający kryształki Teichmanna, kształt, którego nie mają kryształki, otrzymane z innemi ciałami. Dłuższe przechowywanie nasienia nie wpływa na wynik odczynu; mały wpływ wywiera wyższa ciepłota; gnicie tylko wówczas uniemożliwia dodatni wynik odczynu, jeśli działają bakterye, zabarwiające płyn na szmaragdowo zielono, względnie pomarańczowo żółto. Znaczna ilość domieszanego moczu, ropy, krwi, śluzu czynią dodatni wynik próby niemożliwym. Wedle doświadczeń autora nie musi się używać tego rozczynu jodu, jaki podał Florence; jod musi się tylko znachodzić w nadmiarze, a próba nie powinna być wykonaną z dużą ilością płynu. *Horoszkiewicz.*

Rey: **O patogenezie lęku nocnego dzieci.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Mai 1901). Lęk nocny dzieci u nas rzadziej się spotyka; objawia się on w następujący sposób: trzy do czterech godzin po ułożeniu do snu dziecko siada, krzyczy i wyciąga ramiona, szukając pomocy. Oczy ma ustawione w słup, twarz blada, prawie zawsze potem pokryta. W pierwszej chwili dzieci nic nie mówią i wydają tylko niezrozumiałe dźwięki, a dopiero po kilku minutach wymawiają wyrazy, będące w związku z wyobrażeniami, powstałemi we śnie. Stan ten trwa kilka minut do pół godziny, a kończy się po zaświeceniu i przełożeniu dziecka do innego łóżka. Przez cały dalszy czas dziecko się nie budzi i śpi dalej w drugiem łóżku do rana. Niekiedy po upływie jednej do dwóch godzin pojawia się drugi napad, a bardzo rzadko i trzeci. Po przebudzeniu się dziecko nie przypomina sobie zdarzenia w nocy.

Na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi autor w sprawie patogenezy lęku nocnego dzieci do następujących wniosków: 1) lęk nocny dzieci powstaje wskutek przeszkody w oddechaniu i utlenianiu krwi, a przeszkoda ta jest bezpośrednia lub odruchowa, 2) lęk nocny powstaje wskutek zatrucia przewlekłego kwasem węglowym, a objawy towarzyszące mu są te same, co przy zatruciu bezwodnikiem węglowym. 3) Nie należy odróżniać lęku samoistnego od objawowego (symptomatycznego), gdyż wszystkie przypadki zaliczyć należy do ostatniej postaci. Możnaby atoli odróżniać lęk nocny, będący w związku bezpośrednio z zaburzeniami oddechowemi i zależny od nich odruchowo. *Jan Landau.*

Perez. **Bakteryologia ozeny. Etyologia i zapobieganie.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1901, Nr. 5). P. opisał przed dwoma laty drobnoustrój, nazwany przez siebie *coccobacillus foetidus ozenae*, który uważa za przyczynę tej choroby, ponieważ zdołał zapomocą niego wywołać u królików zanik małżowin nosowych, mający być, jego zdaniem, znamienną cechą prawdziwej ozeny. Od owego czasu badał P. bakteryologicznie wydzielinę nosa u 90 osób, i znalazł ów drobnoustrój tylko w 22 przypadkach ozeny, a nie znajdował go nigdy w innych chorobach nosa. — Badania wydzieliny nosa różnych zwierząt, podjęte przez P., wykazały, że *coccobacillus ozenae* znachodzi się także niekiedy u psów, nie znachodzi się zaś u żadnego innego gatunku zwierząt. U psów znajduje się ten drobnoustrój już w stanie prawidłowym, mnoży się jednak bardzo i nabiera jadowitości u psów chorych, zwłaszcza zakażonych pasteurellą. Zdaniem P. psy są źródłem zakażenia się ozeną ludzi; przemawia za tem, zdaniem P., okoliczność, że ozena najczęściej zdarza się u dzieci klas uboższych, które częściej, niż dzieci zamożnych rodziców, bawią się z psami. W szeregu swoich spostrzeżeń posiada P. 9, w których zakażenie się ozeną pochodziło, jak sądzi, od psów; w 12-tu zaś przypadkach zakażali się od siebie wzajemnie członkowie jednej rodziny. Wszystko to razem popiera zdanie P., że ozena jest chorobą zakaźną i zaraźliwą. Stąd wynikają następujące środki zapobiegawcze; należy przeszkodzić obcowaniu dotkniętych ozeną ze zdrowymi, odkażać chustki do nosa i sprzęty stołowe, mogące przenosić zarazek, odkażać ile możności jamę nosową chorą zapomocą płókań przeciwgnilnych; wreszcie nie dozwalać dzieciom bawić się z psami. *C.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

16 Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck. — Obecnych członków 92.

I. Kol. Wehr demonstruje preparat anatomiczny, uzyskany operacyjnie u kilkoletniego dziecka, chorego na „wgłobienie jelita cienkiego w cienkie"; omawiając ten przypadek zwraca kol. Wehr uwagę, że wszelkie zwlekanie z zabiegiem operacyjnym przy niedrożności, wywołanej wgłobieniem, jest niekorzystne i przeciwwskazane. W dyskusyi kol. Schramm tłómaczy to niebezpieczeństwo anatomiczną budową (cienkość) ściany jelita i brakiem odporności młodego ustroju na intoksykacyę. Kol. Barącz radzi przy wgłobieniach jelita biodrowego w grube próbować zawsze przed zabiegiem operacyjnym wysokich wlewań.

II. Kol. Barącz przedstawia przypadek *Fibroneuroma cirsoideum* (tak zw. „Rankenneurom Brunsa") u 12-letniej dziewczyny. Umiejscowienie (okolica skroniowa i jarzmowa), czas trwania (od dzieciństwa), powolny wzrost, bolesność, wyczuwanie postronków i guzów przesuwalnych ponad sobą, przemawiają za tem rozpoznaniem. Kol. B., omawiając rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tłuszczakiem, torbielem skórzastym, naczyniakiem i chłoniakiem, z którymi możnaby tu mieć do czynienia, wyklucza przepuklinę oponowo-mózgową stanowczo, na podstawie braku objawów ucisku mózgowego. (Dołek wyczuwany w kości jest powierzchowny i towarzyszy zwykle torbielom skórzastym i włókniakonerwiakom).

III. Prof. Dr. Raciborski (jako gość) wygłosił odczyt, w którym podzielił się spostrzeżeniami, zebranemi na wyspie Jawie podczas swego czteroletniego tam pobytu. Prelegent mówił o położeniu geograficznem wyspy, o klimacie, o mieszkaniach i trybie życia tubylców i ludności napływowej, o chorobach tamże grasujących, o higienie mieszkańców, o środkach, jakie rząd holenderski przedsiębierze dla tłumienia chorób, a tem samem o stanie lekarskim w ogólności, o szkołach lekarskich na Jawie, założonych li tylko dla kształcenia w medycynie krajowców, a zakończył swój wykład uwagą, że lekarz N..., osiadły na Jawie, był pierwszym, który nie z bagnetem, lecz z lancetem i apteczką podręczną przeszedł dotąd dla białych niedostępne Borneo wszerz, i że rząd holenderski spożytkowuje lekarzy, jako roznosicieli oświaty i cywilizacyi wśród dzikich Malajów. — Wykład nagrodzono rzęsistymi oklaskami.

IV. Kol. Wątorek zdał sprawę z doświadczeń nad działaniem swego przyrządu; doświadczenia przeprowadził w Zakładzie higieny uniw. lwowskiego; doświadczenia dały wynik dodatni.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 maja 1901 r.

Przewodniczy kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet uchwalił zaproponować, by Towarzystwo lekarskie reprezentowali na Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze koledzy: prezes prof. Kostanecki, prof. Ciechanowski i redaktor Dr. Kwaśnicki. — Uchwalono.

III. Kol. prof. Wicherkiewicz wita zebranych jako gospodarz zakładu i wskazuje na trudność w wyborze tematu z zakresu okulistyki, mogącego jednako zainteresować ogół lekarzy, jakoteż specyalistów innych działów medycyny. Sądzi jednak, że temat, jaki zamierza poruszyć, zajmie zgromadzonych kolegów, zwłaszcza chirurgów. Wypowiada wykład: „O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej *(exisceratio bulbi)*". (Przeznaczone do druku).

Po wykładzie przedstawił prelegent dwie chore, z których jedna przed rokiem, a druga przed kilkunastu dniami poddaną była operacyi wypaproszenia gałki z powodu *panophthalmitis* (w ostatnim przypadku w następstwie sparzenia zapaloną naftą).

W dyskusyi wspomina kol. Brudzewski o sposobie wypalania zropiałej treści gałki ocznej zapomocą galwanokautera, który to sposób podał i zaleca Dr. Lapersonne. Kol. Brudzewski podnosi wątpliwości co do wartości zapobiegawczej ewisceracyi w przypadkach grożącego zapalenia sympatycznego, wreszcie wyraża przekonanie, że wypaproszenie gałki bywa operacyą nieraz technicznie trudniejszą od enukleacyi.

W odpowiedzi zaznacza kol. prof. Wicherkiewicz, że tak zwanej *exentération ignée* Lapersonnea nie uwzględnił w swym wykładzie dlatego, ponieważ zabieg ten uważa za zupełnie odrębną operacyę. Co do niebezpieczeństwa zapalenia współczulnego, to jest również zdania, że enukleacya daje więcej w tym względzie pewności, gdyż przy niej zostają przecięte wszystkie połączenia nerwowe. Na ostatnie twierdzenie kol. Brudzewskiego nie może się zgodzić, gdyż uważa ewisceracyę za rękoczyn bajecznie łatwy, dający się niemal w okamgnieniu wykonać.

W dalszym ciągu przedstawia kol. prof. Wicherkiewicz dziecko 4-letnie z kliniki stałej, okazujące znaczny guz w okolicy lewego oka. Dziecko to, według podań matki, spadło przed dwoma miesiącami z krzesła i uderzyło się o krawędź drugiego krzesła w okolicę kości jarzmowej lewej. Po tem uderzeniu miał powstać pod skronią lewą guzek, który przez 5 tygodni wcale się nie zmieniał. Dziecko jednak upadło znowu i stłukło się w to samo miejsce. Teraz powstał znaczny obrzęk, oko lewe, a zwłaszcza dolna powieka, zapuchły zupełnie, a skóra była zasiniała. W tym stanie przywieziono chorą do kliniki. Dnia 11—V zapisano stan następujący:

Poniżej lewego oka bardzo znaczna wyniosłość półkolistej postaci, pokryta skórą powieki dolnej, rozciągniętą i nieco tylko posiniałą. Obrzmienie to przechodzi na okolicę kości jarzmowej i kończy się dopiero 2 ctm. przed małżowiną ucha lewego. Ku górze sięga do połowy skroni; wypełnia całą przestrzeń przed gałką oczną, wypychając spojówkę powieki dolnej ku górze, tak, że gałka oczna jest zupełnie zasłonięta i z trudem tylko daje się obejrzeć. Gałka sama prawidłowa i niewysadzona. Palec, wciśnięty poza guz powiekowy, z trudnością tylko dochodzi do brzegu oczodołowego i wyczuwa tamże dosyć tępy wyrostek. Guz ten jest częściowo dość twardy, częściowo zaś wyczuwamy chełbotanie, mianowicie w dolnowewnętrznej części. Naciskając palcem na sam środek guza wyczuwamy chwilami trzeszczenie, spowodowane rozedmą powietrzną. Nakłócie próbne dało czystą krew bez przymieszki ropy. Dziecko nie gorączkuje. Tętno prawidłowe. Gruczoły niepowiększone.

Kol. prof. Wicherkiewicz na podstawie osobistego doświadczenia rozpoznaje w przypadku tym mięsaka oprócz krwiaka i rozedmy podskórnej — i przypisuje urazowi, jakiego dziecko to dwukrotnie doznało, znaczenie czynnika, wywołującego rozwój nadzwyczaj szybki tego nowotworu, przy istniejącem zapewne usposobieniu osobniczem. Prelegent miał w praktyce swej dwa podobne przypadki, gdzie po przebytym urazie przyszło do tak szybkiego rozwoju mięsaka, że w jednym z nich obecny chirurg rozpoznawał na pewne ropień i radził zwyczajne nacięcie.

W dyskusyi podnosi kol prof. Wachholz wątpliwość, czy wogóle uraz jakikolwiek może stać się przyczyną nowotworu i to złośliwego. Gdyby mu przyszło w sądzie rozstrzygnąć pytanie, czy istniejący nowotwór pozostaje w związku przyczynowym z urazem, w danym razie rozmyślnie zadanym, musiałby odpowiedzieć przecząco.

Kol. doc. Kryński przytacza niedawno wydaną pracę z kliniki Czernego, w której zestawiono kilkaset przypadków nowotworów złośliwych w następstwie doznanych urazów — i jakkolwiek taki związek przyczynowy nie znajduje bezwzględnego potwierdzenia w istniejących teoryach o powstawaniu nowotworów, to jednak liczne spostrzeżenia chirurgów przemawiają na jego korzyść.

Kol. prof. Ciechanowski rozbiera możliwość istnienia związku przyczynowego między urazem a nowotworem złośliwym ze stanowiska anatomii patologicznej.

Kol. prof. Wachholz jeszcze raz zaznacza, że w orzeczeniu sądowolekarskiem, w myśl zasady, obowiązującej w medycynie sądowej: *in dubiis mitius*, nie przypuściłby takiego związku, dopóki nauka lekarska nie rozwieje pod tym względem wszystkich wątpliwości

Kol K. Majewski okazuje »hidrodyaskop Lohnsteina«, zmodyfikowany w postaci okularów wodnych. Jest to para komórek z cienkiej blaszki aluminiowej, połączonych podatnym drutem miedzianym. Każda z tych komórek posiada okrągły otwór z przodu, w który wprawiona jest soczewka płasko-wypukła odpowiedniej siły. Brzeg komórek, mający przylegać do skóry w obwodzie oka, opatrzony jest rynienką, w którą wtłoczony jest gumowy dren. Po zewnętrznej stronie każda komórka posiada po jednem uszku, przez które przewleczona jest tasiemka, dająca się spiąć z tyłu głowy. W ten sposób obie komórki szczelnie przylegają i mogą być wypełnione fizyologicznym roztworem soli, który się wlewa zwyczajnym zakraplaczem przez mały otwór, umieszczony w górnej ścianie komórki. Badany otwiera oko i patrzy przez wodę i soczewkę, wprawioną w otwór hidrodyaskopu. Działanie optyczne przyrządu tego polega na tem, że rogówka pomiędzy cieczą wodną *(humor aqueus)* przedniej komory oka, a wodą hidrodyaskopu przestaje działać, traci wpływ na przebieg promieni światła i znika, podobnie jak kawałek szkła, rzucony do wody, lub balsamu kanadyjskiego. We wszystkich zatem przypadkach, gdzie krzywizna rogówki jest tak nieregularną *(astigmatismus irregularis, keratoconus)*, że zapomocą szkieł sferycznych, walcowatych, ani hiperbolicznych żadnej poprawy wzroku sprowadzić nie można, okulary wodne, znoszące zupełnie szkodliwe działanie rogówki, poprawiają znakomicie bystrość wzroku. Wypukłą krzywiznę rogówki zastępuje w tym przypadku wypukła dokładnie wyszlifowana powierzchnia soczewki, znajdującej się w otworze hidrodyaskopu. Zwłaszcza w przypadkach stożka rogówkowego poprawa wzroku jest znakomita, tak, że chorzy, którzy wolnem okiem rozróżniają palce w odl. 1 do 2 m., uzyskują niejednokrotnie przy użyciu hidrodyaskopu pełną, prawidłową bystrość. Zachodzi pytanie, czy ci chorzy, u których poprawy wzroku i przywrócenia zdolności do pracy można się jedynie spodziewać przy użyciu takich okularów wodnych, mogliby je stale, lub przynajmniej po kilka godzin z rzędu znosić bez szkody dla oka. Doświadczenia, wykonane w klinice okulistycznej krakowskiej, wykazały, że nawet kilkugodzinne pogrążenie oka w fizyologicznym roztworze soli — nie sprowadza najmniejszego zadrażnienia rogówki, żadnego nastrzyknięcia, a tylko lekkie zblednięcie oka z powodu zwężenia naczyń. Chodzi jednak o to, żeby uczynić okulary te możliwie lekkiemi i wygodnemi w użyciu, tak, aby chory mógł je sam sobie bez trudu zakładać i wodą wypełniać. Ażeby uniknąć niemiłego ucisku, jaki komórki wodne, przytrzymane taśmą lub elastyką, wywierają na okolicę gałki ocznej, zamyśla kolega M. urządzić rodzaj ssawki, któraby przytrzymywała hidrodiaskop przy oku, podobnie jak ciśnienie powietrza otaczającego przytrzymuje na skórze bańkę suchą.

W rozprawach podnosi kol. Brudzewski ujemne strony t. zw. rogówki sztucznej, podanej przez Fiko. Jest to miniaturowe szkiełko zegarkowe, na które puszcza się kroplę fizyol. roztworu soli i zakłada bezpośrednio na gałkę oczną. Optyczne działanie takiej rogówki sztucznej opiera się na tej samej zasadzie, na jakiej zrobiony jest hidrodyaskop, ale rogówka nie znosi takiego dotknięcia; przybłonek jej zaćmiewa się, występuje nastrzykanie rzęskowe i ból.

Kol. prof. Wachholz zwraca uwagę na szkodliwy wpływ wody na skórę. Wystarczy włożyć ręce na kilka godzin do wody, ażeby dostać t. zw. »skóry praczek«. Nie wierzy przeto, aby rogówka, o tyle delikatniejsza od skóry, mogła przez dłuższy czas znosić pogrążenie w wodzie, wypełniającej hidrodyaskop.

Kol. prof. Ciechanowski zapytuje, czy kauczuk, z którego dentyści wyrabiają ściśle przylegające protezy, nie nadawałby się do sporządzenia okularów wodnych

Kol. prof. Wicherkiewicz powątpiewa, czy okulary wodne dadzą się kiedykolwiek zastosować do codziennego użytku osob, dotkniętych nieprawidłową krzywizną rogówki, ale podnosi wartość hidrodyaskopu w zakresie dyagnostyki, mianowicie gdy chodzi o rozpoznanie bardzo nieznacznych stopni stożkowatości rogówki

Kol. Borzęcki obawia się, że urządzenie ssawki sprowadzić może wreszcie krwawe podbiegnięcie skóry w okolicy gałki ocznej i dlatego wątpi, czy taka modyfikacya przyrządu okaże się praktyczną.

Kol. Majewski odpowiada kol. prof. Wachholzowi, że co do skóry nie wątpi, iż może przyjść do maceracyi przyskórka pod wpływem długotrwałego działania wody, a raczej rozczynu soli i dlatego należałoby skórę powiek chronić przez powleczenie waseliną lub jakimkolwiek tłuszczem obojętnym. Natomiast co do rogówki nie podziela obaw prof. Wachholza, gdyż rogówka stale, przez całe życie bywa opłókiwaną łzami, które są przecież fizyologicznym rozczynem soli. — Kol. prof. Ciechanowskiemu odpowiada, że kauczuk wulkanizowany byłby może materyałem praktycznym, ale posiada tę ujemną stronę, że się tłucze, a nadto zachodzi trudność szczelnego wprawiania soczewek szklanych w kauczukowe oprawy. — Kol. Borzęckiemu odpowiada, że doświadczeń z przyrządem ssącym dotychczas nie robił, więc myśl tę podaje na razie z wszelkiemi zastrzeżeniami.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. Pierwsza dekada Zjazdów chirurgów polskich.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Wroku 1888, na V Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, z zapałem przyjęto myśl Prof. Rydygiera stworzenia „zjazdów chirurgów polskich“. Już w roku następnym (1889) dnia 16 i 17 października instytucya powołana do życia inicyatywą, dobrą wolą i szczeremi chęciami jednego człowieka, odbyła swe pierwsze posiedzenia. Odtąd rok po roku, z jednorazową dwuletnią przerwą, odbywały się te zjazdy, jużto w Krakowie, jużto we Lwowie; w tych bowiem latach, na które przypadały zjazdy lekarzy i przyrodników, zjazd chirurgów łączył się z nimi i funkcyonował, jako sekcya chirurgiczna.

Drugi Zjazd odbył się w roku następnym (1890) i trwał przez trzy dni t. j. 15, 16 i 17 lipca. Zjazd trzeci w r. 1891 nie odbył się samodzielnie, lecz w połączeniu z VI Zjazdem lekarzy i przyrodników w Krakowie, utworzył tam Sekcyę chirurgiczną. Obrady trwały cztery dni (od 16 do 21 lipca). Po raz czwarty zebrali się chirurdzy polscy w r. 1892 i obradowali w dniach 12, 13 i 14 lipca. W rok później (1893) znów przez trzy dni (11, 12, 13 lipca) dzielą się chirurdzy polscy nabytkami w swej specyalności. W r. 1894, tak jak przed 3 laty, z powodu VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, tu się zjechali chirurdzy, łącząc się w Sekcyę, reprezentującą VI zjazd chirurgów polskich. W najbliższym jednak już roku (1895) zjeżdżają się chirurdzy nasi poraz VII na Zjazd do Krakowa i pozostają na nim przez dwa dni (16 i 17 lipca). Dalszy Zjazd, z porządku ósmy, odbył się dokładnie w rok po poprzednim. Tyle wykładów zgłoszono, że pracowano przez 3 dni, t. j. 13, 14 i 15 lipca 1896. Po tym Zjeździe następuje dwuletnia przerwa w ciągłości pracy.

W r. 1897 po wyjeździe Prof. Rydygiera do Lwowa w krakowskiej klinice panowało prowizoryum, brakowało gospodarza, w roku zaś 1898 zdarzył się fakt bezprzykładny w świecie cywilizowanym. Wybieraliśmy się na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Poznania. W poprzek zamiarom stanęła „hakata“. Święcicki i Jaruntowski, organizatorowie Zjazdu, musieli wówczas pisać: „... tak więc zamiast witać Was, Szanowni Goście, i cieszyć się, że wspólnie z Wami w czasie Zjazdu dla dobra nauki pracować będziemy, rozgoryczeni musimy Was odprosić!“. Po tym brutalnym gwałcie w następnym już roku powróciliśmy do równowagi i zwołani stawiliśmy się w Krakowie w roku 1899, aby wziąść udział w dniach 18 i 19 lipca w IX Zjeździe chirurgicznym. Dziesiąty Zjazd chirurgów utworzył znów, jak już dwukrotnie poprzednio, Sekcyę chirurgiczną IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (w r. 1900 w dniach 20—24 lipca).

Ciągłość Zjazdów, jakość i ilość wygłoszonych wykładów i demonstracyj, świadczą najlepiej o ich żywotności. Bo też chętnych pracowników miały i mają te Zjazdy. Z garstki, która na pierwsze zawołanie Prezesa stanęła pod sztandarem, nie jeden już ubył! I gdy obecnie z jedenastym Zjazdem przestępujemy równocześnie próg drugiej dekady Zjazdów i próg nowego stulecia, tamci, którzy legli pod ziemią, przekroczyli najstraszniejszy próg wieczności. Więc zgasł najpierw Matlakowski z Hamletem w ręku, zapatrzony w piękno i zasłuchany w muzykę Zakopanego. Potem umierali jeden po drugim, jakby kosą ścięci: Jawdyński, Jasiński, Obaliński, — sami sztabowcy! I jedenasty Zjazd otworzy Prezes żałobnem wspomnieniem ku czci Drobnika. Człowiek ten łączył w sobie tyle zalet umysłu i serca, iż przebaczono mu nawet to, że był Polakiem i powierzono stanowisko chirurga w lazarecie miejskim w Poznaniu. Obowiązki tak twardo trzymały go na owym urzędzie, iż on, zawsze pierwszy na naszych Zjazdach, na ostatnich paru nie mógł być obecnym, o czem z żalem i przygnębieniem pisał do Prezesa.

Tylu wytrawnych pracowników ubyło naszym Zjazdom. A na ich miejsce zaciągają się pod sztandar nowi i młodzi, a dałby Bóg, żeby ci — tamtych zastąpić nam zdołali. Sądzić i oceniać tych naszych zmarłych — rzecz zbyteczna i spóźniona. O żywych pisać i oceniać ich pracę zawodową, zasługi, położone około Zjazdów, rzecz przedwczesna; wszyscy, nawet najstarsi, stoją u południa swej działalności. Uczyni to kiedyś pióro wytrawniejsze i wytworniejsze od mego. W zamiarze mam i zadowolonym czuć się będę, gdy się mi uda zgodnie z prawdą odtworzyć stronę statystyczną i czysto rzeczową ubiegłych dziesięciu Zjazdów.

Prezesem stałym Zjazdów jest ich założyciel Prof. Rydygier, wybrany na pierwszym Zjeździe na tę godność i później kilkakrotnie przez aklamacyę na ten urząd zapraszany i zatwierdzany. Zastępcą przewodniczącego bywał najczęściej ś. p. Prof. Obaliński. Na sekretarza stale przez ubiegłych dziesięć Zjazdów wybierano Doc. A. Bossowskiego, a skarbnikiem bywał Prof. R. Trzebicky. O ile Zjazdy odbywały się w Krakowie, obradowano przeważnie w gmachu kliniki chirurgicznej, niektóre tylko posiedzenia odbywały się w gmachu *Collegii novi,* lub innych zakładach uniwersyteckich. Gospodarzem, a wszyscy pamiętamy, że gościnnym, bywał Prof. Rydygier. Po wyjeździe zaś jego do Lwowa obowiązki gospodarza objął w r. 1899 Doc. Dr. M. Rutkowski, a w r. 1900 Prof. B. Kader. W r. 1894 rola gospodarza przypadła w udziale Prof. Ziembickiemu, jako gospodarzowi Sekcyi chirurgicznej na VII Zjeździe lek. i przyr. pol. we Lwowie.

Na ubiegłych dziesięciu Zjazdach wygłosiło 91 prelegentów ogółem 309 wykładów i demonstracyj, a mianowicie:

1. Bogdanik (Biała)	wykładał	9 razy
2. Barącz (Lwów)	„	15 „

3. Bujwid (Kraków)	wykładał	2	razy
4. Browicz (Kraków)	„	4	„
5. Bohosiewicz (Kraków)	„	1	„
6. Bossowski (Kraków)	„	9	„
7. Beck (Lwów)	„	1	„
8. Borzymowski	„	1	„
9. Cybulski (Kraków)	„	1	„
10. Ciechomski (Warszawa)	„	2	„
11. Ciechanowski (Kraków)	„	2	„
12. Czajkowski (Sosnowiec)	„	1	„
13. Dembowski (Wilno)	„	4	„
14. Drobnik (Poznań)	„	4	„
15. Dobrucki (Lublin)	„	1	„
16. Doliński (Stanisławów)	„	1	„
17. Droba (Kraków)	„	1	„
18. Gross (Kraków)	„	3	„
19. Gabryszewski (Lwów)	„	11	„
20. Gluziński A. (Lwów)	„	2	„
21. Guranowski (Warszawa)	„	1	„
22. Grosglik (Warszawa)	„	3	„
23. Hempel (Kraków)	„	2	„
24. Herman (Lwów)	„	1	„
25. Heimann (Warszawa)	„	1	„
26. Haudeck (Wiedeń)	„	1	„
27. Jordan (Kraków)	„	3	„
28. Jasiński (Warszawa)	„	7	„
29. Jakubowski (Kraków)	„	1	„
30. Jakowski (Warszawa)	„	1	„
31. Krasowski (Gorlice)	„	6	„
32. Kozłowski (Drohobycz)	„	6	„
33. Kryński (Kraków)	„	11	„
34. Klecki (Kraków)	„	5	„
35. Kader (Kraków)	„	4	„
36. Krajewski (Warszawa)	„	3	„
37. Kijewski (Warszawa)	„	2	„
38. Kostanecki (Kraków)	„	1	„
39. Karchezy (Lwów)	„	1	„
40. Langie (Kraków)	„	1	„
41. Leszczyński (Warszawa)	„	1	„
42. Łucki (Oświęcim)	„	1	„
43. Łepkowski (Kraków)	„	2	„
44. Mars (Lwów)	„	3	„
45. Maleszewski (Kraków)	„	1	„
46. Mikucki (Kraków)	„	1	„
47. Matlakowski (Warszawa)	„	1	„
48. Majewski A. (Stanisławów)	„	1	„
49. Mieczkowski (Wrocław)	„	1	„
50. Mincer (Paryż)	„	2	„
51. Nieciuński (Paryż)	„	1	„
52. Neugebauer (Warszawa)	„	1	„
53. Obaliński (Kraków)	„	17	„
54. Obfidowicz (Kraków)	„	2	„
55. Pieniążek (Kraków)	„	2	„
56. Peszke (Warszawa)	„	1	„
57. Podgórski (Kraków)	„	1	„
58. Rydygier (Lwów)	„	29	„
59. Rosner (Kraków)	„	3	„
60. Rościszewski (Przemyśl)	„	2	„
61. Reichmann (Warszawa)	„	1	„
62. Rencki (Lwów)	„	1	„
63. Rutkowski (Kraków)	wykładał	3	razy
64. Rossberger (Jarosław)	„	2	„
65. Ruff (Lwów)	„	1	„
66. Rogoziński (Kraków)	„	1	„
67. Szuman (Toruń)	„	6	„
68. Schramm (Lwów)	„	6	„
69. Świtalski (Kraków)	„	2	„
70. Steuermark (Kraków)	„	3	„
71. Solmann (Warszawa)	„	1	„
72. Stankiewicz (Warszawa)	„	3	„
73. Śmiechowski (Warszawa)	„	1	„
74. Sawicki (Warszawa)	„	11	„
75. Sołtysik M. (Husiatyn)	„	1	„
76. Szymkiewicz (Kraków)	„	1	„
77. Stępiński (Warszawa)	„	1	„
78. Skowroński (Tarnów)	„	1	„
79. Sędzimir (Stara Sól)	„	1	„
80. Trzebicky (Kraków)	„	9	„
81. Urbanik (Kraków)	„	1	„
82. Uhma (Lwów)	„	1	„
83. Wehr (Lwów)	„	16	„
84. Wołkowicz (Warszawa)	„	5	„
85. Wachholz (Kraków)	„	2	„
86. Wróblewski (Kraków)	„	1	„
87. Watten (Łódź)	„	2	„
88. Ziembicki (Lwów)	„	11	„
89. Zielewicz (Poznań)	„	3	„
90. Zoll (Kraków)	„	1	„
91. Załoziecki (Czerniowce)	„	1	„

Liczbą wykładów najbogatszym był Zjazd I (39), najuboższym VI (19). Wykłady te rozdzielają się tak, że: 1) 73 dotyczy chirurgii ogólnej, w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu; 2) na 48 odczytach omawiano chirurgię głowy i szyi; 3) 16 wykładów poświęconych było chirurgii klatki piersiowej, jej trzew, kręgosłupa i gruczołu sutkowego; 4) 66 wykładów z zakresu jamy brzusznej świadczy, że i u nas, jak i wszędzie indziej, ten dział chirurgii ciągle jeszcze rozwijający się i pogłębiający, największe budził zainteresowanie; 5) 28 wykładów poświęcono wyłącznie ginekologii operacyjnej; wiadomo bowiem, że chirurdzy nasi znakomicie przyczynili się do wyrobienia wielu metod operacyjnych i ich spopularyzowania; 6) chirurgię dróg moczowych omawiano na 32 wykładach, a 7) chirurgię kończyn na 48. (Dok. nast.)

VII. VII Zjazd niemieckiego Tow. dermatologicznego we Wrocławiu.

Zestawił

Dr. E. Borzęcki.

(Ciąg dalszy).

Przypadków chorób skórnych nagromadzono dużo, przeważnie zaś z kliniki Neissera i oddziału Harttunga. Każdy z chorych, zgromadzonych w tym celu w salach kliniki, trzymał kartkę z wypisanem rozpoznaniem choroby i krótkiemi datami jej dotyczącemi.

Z kliniki Neissera przedstawiono kilku chorych z rozpoznaniem, a raczej tylko nazwą choroby, ułożoną według objawów: *Dermatitis lichenoides prusiens*. Dermatologowie wiedeńscy, jak Kaposi, Mracek, obok nich niemieccy: Herxheimer, Touton, nie godzili się na niepotrzebnie stworzoną nową jednostkę chorobową, włą-

czając jedne z przedstawionych przypadków w ramy wyprysku przewlekłego o odmiennych nieco cechach klinicznych, inne zaś uważając za analogiczne z opisanym przez Vidala liszajem określonym (*lichen circumscriptus*) lub Brocqua »*neurodermite*«. Również z kliniki Neissera przedstawiono dwóch chorych z rozpoznaniem łupież liszajowaty (*pityriasis lichenoides*); nazwa sama określa znamienne cechy choroby. Na pierwszy rzut oka obraz cierpienia przypomina poniekąd liszaj wyłysiający plamisty (*herpes tonsurans maculosus*) szkoły wiedeńskiej, łupież różowy (*pityriasis rosea*) Giberta szkoły francuskiej, z tą jednak różnicą, że ogniska odosobnione są o wiele mniejsze i nie mają cech ustępowania w środku, a szerzenia się w obwodzie. W chorobie tej spostrzegamy na skórze plamki małe (wielkości soczewicy i mniejsze), lekko łuszczące się, a wśród nich porozrzucane płaskie guzki. Cierpienie trwa lata, a wszelkie leczenie okazało się bezskutecznem.

W rozprawach Herxheimer potwierdził w zupełności powyższe zapatrywanie na podstawie spostrzeganych podobnych przypadków, w których również wszelkie zabiegi lecznicze były bez skutku. Spiegler spostrzegał analogiczne do przedstawionych przypadki w klinice prof. Kaposiego.

Scholtz z kliniki Neissera przedstawił chorych na toczeń (*lupus*), u których w celu zwiotczenia i rozmiękczenia blizn pozostałych po leczeniu na miejscu tocznia, stosowano podskórne wstrzykiwania co drugi dzień tyozynaminy (1: 2 gliceryny i 8 wody) z dobrym wynikiem.

W rozprawach podnosi Dr. Galewsky, że sam miał sposobność w przypadku blizny po oparzeniu i keloidzie przekonać się o korzystnym wpływie powyższego środka. Również z kliniki wrocławskiej przedstawiono przypadki: *lichen ruber atrophicans*, *verruccosus*, *haemangio-endothelioma tuberosum multiplex* z charakterystycznem umiejscowieniem się na klatce piersiowej; w dalszym ciągu przypadek trądzika z używania bromu w postaci nacieków powierzchownie się rozpadających na podudziach, pokrzywkę barwikową, twardziel skóry (*sclerodermia*) na twarzy, grzybicę (*mycosis fungoides*), — wreszcie dwa przypadki chorobowe bez rozpoznania. Jeden dotyczył mężczyzny lat około 30 z wrodzonemi zmianami na skórze, a dotyczącemi głównie przerostu i zgrubienia warstw naskórka (*hyperkeratosis*), umiejscowionemi na grzbietach i dłoniach rąk, w przegubach łokciowych, w okolicy pach, na wewnętrznej stronie ud i na pośladkach. W okolicy zwłaszcza stawów łokciowych z zajętych ognisk wychodziły w obręb przylegającej skóry zdrowej jak gdyby wypustki szerokości 3—4 mm., długości 3—4 ctm. o cechach tychsamych, co główne ogniska. Kaposi uważał przypadek ten za rybią łuskę (*ichtyosis*) o odmiennych cechach. Drugi przypadek dotyczył również mężczyzny, którego cała skóra była jednostajnie zaczerwieniona, lekko się łuszcząca, na przedramionach nacieкła, zgrubiała, a gruczoły chłonne silnie powiększone. Rozpoznania pewnego nikt nie postawił; wielu uważało ten przypadek za łupież czerwony (*pityriasis rubra*) Hebry.

Harttung przedstawił dwóch chorych z zabliźnionymi wrzodami podudzia, leczonych chirurgicznie. Zabieg wykonuje się w sposób następujący: w około podudzia powyżej wrzodów prowadzi się cięcie okrężne, przecinające skórę, tkankę podskórną z napotkanemi żyłami. Przecięte żyły podwiązuje od- i dośrodkowo, łączy szwami brzegi przeciętej skóry i zakłada opatrunek przeciwgnilny.

Geyer przedstawił dwóch chorych ze zmianami barwikowemi skóry i zgrubieniem naskórka na dłoniach i podeszwach, powstałemi wskutek długiego używania arszeniku.

Chora Chotzena z zanikiem samoistnym skóry na przedramionach przedstawiała cechujący obraz tego cierpienia. W obrębie zanikłej skóry, dającej się ująć w fałd cienki, zanik gruczołów, torebek włosowych, a przez ścieńczałą powłokę skórną prześwieca sieć naczyń krwionośnych. Podobny przypadek przywiózł z kliniki Neumanna Matzenauer; zmiany umiejscowione były na tułowiu) tenże przedstawia chorego z łupieżem czerwonym (*pityriasis rubra*) Hebry ze wszystkiemi znamiennemi cechami tego cierpienia, jak je opisał Hebra. (Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XI Zjazd chirurgów polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

22. Kol. Oderfeld: W sprawie przerzutów kostnych prawidłowej tkanki gruczołu tarczowego.
23. Tenże: Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych.
24. Tenże: Temat zastrzeżony.
25. Kol. Kučera: Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka (z demonstracyami). Uproszony przez prezydyum prelegent wypowie ten nadzwyczaj pouczający wykład, jako referat wstępny na pierwszem posiedzeniu.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 4 lipca.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska przysłała nam komunikat następujący:

»Powiatowa Kasa chorych w Złoczowie nagradzała dotychczas lekarza swego, którym był zmarły w czerwcu br. Dr. Stein, od wypadku, podług z góry umówionej taryfy. Wynagrodzenie to wynosiło w przedostatnim roku około 1400 koron, a w ostatnim roku 1600 koron rocznie. Po śmierci Dra Steina zarząd Kasy postanowił zaprowadzić płacę ryczałtową, wynoszącą 1000 koron, a następnie, gdy lekarze zamieszkali w Złoczowie na te warunki solidarnie zgodzić się nie chcieli, postąpił do wysokości 1200 koron. Gdy i na tę płacę lekarze nie przystali, żądając przywrócenia dawnego stanu rzeczy, tembardziej, że przy obniżaniu płacy wystąpił Zarząd z innymi warunkami, niekorzystnymi i wykluczył chirurgów tak od ubiegania się o posadę, jak i od zastępstwa, wtenczas zarząd ogłosił konkurs na posadę z roczną płacą 1200 koron, spodziewając się z poza Złoczowa pozyskać na nią kandydata.

Lekarze złoczowscy obstają mimo tego solidarnie przy pierwotnych swych żądaniach i postanowili na odbytem zdromadzeniu nie ubiegać się o powyższą posadę w nadziei, że zarząd uwzględni ich słuszne żądania i powróci do stosunku, jaki był z D-rem Steinem.

O przebiegu całej sprawy zawiadomili lekarze złoczowscy Izbę lekarską z prośbą o poparcie ich słusznej sprawy. Izba nie tylko nie upatruje w ich postępowaniu nic niewłaściwego, lecz przeciwnie, uznaje je, jako całkiem uzasadnione i podjęte w obronie interesów stanu lekarskiego.

Ponadto wyraziła Izba nadzieję, że ogół lekarzy w dobrze zrozumianym, tak osobistym, jak i ogólnym interesie stanu lekarskiego, będzie w tym razie popierał usiłowania kolegów złoczowskich«.

Zatarg powiatowej Kasy chorych z lekarzami w Złoczowie jest jednym tylko epizodem tego ponurego procesu, który toczy się nie tylko u nas, lecz i na wielkim obszarze Europy; czem mniej jest czynu męzkiego ze strony lekarzy, czem więcej natomiast pojawia się w prasie codziennej jałowych skarg i biadań, tem więcej społeczeństwo nabiera przekonania o przymusowem i bezradnem położeniu naszem, tem częściej zarządy instytucyj publicznych, widząc większą podaż pracy lekarskiej niż jej zapotrzebowanie, liczą na licytacyę *in minus* i szerzą wyzysk. Sądzimy jednak, że zarządy instytucyj publicznych liczą na coś jeszcze (i to nie bez podstawy), mianowicie na brak jednomyślności między lekarzami. Nie tak dawno jeden z wiedeńskich mężów stanu wyraźnie oświadczył deputacyi, że los stanu lekarskiego spoczywa w ręku samych lekarzy, w ich jednomyślności i że, jeśli jest źle, to tylko dla tego, że właśnie lekarze najmniej mają solidarności stanowej.

Sprawa złoczowska nie jest sprawą miejscową, lecz zasadniczą; od skutku zabiegów, którymi kusić będzie lekarzy powiatowa Kasa chorych w Złoczowie, zależy los tego rodzaju dalszych zatargów na całym obszarze kraju: ufni jesteśmy, że w rzeszy lekarskiej nie znajdzie się taka jednostka, któraby z uszczerbkiem godności osobistej i stanu lekarskiego, przyjmując wbrew postanowieniom kolegów złoczowskich omawianą posadę, wyłamała się z karbów tak silnie wskazanej solidarności, na szkodę bądź cobądź i własną, a na dotkliwą krzywdę ogółu lekarskiego.

* Na posiedzeniu Sejmu galicyjskiego d. 1 b. m. wniósł posel Rektor Kruczkiewicz następującą rezolucyę: »Wzywa się Wydział krajowy, aby przeprowadził z rządem rokowania celem uzyskania budynków potrzebnych dla odpowiedniego pomieszczenia klinik Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego, a mianowicie istniejących już dziś klinik: dermatologicznej i okulistycznej, tudzież klinik, które należy aktywować w najbliższej przyszłości, jakoto: klinika chorób nerwowych i

umysłowych, kliniki pedyatrycznej, laryngologicznej, otyatrycznej i dentystycznej.

* Dr. Mieczysław Świtalski, zaszczytnie znany neurolog, mianowany został członkiem korespondentem Towarzystwa neurologicznego w Paryżu.

* Dr. Ludwika Goldzweig mianowaną została lekarzem w warszawskim szpitalu izraelickim.

* Dziekanem czeskiego Wydziału lekarskiego wybrany został prof. dr. Spina.

* Na wybudowanie i urządzenie klinik w Odesie wyasygnował rząd rosyjski 500.000 rubli.

— W Towarzystwie lekarskiem peterburskiem przedstawił Blumenthal dane o gruźlicy, mówiące same za siebie. I tak w Moskwie zmarło na gruźlicę w ciągu 3 lat 10,650 osób; w całej Rosyi zmiera rocznie 360—450 tysięcy, w Europie około miliona ludzi. Francya traci przez to rocznie $\frac{1}{2}$ miliarda franków — Niemcy 370 milionów marek. Dzięki odpowiednim środkom poprawiają się jednak w zachodniej Europie stosunki, zwłaszcza w Anglii i w Niemczech, gdzie całe społeczeństwo gorączkowo prawie zajęło się walką z gruźlicą. Przekonano się w Niemczech, że 3-miesięczne leczenie w sanatoryum zapewnia prawie na 3 lata względne zdrowie i zdolność do pracy. W Rosyi ruch przeciw gruźliczy jest dopiero w zawiązku. *(Zdrowie 5).*

— Wbrew utartemu mniemaniu, że zima mroźna jest zdrowszą, niż łagodna, zdawały by się dowodzić nowsze badania statystyczne, iż zima mroźna zwiększa śmiertelność, zwłaszcza z chorób dróg oddechowych. W ostatniem dwudziestoleciu wieku XIX. w czasie 5 wyjątkowo mroźnych zim była śmiertelność w Anglii o 1.44‰ wyższa, w czasie 5 łagodnych zaś o 1.35‰ niższa od przeciętnej. Zauważyć jednak należy, że śmiertelność wzmaga się nie w czasie samych mrozów, lecz wkrótce po ich złagodnieniu *(Zdrowie).*

Mianowania i odznaczenia. Profesorem kliniki chirurgicznej i położniczej w Grenoble mian. został Dr. Termier. Profesorowie nadzwyczajni: Morochowiec i Nikiforow w Moskwie mianowani zostali prof. zwyczajnymi.

Nekrologia. Guiseppe Ciaccio, prof. porówn. anatomii, zmarł w Bolonii. Dr. Kazimierz Sacewicz zmarł w Warszawie w 37 r. życia.

Bibliografia.

— Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od $^{1}/_{1}$ do $^{31}/_{12}$ 1900 r. Wstęp do sprawozdania stanowi »Krótki rys historyczny o powstaniu i rozwoju Szpitala Izraelitów«, z którego dowiadujemy się, że w r. 1817, kiedy Rzeczpospolita krakowska wydała statut, urządzający stosunki gminy izraelickiej, oddała jednocześnie pod jej zarząd istniejący wówczas zakład dla ubogich kalek; gmina izraelicka odkazała część swych funduszów na wspomniany zakład, który został przeobrażony na szpital i w r. 1821, licząc 36 łóżek, przeniesiony do własnego budynku przy ul. Skawińskiej. W r. 1839 szpital ten został wciągnięty w zakres organizacyi szpitali wolnego m. Krakowa i posiadał 36 do 42 łóżek. Przyłączenie Rzeczypospolitej krakowskiej do monarchii rakuskiej w r. 1846 wpłynęło na byt Szpitala Izraelitów o tyle, że poddano go w r. 1854 pod zarząd magistratu, a w r. 1869 pod autonomiczną władzę Zboru izraelickiego. Teraźniejszy budynek szpitalny powstał w r. 1868 i w obecnej chwili mieści następujące oddziały: 1) chorób wewnętrznych o 44 łóżkach pod kierunkiem D-rów: Jurowicza i Kirschnera; 2) chorób kobiecych o 10 łóżkach pod kierunkiem Dr. Kohna; 3) chorób chirurgicznych pod kierunkiem Dr. Wachtla i 4) chorób dzieci pod kierunkiem Dr. I. Landaua. Prócz tego w szpitalu znajduje się oddział dla nieuleczalnych o 10 łóżkach, oraz pracownia chemiczno-bakteryologiczna pod kierunkiem Dr. Blassberga.

Sprawozdanie szczegółowe dowodzi niezbicie, że działalność lekarska w krakowskim Szpitalu Izraelitów stoi na wysokości wymagań dzisiejszego szpitalnictwa pod względem administracyjnym, leczniczym i naukowym.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 26: Sawicki: Tomasz Drobnik (wspomnienie pośmiertne). Neugebauer: Thrombus vaginae et vulvae. Kędzior: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (dok.).

— *Medycyna* Nr. 26: Moraczewski: Nowe kierunki w badaniach przemiany materyi. Neugebauer: Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalii rozwojowych analogicznych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26: Kuffner: Statistické zkušenosti o psychosách alkoholowych (u mužů). Haškovec: Neurosis traumatica (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 50: Mazeran: Zaparcie stolca kurczowe. Zimmern: Leczenie elektrycznością bolesnych rozpadlin rzyci.

— *Nr. 51:* Quénu: O nacięciu próbnem w guzach przyrody wątpliwej. Jeanselme: Wykonawstwo lekarskie w Chinach.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26: Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu. Engel: Zator tłuszczowy w płucu gruźliczem, w następstwie pęknięcia wątroby. Weiss: O wpływie wyskoku i owoców na wytwarzanie się kwasu moczowego. Bulling: O rozpylaczu nowego pomysłu do wdychiwań. Emmerlich: Badanie porównawcze różnych metod do wdychiwań. Lubliński: Czy istnieje odosobnione porażenie mięśnia pierścienio-tarczykowego? Waldbaum: Leczenie wrzodów podudzia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26: Riehl: Wpływ leczenia przeciwkiłowego matki na los płodu. Hödlmoser: Niezwykłe umiejscowienie się choroby stawowej w przebiegu syringomyelii z równoczesnym niedorozwojem narządu płciowego chorego osobnika. Sternberg: Spostrzeżenia kazuistyczne.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26: Waldeyer: Topografia mózgu. Ziemke: Rozróżnianie krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą surowicy swoistej. Stadelmann: Kliniczne i lecznicze badania gruźlicy płucnej. Behla: *Cancer à deux* i zakaźność raka. Adler: Biologiczne badanie naturalnej wody żelezistej. Seeligmann: Uraz i ciąża zamaciczna.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26: Moels: Opieka rodzinna nad umysłowochorym. Baelz: Masowe odżywianie się roślinami, a równowaga siły roboczej. Salomonsohn: O jednostronnej inerwacyi mięśnia czołowego przy obustronnem zupełnem porażeniu mięśni okoruchowych. Lewy: Uwagi z zakresu rynologii. Nolda: Leczenie tanoformem nocnych potów u suchotników.

Nowe książki. W Lipsku (nakład Thiemego) wyszedł I-szy tom dzieła p. t. »Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose«. Książka została ułożona przez Jacoba i Pannwitza na podstawie wyników zbiorowych spostrzeżeń w zakładach niemieckich dla chorych na płuca. Cena 10 mk. — Tenże sam nakładca wydał drugi tom dzieła Goldscheidera i Jacoba p. t.: »Handbuch der physikalischen Therapie«. Cena 15 Mk.

Redakcya otrzymała: Łepkowski: Die Vortheilung der Gefässe in den Zähnen des Menschen. Biernacki: Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medizin. Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie, za czas od $^{1}/_{1}$ do $^{31}/_{12}$ 1900 r. Sprawozdanie dziewiętnaste z czynności Komitetu, zarządzającego Kasą pomocy im. Dr. I. Mianowskiego. Reiss: Ueber spontane multiple Keloide. Hołowko: O śródmacicznem stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 13 Lipca 1901. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa).*

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

Dotąd nie jesteśmy w stanie przedstawić dokładnie grupy spraw chorobowych, których cechą główną jest zanik skóry. Znamy różne choroby, które do zaniku doprowadzać mogą: w tych zatem przypadkach etyologia zaniku jest jasną; — w innych atoli zanik występuje niejako samoistnie, nie poprzedzony jakąś znaną sprawą chorobową; w takich przypadkach przyczyny jego zupełnie nie znamy. Dla wyjaśnienia tych ostatnich przypadków samoistnego zaniku musimy zbierać nie tylko dokładne wywiady, nie tylko przedstawić cały znany przebieg kliniczny, ale, — co najważniejsze, — z obrazów drobnowidowych zebrać dane, któreby nam sprawę chorobową choć częściowo wyjaśnić mogły. Dlatego na te ostatnie szczegóły w tym przypadku zwrócić chcemy szczególną uwagę.

F. K, lat 29 liczący, średnio odżywiony, przyjęty do kliniki w dniu 6. grudnia 1900. nie okazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych, lub w zakresie nerwów. Żadnej choroby dziedzicznej wykazać nie można. Chory nigdy obłożnie nie chorował, chorób wenerycznych również nie przebywał. Początki swej choroby odnosi do jesieni r. 1899, w którym to czasie miało się pojawić na skórze stopy i podudzia lewego sączenie skóry, sprowadzające świąd i pieczenie, — przyczem okolica kolana była obrzękła, ruchy w stawie jednak nie były upośledzone. Przy stosowaniu środków domowych objawy te wkrótce ustąpiły. W marcu 1900 r. doznał chory skaleczenia siekierą w grzbiet stopy lewej, a w kilka tygodni potem zaczął uczuwać wzdłuż tej całej kończyny dolnej naprzemian raz pieczenie, to znowu świąd, a prawie równocześnie zauważył pewne utrudnienie w ruchomości stawu kolanowego

W miejscu skaleczenia na kończynie dolnej lewej znajdujemy bliznę, biegnącą od drugiego członu (falangi) palca 4-go w kierunku nieco skośnym ku wewnątrz na długości 5 cm. Na całej kończynie dolnej prawej skóra jest nacieklá, połyskująca i tak silnie napięta, że tylko w niektórych miejscach ująć się w fałd daje. Na stopie skóra schorzała odcina się ostro od zdrowej przy nasadzie palców. na zewnętrznym brzegu stopy, wreszcie linią falistą na wewnętrznym brzegu. W górze kończyny linia graniczna skóry chorej przebiega na pośladku łukowato. zwrócona wypukłością ku biodrom, jednak mniej ostro, niż na stopie. Skórę zdrową widać tylko na przestrzeni, nie większej od dłoni, na łydce i nieco mniejszy kawałek w przegubie kolanowym. Na całej chorej powierzchni prawie zupełnie niema włosów. Naciek skóry zdaje się być jednostajnym na całej chorej powierzchni podudzia i dolnej części uda, gdzie jest mniej wybitnym, — a wreszcie przechodzi w pas, na 1 ctm. szeroki, skóry odbarwionej i znacznie ścieńczałej. Skóra naciekła jest barwy czerwonej, w dolnych częściach nawet sinawej Naskórek na podudziu przy ujęciu skóry w fałd przypomina z wejrzenia zmiętą cienką bibułkę. przyczem złuszcza się w większych lub mniejszych płatkach. W okolicy stawu kolanowego i dolnej części uda tworzy naskórek duże, silnie przylegające łuski, na pośladku zaś, obok wybitnego pomarszczenia, widać wybitne zabarwienie brunatne skóry Podobne ciemne zabarwienie skóry nienaciekłej spostrzegać się daje na wewnętrznej powierzchni uda, gdzie ustaje naciek i łuszczenie się, jakoteż pofałdowanie skóry i przechodzi na dolną część powłok brzusznych tejże strony aż do pępka, ku tyłowi zaś na okolicę lędźwiową aż do 8-go żebra. Na miejscach ciemno zabarwionych naskórek jest suchy, szorstki i w drobne zmarszczki ułożony. Wśród tych miejsc widać tu i ówdzie plamy całkiem odbarwione, nieco zapadłe, różnej wielkości, rozsiane szczególnie w górnych częściach pojedynczo lub w grupach, a na obwodzie zmian wyraźnie nawet zlewające się ze sobą. Na grzbiecie od wysokości kąta łopatek do połowy pośladków spotykamy wśród zdrowej skóry takie same wysepki odbarwione ze ścieńczałym pomarszczonym naskórkiem, — zmian barwikowych jednak niema. W okolicy obudwu łopatek zaś, obok miejsc odbarwionych, odznaczających się wielkością, widać porozrzucane wysepki skóry z nagromadzeniem barwika. Na karku i na potylicy zauważyć można również miejsca białe i zapadłe, dochodzące do wielkości soczewicy, porosłe nieodbarwionym włosem. Plamy barwikowe brunatne zajmują także przedramię prawe i wewnętrzną stronę ramienia. a w obwodzie ich znajdują się drobne miejsca odbarwione. Naskórek złuszcza się na miejscach chorobowo zmienionych.

Miejsca zanikowe w postaci drobnych wysepek okazują pewne podobieństwo do t. zw. blizn poporodowych, są wyraźnie nieco po pod powierzchnię prawidłowego otoczenia wklęśnięte i okazują ścisłe odgraniczenie. Ogniska te mają kształt nieregularny, a zlewając się w wielu miejscach ze sobą, tworzą większe obszary. Przejście z ognisk zanikowych w skórę prawidłową jest wszędzie ostre; — jakichkolwiek zmian przejściowych, na wpół zanikłych nie znachodzimy. Oziębienie. wywołane rozpylonym eterem, zdoła wywołać tylko na skórze prawidłowej wyraźną »gęsią skórę«; zresztą ani w miejscach naciekłych, ani w ogniskach zanikowych nizka ciepłota objawu tego wywołać nie jest w stanie. Ogniska wybitnie zanikłe zdają się być zupełnie odbarwione, natomiast w ich bezpośredniem otoczeniu znachodzimy niejednokrotnie miejsca przebarwione tak, że odnosi się wrażenie, jakby barwik w wielu miejscach zniesiony został z części środkowych ku obwodowi. W miejscach zanikłych znachodzimy w niektórych miejscach puszek (*lanugo*), szczególnie na przedniej ścianie klatki piersiowej.

Chory nie umie podać, czy w miejscach, które przedstawiają obecnie opisane zmiany, bądźto barwikowe, bądź zanikowe, istniały poprzednio nacieki, podobne do tych. jakie spotykamy na kończynie dolnej prawej, (*Fig.* 1).

Przy stosowaniu maści Hebry na kończynę dolną prawą usunięto warstwy łuszczącego się naskórka, — naciek skóry zdaje się być nieco mniejszy, a ruchomość w stawie kolanowym do kąta prostego dość swobodna.

Wstrzyknięcie pilokarpiny nie wywołuje w obszarach chorobowo zmienionych ani śladu pocenia, w częściach zaś, na granicy leżących, zaledwo skąpe krople potu.

Rozpoznanie: *Atrophia cutis idiopathica diffusa.*

Opisawszy spostrzegany na klinice Prof. Reissa powyższy przypadek, nie zamierzam porównywać jego obrazu klinicznego ze znanymi dotychczas w stosunkowo obszernem piśmiennictwie przypadkami, gdyż z opisu powyższego każdy zda sobie jasno sprawę. że o innej sprawie myśleć nie można

w tym wypadku. Tak rozwój choroby, jak i objawy kliniczne wskazują wyraźnie, że rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości.

Wszystkie postacie zaniku skóry podzieliéby można na samoistne i następowe, jak to czyni w swej pracy o tym przedmiocie Unna. Podział ten na razie wystarcza; następowym bowiem nazywamy taki zanik skóry, który występuje po jakiejś znanej sprawie chorobowej, np. gruźlica,

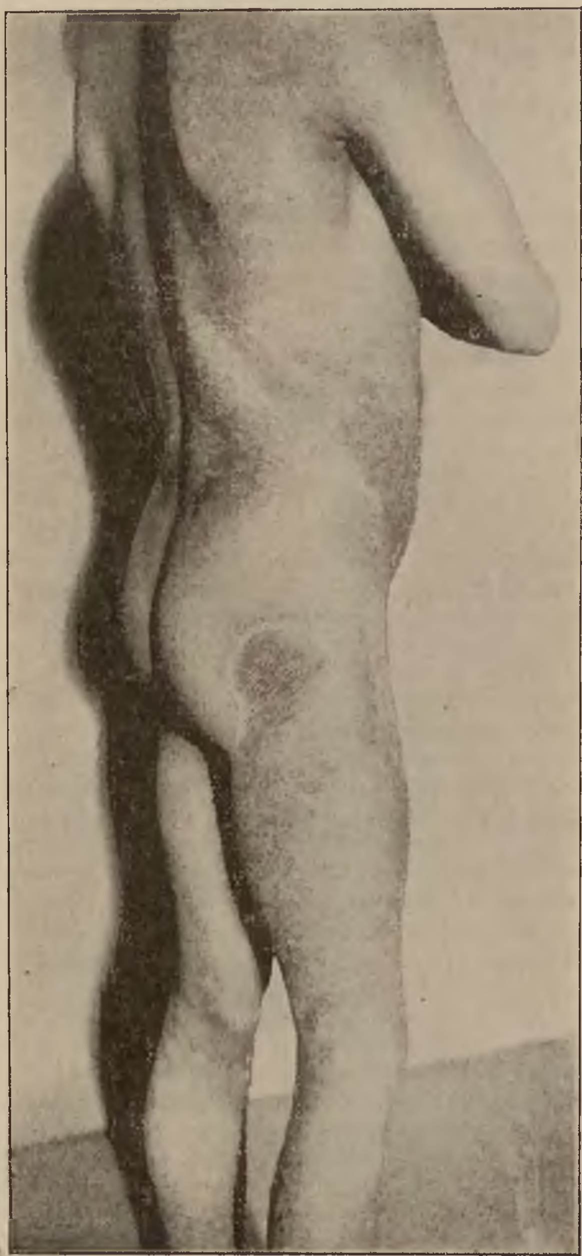


Fig. 1.

kiła, liszaj rumieniowy *(lupus erythematosus)*, wyłysienie, łupież czerwony *(pityriasis rubra)* i t. p. — samoistnym zaś w tym przypadku, gdy zanik jest pierwotny bez znanej sprawy chorobowej. Prawdopodobnie z czasem liczba postaci tej ostatniej grupy samoistnego zaniku coraz więcej zmniejszać się będzie; przypuszczać bowiem należy, że kiedyś, poznawszy przyczynę, określimy ją nazwą, opartą na etyologii.

Samoistne postacie zaniku rozdziela Unna na ograniczone i rozlane; te ostatnie zaś na ogólne (starczy i charłaczy), postępujące (powyżej opisany przypadek) i przywiązane do pewnych okolic ciała *(kraurosis* i drugi typ, t. zw. *xerodermia pigmentosa Kaposi)*. Przypadek zatem opisany muszę zaliczyć do grupy samoistnego zaniku rozlanego i postępującego, powstałego jednak z przyczyny, jak dotąd, nieznanej.

O wiele ważniejszym wydaje mi się być w tym przypadku obraz drobnowidowy; dlatego przedstawię w dalszym ciągu nie tylko znalezione zmiany anatomiczne w stosunku do różnych objawów klinicznych, ale porównam zarazem obrazy pojedyńczych okresów i cechujące szczegóły z opisami, podanymi w podobnych przypadkach tego cierpienia przez innych autorów.

Prawie żaden z badaczy nie uwzględniał w obrazach histologicznych pewnych okresów chorobowych, klinicznie dających się odróżnić i przez wielu autorów opisywanych. Już gołem okiem bowiem zauważyć można różne postacie choroby w jej rozwoju. Obok miejsc nacieklych, w których skóra tylko z trudnością ująć się w fałdy daje, a powierzchnia jej jest jakby kolodyonem powleczoną, widzieć można plamy barwikowe o skórze pofałdowanej, tu i owdzie lekko łuszczącej się, wreszcie miejsca, jakby odbarwione, o skórze wyraźnie zanikłej, z naskórkiem zcieńczałym, łuszczącym się w blaszkowate cienkie łuski.

Chcąc dać obraz mikroskopowy całej sprawy chorobowej, muszę rozdzielić te trzy niejako okresy chorobowe i opisywać je z osobna, aby zdać sobie sprawę, o ile różnią się między sobą i o ile zmiany te rozwijają się w przebiegu sprawy. W tym celu wycięto kawałek skóry z zewnętrznej powierzchni uda, jako zmiany najwcześniejszej, — kawałek z okolic pośladkowych, o ciemnem zabarwieniu i poczynającym zaniku, wreszcie skórę z łopatki, z miejsca zanikowego.

Wycięte kawałki skóry, wraz z tkanką podskórną ze wszystkich okresów wyżej wspomnianych, nie robią mikroskopowo wrażenia skóry zanikłej; skóra wydaje się być twardszą, więcej zbitą, lecz nie cieńszą. Pod mikroskopem wrażenie to potęguje się, a przyczyną jest prawdopodobniej brak warstwowania i części dodatkowych, bo wszystkie warstwy zlały się w jedną i leżą bezpośrednio na mięśniach. W miejscach ciała, gdzie tkanka podskórna jest szeroka, np. na brzuchu, widzieć można jeszcze w wyciętej skórze resztki tkanki tłuszczowej; kawałek wycięty z innych miejsc, np. z uda, nie zawiera wyraźnego tłuszczu, a tylko resztki tkanki łącznej, po nim pozostałej, zlewają się ze skórą właściwą i czynią ją szerszą. Poprzedzam obraz drobnowidowy tym szczegółem, gdyż zwrócił on naszą uwagę nawet w skórze wyciętej z miejsca, które uważać należało za najwięcej uległe zanikowi.

Okres pierwszy, który, sądząc z ogólnego obrazu klinicznego, uważać należało za najwcześniejszy, okazuje pod mikroskopem, jak to już z wejrzenia gołem okiem przypuszczaliśmy, dość liczne i wybitne nacieki, usadowione w skórze właściwej i tkance podskórnej, w większej ilości jednak w głębszych, niż w powierzchownych warstwach skóry leżące. Wszyscy autorowie opisują te nacieki i umiejscowiają je przeważnie około naczyń, gruczołów skóry i torebek włosowych. Buchwald opisuje je jako gromady, złożone z licznych okrągłych komórek, widoczne w wyżej wspomnianych miejscach; podobnie Jadassohn, Colombini, Bechert i Huber. Heuss stwierdza silniejszy naciek około torebek włosowych, słabszy około naczyń tylko warstw górnych i średnich, który jednak utrzymuje się, choć tylko w skąpej ilości, także w okresie późniejszym. Neumann

pierwszy wyraził zdanie, że nacieki nie leżą tylko około naczyń lub gruczołów, ale że istnieją także w obfitych grupach między wiązkami istoty klejorodnej i to tak w dolnych, jak i górnych częściach; dolne warstwy jednak mogą mieć mniej nacieku i tylko w około naczyń, ale nigdy w okresach początkowych.

Ze względu na to, że, o ile sądzić mogę z późniejszego obrazu, dostałem do zbadania okres świeży, początkowy, o wybitniejszym nacieku, niż inni autorowie, nie mogę zgodzić się na ostatni szczegół, przez Neumanna podany. Zawsze znajdowałem nacieki, chociaż w przeważnej ilości około naczyń i części dodatkowych skóry, to jednak także w przetworach między wiązkami istoty klejorodnej *(kollagen)*, nigdy jednak w większej ilości w górnych warstwach skóry, a przeciwnie najwybitniejsze gromady komórek spotykałem w częściach dolnych, nawet bez związku ze ścianami naczyniowemi. *(Fig. 2)*.

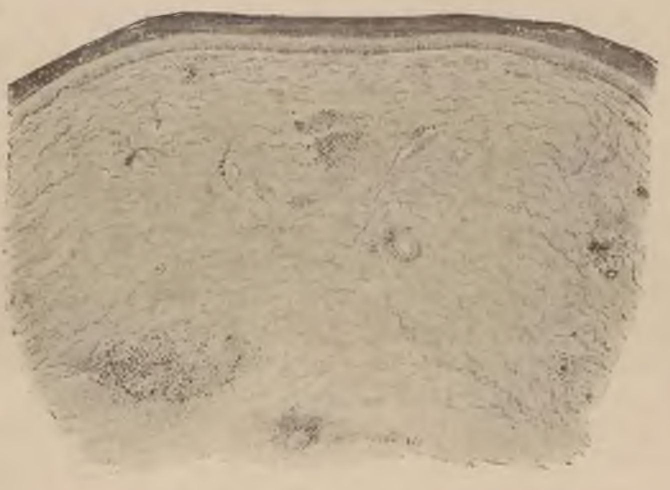


Fig. 2.

Nacieki są, wedle prawie wszystkich autorów, złożone z okrągłych drobnych komórek. Jadassohn i Neumann wspominają obok tych i o wrzecionowatych, zaprzeczają jednak istnienia komórek plazmatycznych, na które zwraca uwagę Unna i Huber, stwierdzając nie tylko ich obecność, ale uważając je obok nielicznych komórek tkanki. łącznej za główny składnik nacieków. Przypuszczam, że poprzedni autorowie, którzy komórek tych nie widzieli, mieli do czynienia już z okresem późniejszym; stwierdzić bowiem muszę, że nie zdarzyło mi się dotychczas widzieć w żadnej przewlekłej sprawie chorobowej, w której są zazwyczaj w dużej ilości, komórek plazmatycznych *(Plasmazellen* Unna) tak dużych i dobrze rozwiniętych, jak w tej właśnie zmianie. *(Fig. 3)*.

Nacieki te, w znacznej części złożone z dużych komórek plazmatycznych, leżą w jednych miejscach około ścian naczyń włosowatych, w ich błonie zewnętrznej *(adventitia)*, w innych przerastają ich ściany. Prócz tego widać je w dość znacznej ilości około torebek włosowych i kłębków gruczołów potowych. Dodać należy, że ciałek wysiękowych nigdzie w skórze przy tej zmianie nie spotykałem, a szczegół to ważny, choćby ze względu na tych, którzy komórki plazmatyczne tylko od limfocytów wywodzą. — W kilku preparatach znalazłem, podobnie jak Unna, wśród nacieków kulki hyaliny.

W górnych częściach skóry nacieki grupują się przeważnie około drobnych naczyń; w głębszych leżą, jak wspomniałem, komórki w szeregach, rozsuwając wiązki istoty klejorodnej, i w ścianach większych naczyń lub w około nich, o czem jeszcze później pomówię.

Istota klejorodna, prócz tego, że w miejscach nacieku jest rozsunięta na pewnej przestrzeni, nie przedstawia się zupełnie prawidłowo. Wiązki jej nie są grube, jędrne, prostolinijne z długimi, wzdłuż nich ciągnącymi się przestworami, ale są pokręcone, przez co na przekroju krótsze, przytem mniej jędrne, jakby suche, połamane i cieńsze, a przestwory między niemi wskutek tego także krótsze, ale liczniejsze. Tak przedstawiała mi się istota klejorodna w całej grubości skóry; nie widziałem nigdy uderzających różnic między górną a średnią lub dolną warstwą, jak to Neumann opisuje. W warstwie brodawkowej istota klejorodna zazwyczaj

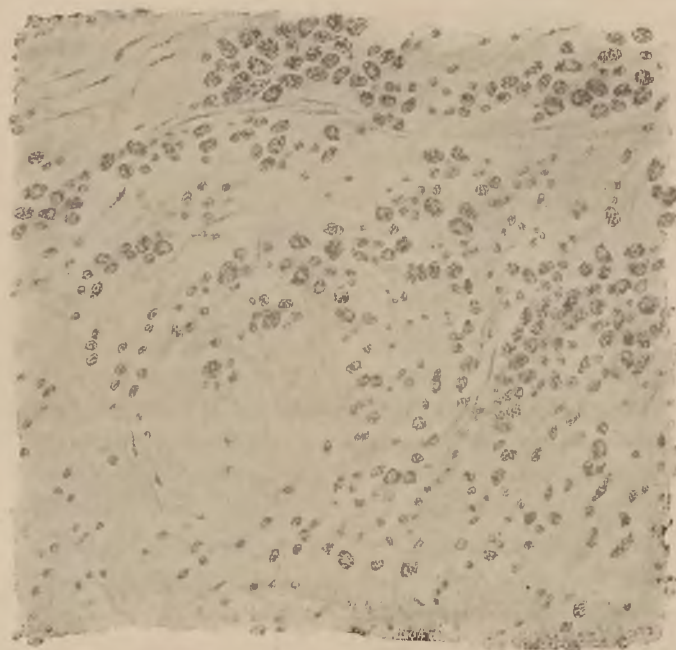


Fig. 3.

ma włókna cieńsze, rozsunięte przebiegającemi naczyniami, niż w warstwach głębszych; w zmianie tej jednak już w okresie wczesnym niema warstwy brodawkowej, na co zwracają wszyscy autorowie (prócz Heussa) szczególną uwagę, przez co cała górna warstwa skóry, leżąca pod naskórkiem, odpowiada spłaszczonym brodawkom.

Na włóknach istoty klejorodnej spostrzedz można, jak to opisałem, pewną nieprawidłowość, którą odnieść należy do początków zaniku; nie można jednak powiedzieć tego samego i o włóknach elastycznych, które okazują w tym okresie o tyle tylko zmiany, o ile są w styczności z wiązkami istoty klejorodnej. Z autorów jeden tylko Heuss opisuje dwa okresy i twierdzi, że w pierwszym zanik tkanki elastycznej jest nader mały, szczególnie w około naczyń, wśród nacieków i w ich otoczeniu. W naciekach, jak we wszystkich innych zmianach, cechujących się naciekami, włókien elastycznych nie znajdowałem; w innych miejscach jednak ilość ich zdaje mi się być pozornie zwiększoną, prawdopodobnie przez to, że wiązki istoty klejorodnej, wzdłuż których włókna te leżą, są węższe, przez co włókna zbliżone do siebie. Inni autorowie opisują tylko mniejszy lub większy ich zanik, dlatego przytoczę ich opinie przy opisie okresu ostatniego.

Przypłaszczenie brodawek, wspomniane powyżej, nie tylko zaciera granice zazwyczaj dobrze rysującej się w stanie prawidłowym warstwy, ale jest także przyczyną, że naskórek przebiega prostolinijnie na skórze, tworząc zaledwo tu i owdzie tylko ślad smugi, dążącej nieco w głąb, przez co brodawki przeważnie niewidoczne, gdzieniegdzie chociaż nizkie i płaskie widzieć można w tym pierwotnym okresie chorobowym (Huber); nie widziałem jednak w żadnym okresie dobrze rozwiniętych, niezmienionych, jak to Heuss opisuje.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał
Prof. Dr. **Włodzimierz Sieradzki.**

(Ciąg dalszy).

Na obszerniejszą wzmiankę, aniżeli aglutynacya zasługuje następna własność, stwierdzona w surowicy zwierząt, szczepionych krwią obcą, a mianowicie własność wywołania strątu w surowicy tego gatunku zwierzęcia, które dostarczało krwi do szczepienia. O istnieniu takich swoistych precypityn, czy koagulin w surowicy zwierząt uododpornionych względem bakteryj wspomniałem na innem miejscu. Zasługa pierwszego spostrzeżenia nad precypitynami w surowicy zwierząt, szczepionych krwią obcą, należy się Czystowiczowi: w doświadczeniach swych nad uodpornieniem zwierząt przeciwko krwi węgorza, zapomocą wstrzykiwań tej ostatniej w małych dawkach, zauważył Czystowicz mianowicie, że surowica zwierząt, w ten sposób szczepionych, wywoływała strąt w surowicy węgorza; uderzony tem spostrzeżeniem, szczepił następnie królika krwią konia i stwierdził ponownie, że surowica tego szczepionego królika daje w surowicy końskiej wyraźny strąt. Strąt ten rozpuszczał się w zasadach i kwasach, nie był rozpuszczalny w rozczynach soli obojętnych i węglanów. Własność wywołania strątu nie stoi w związku ani z własnością antytoksyczną ani z aglutynacyą, własność ta nie ginie przy ogrzaniu surowicy nawet aż do 70°C. Następne spostrzeżenie w tym kierunku zawdzięczamy Bordetowi. Stwierdziwszy fakta, podane przez poprzedniego autora i w doświadczeniach z innemi zwierzętami, wykazał jednak, że precypityna nie zawsze powstaje, gdyż n. p. przy szczepieniu świnki morskiej krwią królika nie wykazał we krwi tej świnki własności wywoływania strątów w surowicy królika. Dalej zauważył, że własność ta nie jest ściśle swoistą, gdyż n. p. surowica królika, szczepionego krwią kury, daje strąt nietylko w surowicy kury, ale i, aczkolwiek słabszy, w surowicy gołębia. Następnie wstrzykiwał on królikowi mleko krowie i przekonał się, że surowica takiego królika *(lactoserum)* wywoływała w mleku krowiem strąt, podobnie jak podpuszczka. Nolf wykazuje, że częścią składową krwi, która wywołuje precypitynę w zwierzęciu szczepionem, jest sama surowica, a nie pierwiastki komórkowe, a w szczególności, że nie cała surowica, ale tylko jej globulina; na odwrót też surowica, posiadająca precypitynę, daje strąt tylko w rozczynach, zawierających globulinę odpowiedniego gatunku zwierząt. Wkrótce potem Myers[13]) otrzymał przez wstrzykiwanie zwierzętom peptonu, białka krystalicznego, globuliny odpowiednie surowice, wywołujące strąt w rozczynach tych ciał; Uhlenhuth[14]) zrobił to samo z białkiem jaja kurzego, a Fisk[15]) stwierdził ogólną swoistość precypityn. I tak *lactoserum*, otrzymane przez wstrzykiwania mleka krowiego, daje strąt tylko w mleku krowiem, a nie w ludzkiem, kociem, lub oślem. Zuelzer[16]) zaś wykazał, że surowica, otrzymana z królika szczepionego krwią ludzką, oprócz wywoływania strątu w surowicy ludzkiej strąca także białko w moczu i na odwrót można otrzymać taką precypitynę względem surowicy ludzkiej i białka w moczu przez wstrzykiwanie zwierzęciu moczu ludzkiego, zawierającego białko To zjawisko powstawania precypityny tłómaczy ogólnie Nolf tak, iż ustrój posiada własność oddziaływania na wprowadzenie doń istot białkowatych w ten sposób, że wyrabia nowe ciała białkowate, które posiadają silne powinowactwo do tych do ustroju wprowadzonych istot.

Tak więc przez szczepienie zwierzęcia krwią obcą wywołujemy w surowicy jego powstanie kilku własności o charakterze, mówiąc ogólnie, wrogim dla krwi użytej do szczepienia, własności zupełnie identycznych do tych, jakie stwierdzamy w surowicy zwierząt, uodpornionych przeciwko pewnym bakteryom zapomocą wstrzykiwania czy to samych bakteryj, czy też ich wytworów. Istoty do których te własności są przywiązane, byłyby więc hemolizyny, całą zaś surowicę czynną względem pewnej krwi możnaby nazwać hemotoksyną; w takim więc razie przez hemotoksynę rozumiałoby się sumę tych pojedynczych charakterystycznych istot, jednak nie koniecznie wszystkie i w różnym względem siebie stosunku Zaznaczyć jednak muszę, że nazwa hemotoksyna wprowadzoną została przez Miecznikowa raczej na określenie samej hemolizyny, a więc w ściślejszem znaczeniu

Wspomniałem już powyżej, że podobne precypityny, jakie stwierdzono przy szczepieniu zwierząt krwią czy surowicą obcą, otrzymano również przy szczepieniu zwierząt różnemi innemi ciałami białkowatemi. Równocześnie też prawie odkryto i inne istoty, analogiczne do właściwych hemolizyn, t. j. ciał, działających zabójczo na ciałka czerwone, jako pewien rodzaj komórek ustroju. Już zaraz po ukazaniu się pierwszej pracy Bordeta na temat hemolizy wyraził Miecznikow przekonanie, że niezawodnie dadzą się otrzymać surowice, działające wrogo na inne komórki ustroju, a więc ogólnie mówiąc, różnego rodzaju cytotoksyny. I rzeczywiście niebawem odkrył Landsteiner[17]) t. zw. spermotoksynę, otrzymaną przez wstrzykiwanie zwierzęciu nasienia ze zwierzęcia obcego gatunku; potem von Dungern[18]) otrzymał trychotoksynę względem przybłonków rzęskowych; Miecznikow[19]) leukotoksynę względem ciałek białych; Lindemann[20]) nefrotoksynę względem komórek wydzielniczych nerki, a Delerenne[21]) hepatotoksynę i neurotoksynę przez wstrzykiwanie zawiesiny z miąższu wątroby, względnie z mózgu obcego zwierzęcia. Te wszystkie cytotoksyny nie są jeszcze tak dokładnie zbadane, jak hemotoksyny, tem bardziej, że badanie ich własności jest o wiele trudniejsze i bardzo zawikłane. Stosunkowo najlepiej z tych sztucznych cytotoksyn poznaną została spermotoksyna, której badaniu poświęcił się cały szereg autorów,

oprócz wynalazcy, jak Miecznikow[22]), Moxter[23]), von Dungern, Metalnikow[24]) i inni. W każdym razie otwartą została droga dla bardzo śmiałych idei i bardzo doniosłych badań w przyszłości, a tu znowu wymienić należy Miecznikowa[25]) jako tego, który pierwszy wystąpił z niezwykle oryginalną i śmiałą myślą praktycznego zastosowania tych sztucznych cytotoksyn. Wychodząc z założenia, naturalnego dla twórcy teoryi o fagocytozie, że przy zaniku schyłkowym ustroju najszlachetniejsze pierwiastki komórkowe ustroju stają się, jako osłabione i mało odporne pastwą makrofagów sądził, że będzie można korzystnie interweniować w tej walce komórek przez zastosowanie specyalnej trucizny dla makrofagów, a więc leukotoksyny. Wkrótce jednak przekonał się, że leukotoksyna działa na wszystkie rodzaje ciałek białych, a zatrucie czy osłabienie tych wszystkich pierwiastków, tak ważnych dla gospodarstwa ustroju, tylkoby szkodę mu przynieść mogło; że zaś niepodobna otrzymać leukotoksyny specyalnie tylko działającej na makrofagi, przeto myśl ta okazała się wprost niewykonalną. Podał tedy Miecznikow nowy pomysł zastosowania praktycznego sztucznych cytotoksyn. Biorąc analogię z działania trucizn wogóle na istoty komórkowe przypuszcza tedy, że cytotoksyny, działające w pewnych dawkach zabójczo na odpowiednie komórki, będą przeciwnie działały w małych dawkach podniecająco, podrażniająco, pobudzająco. Przypuszczenie takie wydało mu się tem bardziej prawdopodobnem, że fakta podobne były też spostrzegane w życiu drobnoustrojów. Badania różnych autorów, przedewszystkiem Schultza, wykazały mianowicie, że dodatek do hodowli bakteryj maleńkich ilości ciał antyseptycznych wpływa na rozwój drobnoustrojów wprost dodatnio i korzystnie. Chcąc więc n. p. w pewnym celu, wnioskuje dalej Miecznikow, wzmocnić leukocyty, należy zastosować w małych dawkach leukotoksynę, dla podniecenia ciałek czerwonych hematotoksynę itd. Celem stwierdzenia tych przypuszczeń dwaj uczniowie Miecznikowa: Cantacuzène[26]) i Besredka[27]) przeprowadzili w jego pracowni odpowiednie doświadczenia i badania. I istotnie pierwszy z nich stwierdził, że hemotoksyna, zastosowana zwierzęciu w małej ilości, powiększa znacznie ilość czerwonych ciałek krwi, zwiększając w nich równocześnie i zawartość hemoglobiny, a więc podnieca hematopoiezę i to w tak wysokim stopniu i na tak długi czas, jak tego nie można uczynić żadnym innym środkiem. W dużych dawkach naturalnie wywołuje hemotoksyna wprost przeciwne działanie, którego następstwem jest albo śmierć, albo dłuższa choroba zwierzęcia.

Taki sam wynik dały i badania Besredki nad leukotoksyną, a z doświadczeń nad tym przedmiotem warto wspomnieć o jednem spostrzeżeniu. Oto po wstrzyknięciu do otrzewnej większej dawki leukotoksyny stwierdził Besredka wkrótce potem obfity wysięk w jamie otrzewnej, mętny i gęsty, ale zawierający bardzo mało leukocytów, natomiast ogromną ilość bakteryj jelitowych; tłomaczy on to zjawisko tem, że wskutek zabicia leukocytów przez zastosowaną truciznę, bakterye jelitowe nie znajdując zapory ze strony tych żołnierzy ustroju wtargnęły przez ściany jelitowe do otrzewnej w ogromnej ilości.

Na podstawie tych doświadczeń postanowił Miecznikow przeprowadzić pierwsze próby zastosowania leukotoksyny na człowieku. Próby te, odbyte wspólnie z Besredką[28]), dotyczyły ludzi dotkniętych trądem. Materyał taki do doświadczeń wybrał Miecznikow z tego powodu, że, jak tego dowiodły badania Carrasquilli i Laverdea, można było stwierdzić u trędowatych pewne polepszenie stanu przez stosowanie surowicy z konia lub osła szczepionego poprzednio bądź to krwią, względnie surowicą trądowatych, bądź też wyciągiem z guzów trądowych. Miecznikow sądzi, że dodatni wpływ tych surowic nie pochodzi od swoistego działania na bakterye trądu, ale właśnie od leukotoksyny, znajdującej się w tych surowicach, która zastosowana w małych dawkach, wzmocniła i podnieciła leukocyty trądowatego do walki z prątkiem trądu. Stwierdziwszy poprzednio działanie u wybranych do doświadczenia chorych surowicy kozy prawidłowej po podskórnem zastrzyknięciu, stosowali następnie Miecznikow i Besredka surowicę kozy, szczepionej poprzednio krwią ludzką, która obok hemotoksyny musiała zawierać i leukotoksynę. Doświadczeń przeprowadzili zaledwie kilka i nie ośmielają się z nich wyciągać jeszcze żadnych wniosków. W każdym razie badanie krwi potwierdziło wyniki doświadczeń na zwierzętach; w jednym przypadku zauważyli wybitną poprawę pod względem bólów, jakich chory doznawał; w innym zauważyli silny odczyn naokoło guzów trądowych z następowem ich zropieniem i wygojeniem się ubytków. Bądź jak bądź doświadczenia te dają wiele do myślenia.

Prawie równocześnie von Dungern w Niemczech usiłował wyzyskać cytotoksyny do celów leczniczych, a mianowicie do leczenia raka gruczołu piersiowego. Autor ten otrzymał pierwszy, jak to powyżej wspomniałem, surowicę czynną przeciw przybłonkom (trychotoksynę, epiteliotoksynę). Stwierdziwszy tedy, że surowica zwierząt, szczepionych mlekiem krowiem posiada również własności przeciw-przybłonkowe wobec tego, że mleko jest produktem utworów przybłonkowych, miał nadzieję, że przez szczepienie zwierząt mlekiem kobiecem otrzyma również surowicę, działającą wrogo przeciw przybłonkom gruczołu piersiowego, a tem samem i raka, wychodzącego z tych przybłonków. Doświadczenia te jednakowoż wydały wynik ujemny. Z dotychczasowych danych nie można przesądzać o przyszłości i nie da się zaprzeczyć, że jest nadzieja, iż cytotoksyny wogóle mogą znaleźć poważne zastosowanie w lecznictwie. W uwzględnieniu tych nowych kierunków badań i zapatrywań proponuje Bier (*Münch. med. Woch. 1901*, Nr. 15) częściowy powrót do dawnego przetaczania (transfuzyi) krwi zwierzęcej na człowieka w celach leczniczych; pragnie on mianowicie wyzyskać pewne objawy kliniczne (zwłaszcza wzmożenie się łaknienia), zjawiające się u człowieka po wstrzyknięciu mu do żyły małej ilości (5·25 sz. ctm) krwi zwierzęcej. Autor ten jest zupełnie zadowolony ze swych doświadczeń, przedsięwziętych na osobnikach gruźliczych, którzy po takim zabiegu okazywali poprawę ogólnego stanu. Być może, że korzystne wyniki w tych przypadkach tłomaczyćby można w myśl zapatrywań Miecznikowa działaniem hemotoksyn w małych ilościach. W tym razie działyby hemotoksyny naturalne. Gdyby w dalszym ciągu sprawdziła się idea Miecznikowa, że cytotoksyny, zastosowane w małej ilości, działają wzmacniająco, podniecająco na odpowiednie komórki, otrzymalibyśmy szereg dzielnych środ-

ków leczniczych; a więc n. p. hemotoksynę dla różnych postaci chorób krwi, połączonych ze zmniejszeniem ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny; różnego rodzaju niedokrewności, blednicy i t. d.; hepatotoksyna mogłaby działać w pierwszych okresach chorób wątroby, połączonych z zanikiem miąższu i t. d. Obszar tych badań bardzo rozległy, a droga istotnie daleka.

Jeżeli pod tym względem znaczenie cytotoksyn stanowi jeszcze muzykę przyszłości, to w innych kierunkach już dzisiaj odkrycie ich przyniosło istotne a poważne korzyści. Na znaczenie ich dla bakteryologii, dla nauki o odporności, kładłem w ciągu niniejszego wykładu wyraźny nacisk, gdyż, jak dotąd, odkrycie cytotoksyn okazało się w tym kierunku najbardziej doniosłem. Chemia, mianowicie chemia fizyologiczna, zyskuje na podstawie tych odkryć nową drogę biologiczną do badań istoty białek, oraz różnicy pomiędzy pojedynczymi ich rodzajami, jakiej dotychczasowe środki i metody badania nie pozwoliły dostrzedz i wykazać. W tym kierunku sprawa precypityn jest dla tej nauki i wogóle biologii nieposledniej wagi.

Charakterystyczne własności precypityn postanowiono zużytkować do celów ściślejszych, mianowicie sądowo-lekarskich. Prawie równocześnie i niezależnie od siebie Uhlenhuth [29]) z jednej strony, a Wassermann i Schütze [30]) z drugiej, doszli na podstawie swych badań do przekonania, że swoistość precypityn jest tak ścisłą, iż na ich podstawie można rozróżniać poszczególne rodzaje krwi ze względu na ich pochodzenie, a w szczególności można odróżnić krew ludzką od zwierzęcej. Już hemolizyny i aglutyniny okazują wybitną swoistość z nielicznymi tylko wyjątkami; zastosowanie jednak tych własności do rozróżniania gatunków krwi wymagałoby do badania większej ilości i to niezmienionych ciałek czerwonych krwi, której pochodzenie chciałoby się oznaczyć. Precypityny dają strąt nietylko w czystej surowicy ludzkiej, lecz także w jej rozczynach w fizyologicznym płynie, a nawet w lakowatych rozczynach krwi znacznie rozcieńczonych. Co więcej udało się wspomnianym wyżej autorom otrzymać charakterystyczne strąty przez dodanie precypityn do wyciągów z plam krwawych nawet kilkomiesięcznych, a w ostatniej swej pracy nad tym przedmiotem wykazuje Uhlenhuth [31]), że dodatnie wyniki tego odczynu otrzymać można z krwią ludzką, gnijącą od trzech miesięcy, dalej z krwią zamrożoną, tlenkowęglową, z moczem miesiączkowym, wreszcie z wodą, w której prano szmaty krwawe ze słabo zasadowem mydłem. Postępowanie przy tem badaniu jest dość długie i zawikłane. Najpierw należy sobie przygotować surowicę czynną z charakterystyczną względem krwi ludzkiej precypityną, a to przez wstrzykiwanie królikowi co parę dni, 5—6 razy około 10 sz. ctm. surowicy, lub też odwłóknionej krwi ludzkiej, jaką można otrzymać, czy to z łożysk, czy też przez upust z żyły, lub z ciętych baniek. W kilka dni po ostatniem wstrzyknięciu zabija się królika, krew jego pozostawia się w odpowiednich naczyniach w chłodnem miejscu celem oddzielenia się surowicy. Badany płyn, jeżeli wprost nie jest surowicą krwi, co w przypadkach sądowo-lekarskich jest wykluczonem, powinien zawsze posiadać fizyozologiczną zawartość soli; w tym zatem celu rozpuszcza się badaną krew, lub też maceruje plamy krwawe w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (0,7%), lub też dodaje się do roztworów, względnie wyciągów wodnych, równą ilość podwójnego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej (1,4%). Rozczyny krwi przygotowuje Uhlenhuth w stosunku 1: 100, względnie 1: 200

Tak surowica czynna, jak i badany płyn krwawy, muszą być bezwzględnie czyste i przejrzyste; w tym celu radzi Uhlenhuth wyciągi z plam krwawych, lub też rozczyny krwi nadgnitej, przesączać przez sączek Berkefelda, poczem płyn nietylko staje się przejrzystym, ale nadto i wolnym od drobnoustrojów. Do 4 lub 5 sz. ctm. takiego płynu daje się 6—8 kropli, względnie około $^1/_2$ sz. ctm. surowicy czynnej; strąt powstaje albo zaraz, albo po pewnym przeciągu czasu; przyspieszyć można jego zjawienie się przez wstawienie mięszaniny do cieplarki o 37° C., gdzie odczyn pojawia się najpóźniej po 20 minutach do jednej godziny. Surowica czynna powinna być ile możności zupełnie świeżą, aczkolwiek przechowana w zimnie nie traci swych własności po 14-tu dniach (Wassermann i Schütze), według Uhlenhutha nawet po trzech miesiącach; Uhlenhuth stwierdził nadto, że dodanie małej ilości kwasu karbolowego (0,5%) do surowicy czynnej nie spływa ujemnie na przebieg odczynu. By mieć zawsze surowicę czynną świeżą, poleca Uhlenhuth nie zabijać królika, szczepionego krwią ludzką, ale upuszczać mu tylko w razie potrzeby kilka sz. ctm. krwi, z której oddzieli się dostateczna ilość surowicy, potrzebnej do odczynu.

Wassermann i Schütze radzą słusznie przeprowadzić równocześnie badania kontrolujące. W tym celu badany płyn rozdzielają na dwie polowy; do jednej z nich dodają surowicy czynnej, do drugiej takąsamą ilość surowicy królika prawidłowego, nadto jeszcze przygotowują rozczyn krwi jakiegokolwiek zwierzęcia w tymsamym mniejwięcej stosunku, jak płyn badany, i dodają do niego również surowicy, czynnej względem krwi ludzkiej. Badanie w ten sposób przeprowadzone zdoła wykluczyć możebne błędy samej metody. Wspomnieni autorowie przeprowadzili szereg badań nad tą surowicą czynną z królika, szczepionego krwią ludzką, w kierunku swoistości odczynu, i przekonali się, że ta surowica nie daje strątu w żadnej krwi, pochodzącej z jakichkolwiek zwierząt domowych, a tylko Wassermann i Schütze otrzymali odczyn z krwią małpy, aczkolwiek mniej wybitny.

Okoliczność ta, ze stanowiska biologicznego bardzo zajmująca *), nie ma większego znaczenia w przypadkach sądowo-lekarskich.

Badania Uhlenhutha, oraz Wassermanna, Schützego zostały już potwierdzone przez Mertensa [32]), Sterna [33]), i Dieudonné [34]).

Ten nowy sposób rozróżniania gatunków krwi w przypadkach sądowo-lekarskich, polegający na własnościach precypityn, musi budzić niezwykłe zainteresowanie w kołach badaczy, zajmujących się medycyną sądową. Zainteresowanie to tłómaczy się przedewszystkiem zupełną prawie bezsilnością dotychczasowych sposobów i metod badania, służących do określenia pochodzenia krwi w śladach i plamach krwawych.

*) Friedenthal (*Arch. f. Physiol.* 1900), badając rozpuszczanie się ciałek krwi pod wpływem naturalnych surowic obcych zwierząt, zrobił ciekawe spostrzeżenie, iż krew małp niższych działa o wiele silniej w tym kierunku na krew małp wyższych, aniżeli krew tych ostatnich na krew ludzką.

Dotychczas posiadaliśmy dwie drogi, mające prowadzić do powyższego celu. Jedna polega na krystalograficznem zachowaniu się hemoglobiny różnego pochodzenia, druga na różnicach w kształcie i wielkości ciałek czerwonych poszczególnych gatunków zwierząt względem ciałek czerwonych ludzkich.

Co do pierwszego sposobu, to niestety nie da się on z reguły zastosować w praktyce. Istotnie hemoglobina różnego pochodzenia krystalizuje się odmiennie i z kształtu kryształów można wyciągać wnioski, z jakiego zwierzęcia, a względnie z jakiej grupy zwierząt, ten barwik krwi pochodzi. Aby jednak otrzymać kryształy hemoglobiny, potrzeba rozporządzać pewną już większą ilością krwi i to świeżej, niezmienionej, a warunek ten w praktyce sądowo-lekarskiej tylko chyba wyjątkowo może być spełniony. Hemoglobina bowiem, a zwłaszcza ludzka, szybko się rozkłada, a względnie zmienia się w ten sposób, że staje się niezdolną do krystalizacyi. Nadto cała metoda otrzymywania kryształków hemoglobiny jest tak zawikłaną i tak często bez wyraźnej przyczyny zawodną, że i z tego względu nie może ona służyć do celów praktycznych. Pomimo więc zalecania tego sposobu przez niektórych autorów, pomimo uproszczenia metod badania, tylko w wyjątkowych przypadkach będziemy mogli skorzystać z tej próby.

Badanie ciałek czerwonych krwi już częściej może doprowadzić do mniej lub więcej pewnych wyników. Przedewszystkiem w krwi zasuszonej w plamach lub śladach na różnych przedmiotach ciałka czerwone utrzymują się niekiedy bardzo długo i badaniem drobnowidowem dadzą się jako takie rozpoznać. Wykazawszy ciałka czerwone, możemy na podstawie ich budowy i kształtu oddzielić z góry znaczną grupę zwierząt, a mianowicie według tego, czy w tych badanych ciałkach stwierdzimy obecność jąder lub nie. Ciałka czerwone człowieka i wszystkich zwierząt ssących, z wyjątkiem wielbłąda, lamy i alpaki, są okrągłe i nie posiadają jąder; wszystkie zaś inne są eliptyczne, większe od poprzednich i posiadają jądro, uwidoczniające się pod drobnowidem, zwłaszcza po dodaniu kwasu octowego. Już ten ograniczony wynik badania może w pewnych razach być rozstrzygającym, niestety jednak, jest to jedyny pewny wniosek, dający się wyprowadzić z tego badania. Wprawdzie ciałka czerwone człowieka i zwierząt ssących różnią się między sobą jeszcze wielkością; to jednak pomiary tego rodzaju doprowadzić mogą co najwyżej tylko do domysłów i przypuszczeń, dalekich od pewności. Składa się na to cały szereg przyczyn. I tak różnice te w wielkości są wogóle bardzo nieznaczne i zamykają się w granicach kilku mikromilimetrów; dalej ciałka czerwone nawet tegosamego osobnika, a tembardziej różnych osobników tegosamego gatunku, nie są między sobą zupełnie równe, a zwłaszcza w pewnych stanach nieprawidłowych krwi różnice te mogą być stosunkowo dość znaczne, a wreszcie w zaschniętej krwi ciałka czerwone kurcząc się, zmieniają swą wielkość, a żadne odczynniki, t. zw. „regenerujące“, nie są zdolne przywrócić im absolutnie pierwotnego kształtu i rozmiarów. Słusznie też Däubler [35]) na podstawie swych sumiennych studyów, które własnemi badaniami w zupełności mogę potwierdzić, dochodzi do przekonania, że mierzenie ciałek czerwonych niema żadnej wartości dla oznaczenia pochodzenia krwi pojedynczych ssawców i człowieka. Z innych sposobów odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej posiada już tylko historyczną wartość metoda, polegająca na różnicy woni krwi pojedynczych gatunków, wywołanej obecnością lotnych kwasów tłuszczowych. Również i przypuszczenie Corina [36]), iż wykazanie w badanej krwi ciałek białych z ziarniną neutrofilną dozwoli rozpoznać ją jako ludzką, upadło, gdy przekonano się, że podobną ziarninę napotyka się i to nierzadko w ciałkach białych krwi zwierzęcej. (Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Otto Küstner: **Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie.** (Jena, 1901. Verlag von Gustav Fischer. Str. 465).

Nowy podręcznik ginekologii, wydany przez Küstnera, jest pracą zbiorową. Oprócz wydawcy, który opracował lwią część materyału, autorstwo niektórych rozdziałów wzięli na siebie Bumm, Doederlein, Gebhard i Rosthorn.

Mimo istnej powodzi nowych podręczników, wydanych w Niemczech w ostatnich dwóch dziesięcioleciach, nową książkę Küstnera powitać musimy jako bardzo cenne i bardzo potrzebne wzbogacenie tego rodzaju piśmiennictwa ginekologicznego. Nie wiem, czy inny dział nauk lekarskich doznał w ostatnich dwudziestu latach tak wybitnych i radykalnych zmian w zapatrywaniach, jak właśnie nauka o chorobach kobiecych. Dość wspomnieć tak niedawny jeszcze radykalizm w operowaniu zapalnie zmienionych przydatków macicznych, lub entuzyazm, z jakim witano nowe zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie tyłozgięcia macicy, — z dziś panującem otrzeźwieniem na tem i na tamtem polu, ażeby zrozumieć, jak zasadniczo zmienić się musiał ton podręcznika ginekologii w ostatnich czasach.

Dodajmy, że niektóre jeszcze przed paru laty wszechwładnie panujące metody operacyjne, jak wyjęcie rakowatej macicy przez pochwę, są dziś zachwiane przez słuszną zresztą tendencyę usuwania rakiem zajętych gruczołów chłonnych, — że ostatnie lata przyniosły nam dopiero należyte anatomopatologiczne opisy nowotworu, zwanego „deciduoma malignum“, dalej, że dzięki licznym pracom, zwłaszcza Wilmsa, poruszono nowe, z teoretycznego punktu widzenia niezmiernie interesujące zapatrywania na tak zwane torbiele skórzakowe jajników, że wreszcie terapeutykę wzbogacono licznemi nowemi metodami, a zrozumiemy, że na każdem niemal polu dokonał się lub dokonywa przewrót zasadniczy.

Nowy podręcznik uwzględnia naturalnie ten przewrót, daje nam obraz dzisiejszego stanu nauki i to w sposób zwięzły, jasny i w przeważnej liczbie rozdziałów bardzo zajmujący.

Podział materyału jest logiczny i lepszy, niż w dawnych podręcznikach ginekologii. Po nieco może zanadto pobieżnem przedstawieniu anatomii i topografii części rodnych, następuje krótki rys ich rozwoju i w związku z tem doskonale opracowane wady rozwojowe. Następne rozdziały poświęcone są patologii i terapii poszczególnych części składowych narządu rodnego w ogólności, w myśl dawnego podziału anatomicznego. Z wielką starannością opracowano ustęp o wadach w położeniu macicy, zwłaszcza o tyłopochyleniach i tyłozgięciach. W wielkim sporze o znaczenie tych zmian stoi Küstner po stronie tych ginekologów, którzy uważają tyłozgięcie za cierpienie ważne, będące źródłem licznych, często ciężkich objawów. Temu stanowisku autora zawdzięczamy też bardzo wyczerpujące zestawienie sposobów leczniczych. Uderzającym jest natomiast brak ustępu o patologicznem przodozgięciu macicy, tak wrodzonem, jak i nabytem. Zdaniem autora, taka zmiana w położeniu wcale nie istnieje. Stanowisko to Küstnera jest tem dziwniejsze, ile że właśnie w ostatnich czasach pojawiają się propozycye operacyjnego leczenia tej zmiany w położeniu, której przeważna ilość ginekologów przypisuje ważne znaczenie, zwłaszcza ze wzglę-

du na niepłodność i bolesne miesiączkowanie. Brak wszekiej wzmianki o przodozgięciu daje się dotkliwie uczuwać i sądzę, że podręcznik byłby na tem zyskał, gdyby autor, warując swoje stanowisko, podał był cudze w tym względzie zapatrywania. Również o zwężeniu szyjki macicznej i ujścia zewnętrznego, a co za tem idzie, o dyscysyi szyi, znajdujemy zaledwie kilka słów, co jest tem trudniej zrozumiałe, ile że właśnie w tych słowach autor operacyę tę zaleca, wcale jej nie opisując. Doskonale i „con amore“ opracował autor rozdział o wynicowaniu macicy; zadziwiać to nie może, jeśli się uwzględni, że właśnie tu zawdzięczamy Küstnerowi doskonałą metodę operacyjną, zasługującą ze wszech miar na rozpowszechnienie.

Ustęp o włókniakach, pióra Döderleina, odznacza się niezwykle jasnym i zajmującym wykładem, podobnie jak rozdział o raku macicy, pisany przez Küstnera. Że autor, spisując rozwój metod operacyjnych, nie zapomniał nawet w „krótkim podręczniku“ o zasługach Rydygiera, jest wprawdzie naturalnem i nie zasługiwałoby na specyalne podniesienie, gdyby nie to, że w ostatnich czasach spotkaliśmy się niestety w monografii, traktującej o tym przedmiocie, z opuszczeniem tego nazwiska.

Rozdział o sprawach zapalnych trąbek (Döderlein) jest pod każdym względem doskonały. Cechuje go wybitny skeptycyzm w rokowaniu, *quoad valetudinem completam*, zachowawczość w leczeniu, odpowiadająca zapatrywaniom ogromnej większości ginekologów i radykalizm w operowaniu. Operować powinno się więc, zdaniem autora, rzadko; jeśli zaś uniknąć tego nie można, wtedy, o ile to być może, najradykalniej. W sprawie leczenia ciąży zamacicznej, która już wytworzyła krwistek, zajmuje Döderlein również stanowisko zachowawcze i zaleca nie operować w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z typowem poronieniem trąbkowem. Czy zachowawczość tutaj nie jest zbyt daleko idącą, czy nasze środki rozpoznawcze pozwolą nam zawsze rozpoznać typowe poronienie trąbkowe, czy wreszcie raz i drugi w przebiegu tego poronienia nie przyjdzie do pęknięcia trąbki, jak to widziałem w przypadku, operowanym przez prof. Jordana, oto pytania, które się nasuwają.

Po wyczerpującem przedstawieniu chorób jajników (Gebhard) następują rozdziały o cierpieniach tkanki okołomacicznej i otrzewnowej, ze szczególnem uwzględnieniem sprawy zrostów i następowych powikłań ze strony przewodu pokarmowego (Küstner), dalej choroby cewki i pęcherza, przedstawione jasno i zrozumiale, wreszcie osobny rozdział poświęcono przetokom pochwowym.

Następują rozdziały o rzeżączce u kobiet (Döderlein) na 10 stronach i o gruźlicy części rodnych kobiecych (Rostborn) na 21 stronach. Oba te rozdziały uważać musimy za niezmiernie pożądane, a jeżeli wolelibyśmy, żeby ze względu na praktyczną doniosłość i częstość tych cierpień rozdział o rzeżączce był obszerniejszy, o gruźlicy zaś mniejszy, to nie jest to zarzut zasadniczy, tem mniej, że oba rozdziały opracowane są doskonale.

Ustępy te, podobnie jak rozdział Bumma o posocznicy, zbierają w jedną całość to, co w praktyce rzeczywiście całość stanowi, a co w wielu podręcznikach, zwłaszcza małych, trzymających się podziału anatomicznego, rozrzuconem jest po całej książce. Co prawda, przeczytawszy te rozdziały, spodziewaliśmy się znaleźć ustęp o niepłodności u kobiet, tak niezmiernie ważny ze względu na praktyczną doniosłość tego cierpienia. Zamiast niego znaleźliśmy w rozdziale o ogólnej symptomatologii ginekologicznej ustęp na dwóch stronach druku, omawiający sprawę niepłodności, nieco, zdaniem mojem, za pobieżny. W tym samym rozdziele mówi Küstner o bolesnem miesiączkowaniu. Uderzającem jest prawie zupełne pominięcie mechanicznych przyczyn tego objawu, które Sims w znakomitym swoim podręczniku wysunął na plan pierwszy. Zdaniem Küstnera prawie zawsze jakiś stan zapalny w częściach rodnych jest przyczyną bólów podczas miesiączki. Zdanie to stoi naturalnie w związku z zapatrywaniem autora na patologiczne przodozgięcie, o którem wyżej wspomniałem.

Rozdział o metodach rozpoznawczych w ginekologii (Küstner) wyszedł wyraźnie z pod pióra niezmiernie doświadczonego i doskonałego pedagoga. Z naciskiem podnosi autor potrzebę łagodnego badania, dodając na końcu nie bez pewnego sarkazmu: „Die Diagnose muss doch wenigstens ungefährlich sein!“ Nie pominięto również rozpoznania drobnowidowego.

Książkę kończą rozdziały o antyseptyce i aseptyce (Bumm) i o ogólnych metodach leczniczych w ginekologii, między innemi o mięsieniu i leczeniu elektrycznością.

Całość robi niezmiernie dodatnie wrażenie i tchnie życiem, tak, że czuje się, iż autorowie to nietylko pedagodzy, idący z postępem nauki, ale nadto pracownicy, którym ginekologia w niejednym szczególe postęp swój dzisiejszy zawdzięcza.

Książka ucierpiała, zdaniem mojem, przez to, że wydana została siłami zbiorowemi. Stwarza to pewną nierówność nietylko co do rozległości poszczególnych rozdziałów (n. p. rzeżączka i gruźlica), ale i co do sposobu przedstawienia przedmiotu. Podczas gdy jeden z autorów w dziale, przez siebie opracowanym, unika wymieniania nazwisk autorów i posuwa się tak daleko, że nie wspomina nawet Wilmsa, mówiąc o t. zw. skórzakach jajnika, inny przytacza cały szereg nazwisk, nieporównanie mniej ważnych. Podczas gdy jeden nie zapuszcza się z zasady w dziedzinę hipotez, sądząc, że w „krótkim podręczniku“ niema dla nich miejsca, inny przedstawia hipotezy wyczerpująco. Nie brak również i sprzeczności. Podczas gdy Küstner na str. 325, mówiąc o zapobieganiu zrostom otrzewnowym, słusznie radzi wszystkie rany, podczas zabiegów w jamie brzusznej powstałe, skrzętnie pokrywać otrzewną, Gebhard na str. 301, opisując bieg owaryotomii, nie wspomina słowem o pokryciu przeciętej szypuły otrzewną.

Wreszcie słowo o rycinach. Niektóre z nich są rzeczywiście doskonałe (n. p. w dziale o włókniakach); inne stanowczo zamało wyraźne, zwłaszcza dla nieznającego przedmiotu. Niektórych rycin brak, n. p. sromu i macicy w ustępie o ich anatomicznej budowie, inne podano zupełnie niepotrzebnie, n. p. ryc. 189, przedstawiającą mięśniaka jajnika, który przecież, przynajmniej na tej rycinie, niczem się nie różni od mięśniaków innych części ciała.

Zarzuty te nie są naturalnie zasadnicze i nie zmieniają zdania o wybitnej, rzetelnej pedagogicznej wartości nowego podręcznika. *Prof. Al. Rosner.*

IV. Wyciągi.

Ziemssen (Wiesbaden). **Dlaczego kiła mózgu bywa trudniej uleczalną?** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 18, 1901). Jedną z najgłówniejszych przyczyn jest niedostatecznie przeprowadzone leczenie przeciwkiłowe rtęcią w okresach początkowych, z obawy przed ewentualnem pojawieniem się różnych cierpień układu nerwowego środkowego i obwodowego. Wielu bowiem lekarzy upatruje w rtęci „agens provocateur“ cierpień nerwowych i dlatego jej nie stosują z należytą dokładnością. Drugą niemniej ważną przyczyną jest trudność w rozpoznaniu kiły mózgowej, tembardziej, że większa część tych chorób rozpoczyna się objawami nieznacznymi, — wreszcie także i wyniki niepomyślne. Wobec tego autor gorąco zaleca w każdym przypadku przeprowadzić jak najskrupulatniejsze leczenie rtęcią i dochodzić do możliwie wysokich dawek, albowiem tylko w ten sposób można działać zapobiegawczo. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Boas (Berlin). **O utajonych krwotokach żołądkowych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 20, 1901). Krwawienia żołądkowe pojawiają się albo w postaci obfitych krwotoków, albo też jako małe wybroczyny z naczyń włoskowatych, lub mniejszych owrzodzeń; utajone zaś krwawienia występują w przebiegu typowego wrzodu żołądkowego, guzów, skłonnych do rozpadu, lub wreszcie przy silnie rozwiniętej zastoinie; oczywiście przy zejściu się dwóch lub trzech czynników skłonność do krwawień staje się większą. Rozstrzygającego znaczenia rozpoznawczego nie można im przypisać

większe już znaczenie przypisuje autor utajonym krwawieniom w przebiegu raka żołądkowego: we wszystkich badanych 20 przypadkach raka udało się je napotkać — objaw, który chyba nie może być przypadkowy. Wprawdzie idzie tu o bardzo małe ilości krwi, ale pojawiając się zbyt często, stają się niebezpiecznymi dla chorego, i w tem też Boas upatruje najważniejszą, — bodaj czy nie wyłączną, — przyczynę wywiązującego się następowo charłactwa rakowego. Zarówno i korzystne skutki gastroenterostomii, po której chorzy zyskują na sile i wadze, są nietylko wynikiem usunięcia mechanicznych przeszkód, lecz także następstwem zupełnego niejako zatamowania przewlekłych, lecz zwolna do osłabienia prowadzących utajonych krwawień. *Dr. Henryk Pisek.*

Daxenberger (Ratyzbona). **Leczenie zapalenia opon mózgowych zapomocą** *Unguentum argent. colloid. Credé. (Klin. therap. Wochs.* Nr. 19, 1901). Na podstawie trzech przypadków chorobowych, leczonych z pomyślnym skutkiem, autor sądzi, że żadnemu innemu czynnikowi nie może przypisywać tak korzystnego zwrotu, jak maści Credégo, tembardziej, że stosując przedtem w 15 innych podobnych przypadkach wszystkie dotychczas używane leki i zabiegi, wynik miał mimo to niepomyślny, — wobec czego uzasadnione jest twierdzenie, że maść Credégo jest niejako swoistym lekiem w zapaleniu opon mózgowych, tak gruźliczem, jak i zwykłem. Być może, że zabiegom wodoleczniczym, zarówno jak i higieniczno-wzmacniającym, nie można odmówić pewnego wpływu dodatniego, w każdym razie tylko drugorzędnego, jak dowodzą poprzednie przypadki, które bez stosowania maści Credégo zakończyły się śmiercią; — atoli wyniki pomyślne po stosowaniu maści nie mogą być przypadkowe. Przechodząc do sposobu używania tej maści, podaje autor, że wciera się ją kolejno w kończyny nakształt szaruchy w dawkach 2—3 grm. 2 razy dziennie, odpowiednio do wieku chorego i ciężkości przypadku, a po niejakim czasie raz dziennie. Zwykle wystarcza 10—20 grm. Jednym z głównych warunków otrzymania korzystnego wyniku jest dokładny sposób stosowania wcierań, z których każde ma trwać co najmniej 15 minut: — lekkie zapalenie powłok skórnych nie jest przeciwwskazaniem. Już po krótkim czasie zauważyć można zniżkę ciepłoty ciała i zmniejszenie się drgawek; — stosowanie zaś w międzyczasie chłodnych kąpieli wpływa nader wzmacniająco na cały układ nerwowy i przyczynia się do szybszego wessania maści. Może się zdarzyć, że w niektórych przypadkach zapalenia opon i to postępowanie nie doprowadzi do celu, warto je natomiast przynajmniej dla próby zastosować. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Bourget (Lozanna). **Kliniczne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Klin. therap. Wochens.* Nr. 20 i 21, 1901). Aż do roku 1885 cierpienie to należało do zakresu internisty: — leczono je zapomocą pijawek, okładów ciepłych, środków przeczyszczających, maści itd. i jakoś dobrze z tem było; aż w roku 1885 wystąpiła chirurgia na pierwszy plan, tłomacząc, że każdy obrzęk lub większy opór w okolicy jelita ślepego, przebiegający z podniesioną ciepłotą ciała i ogólno-zakaźnym stanem, kwalifikuje się do zabiegu operacyjnego. Występowali wprawdzie przeciw temu Sahli, Revillod i t. d., ale był to głos wołającego na puszczy, — skoro jeszcze w dodatku zapomocą wydoskonalonej techniki chirurgicznej statystyka wykazywała 0·5% śmiertelności: proponowano nawet zapobiegawcze wycięcie wyrostka robaczkowego. Chirurgia więc wyrostka robaczkowego i jelita ślepego doszła prawie do swego szczytu; inaczej atoli rzecz się ma z patogenezą tego cierpienia. Co się tyczy leczenia, to chirurdzy zalecają lód i makowiec. Być może, że te zabiegi skutecznie działają na powierzchowne ropnie, nigdy jednak na głębsze; — badania bowiem, dokonane przez Lauder-Bruntona, wykazały podniesienie ciepłoty ciała królika, skoro dostanie na brzuch worek lodowy. W zapaleniu więc wyrostka robaczkowego lód wywiera wprost przeciwne działanie, a podawanie makowca jest — zdaniem autora — nielogiczne, jeśli się przyjmie, że przeważna liczba tych zapaleń powstaje skutkiem zastoju kału w jelicie ślepem, albowiem, podając makowiec, zwiększa się tylko zaparcie stolca: mniemanie zaś, że przez uspokojenie jelit wytworzą się szybciej zrosty, jest również płonną nadzieją; — w płucach n. p. zrosty wytwarzają się bardzo łatwo, pomimo rytmicznych oddechów. Natomiast zaniedbują chirurdzy środki, zalecane przez internistów: pijawki, olej rącznikowy pod grozą przedziurawienia jelit, ciepłe okłady, rtęć, jod, maść ichtyolową lub wlewania. Dopiero od 3—4 lat wyraźnie przygasa zapał operacyjny: — jedni radzą operować po zupełnem ustąpieniu ostrych objawów, drudzy — by wykonać operacyę dwuczasowo; inni wreszcie każą czekać z zabiegiem operacyjnym tak długo, jak długo tylko można.

Według autora nie rozpoczyna się zapalenie wyrostka robaczkowego nagle, lecz zwolna; — dotyczące osoby cierpią długo przedtem na zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nadmiar kwasoty i zaparcie stolca naprzemian z biegunką). Z uwagi jednak, że najczęstszą przyczyną jest zaparcie stolca, należy przedewszystkiem uregulować dyetę: zalecić dyetę mieszaną, bardzo mało mięsa, a dużo jarzyn lub gotowanych owoców, legumin i ciast; — męsienie brzucha, wystrzegać się zbyt zimnych napojów; nadmiar kwasoty żołądkowej zwalcza się przez podawanie alkaliów na szczycie trawienia, wypróżnienia zaś wprowadza się na właściwe tory przez stosowanie soli karlsbadzkiej (rano jedna łyżeczka w ciepłej wodzie), lub olejku rącznikowego. Leczenie omawianego cierpienia opiera się dalej na desinfekcyi żołądka i jelit i na wypłókiwaniu jelita grubego. Bez względu na to, czy przypadek chorobowy jest ciężki, czy lekki, otrzymuje chory zupę z mączki owsianej, ryż, jaja, lekką herbatę z małą ilością mleka, — nadto dziennie 15—20 grm. olejku rącznikowego, w którym znajduje się 1 grm. salacetolu, a w przypadkach silniejszych zaburzeń żołądkowych należy wypłókać żołądek 1% rozczynem dwuwęglanu sodowego. Do płókań kiszek używa autor ciepłego (38°) roztworu 4% ichtyolu z domieszką oliwy i 1% mentolu, tymolu lub metylu salicylowego; — zabiegi te powtarza się dwa razy dziennie (rano i wieczorem), w międzyczasie zaś okłady ciepłe z siemienia lnianego na okolicę jelita ślepego; — w razie nadmiernego obrzęku 5—6 pijawek. Po dwóch lub trzech dniach zastępuje się olejek rącznikowy następującym płynem:

Rp. Natrii bicarbon. puri
Natrii phosphorici anhydrici
Natrii surfurici anhydrici aa 5·00
Aq. destillatae 1000·00
M. D. S. W ciągu dnia użyć 150 grm. w 2—3 porcyach.

Liczne doświadczenia stwierdziły, że już po kilku wlewaniach ustępuje bolesność, wielkość i twardość obrzęku maleją, a nudności i wymioty znikają już po 24 godzinach. Po 8—10 dniach ostre objawy zupełnie znikają, a wówczas można ewentualnie myśleć o zabiegu operacyjnym. *Dr. Henryk Pisek.*

H. Lorenz. **Ostateczne wyniki przy doszczętnem operacyjnem leczeniu nowotworów odbytnicy.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Zbadawszy dokładnie materyał z kliniki Alberta za czas od 1 stycznia 1887 do 15 lutego 1901, obejmujący 158 operacyj doszczętnych raka, mięsaka i nabłoniaka odbytnicy i rzyci, znalazł autor, że w 16% osiągnięto trwałe wyleczenie, t. j. że w trzy lata po operacyi chory żył bez nawrotu cierpienia. Termin ten jest tylko w przybliżeniu ścisły, — gdyż pomiędzy swoimi chorymi znalazł dwóch takich, u których nawrót nowotworu wystąpił w 6, wzgl. w 6½ roku po operacyi. Obok tego podaje autor szczegóły, odnoszące się do techniki operacyi i leczenia następowego, szczegóły mniej więcej powszechnie znane. *Herman.*

Doc. Kukula. **Badania nad samozatruciem w niedrożności jelit.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Jest to praca doświadczalna, wykonana z zamkniętą treścią kałową w pętli jelitowej, na zwierzętach, a zmierzająca do wykazania ciał toksycznych, które wessane z jelit, wywołują cały szereg znanych objawów, towarzyszących kardynalnym objawom niedrożności przewodu pokarmowego, a o których dziś wiemy, że nie są one przyrody odruchowej, nerwowej. Mimo licznych badań, nie udało się autorowi ani w przybliżeniu rozświetlić sprawy i do żadnych dojść wniosków dodatnich. Może z pożytkiem pracę tę przeczyta ten, kto na nowo podjąć zechce badania w tym kierunku. *Herman.*

Prof. A. E. Baerker. **W sprawie szwu rzepki.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). B. z zasady zaleca każdemu choremu ze złamaniem rzepki zszycie odłamków. Obmyślił on i wypróbował na 21 przypadkach własną metodę szwu podskórnego. Przedewszystkiem przez podłużne nakłócie więzadła właściwego rzepki, sięgające aż do stawu, wypuszcza krew wynaczynioną. Następnie przez otwór ten wprowadza poza tylną powierzchnię rzepki, a zatem przez staw, odpowiednio grubą i długą igłę, zwróconą uszkiem ku górze. Igłę, względnie jej uszko, wypukla przez mięsień czworogłowy tuż ponad podstawą rzepki; nad igłą nacina skórę, poczem mając ją na powierzchni, nawleka mocny drut, i cofając igłę przeciąga go po tylnej powierzchni do dolnego otworu. Uwolniwszy igłę, przeprowadza ją teraz po przodkowej powierzchni rzepki podskórnie i wyprowadza znów uszko przez górny otwór, w nie zawleka drugi, wolny dotychczas koniec drutu, i cofając igłę i ten drugi koniec, wyprowadza przez dolny otwór. Po dokładnem dostosowaniu odłamków okręca około siebie oba wolne końce drutu, obejmując i ustalając odłamki rzepki jedną pętlą, obejmującą przodkową i tylną powierzchnię rzepki. Drut, przebiegający przez staw, zwykle chorym nie dolega. W ostateczności można go łatwo wydobyć po 2—3 miesiącach. Obie ranki zaszywa i zakłada tylko zwykły opatrunek aseptyczny. Już w drugim tygodniu każe B. chorym wykonywać ruchy czynne. *Herman.*

Rumpf (Bonn). **W sprawie złośliwej niedokrewności.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 18, 1901). Po wyczerpującem omówieniu etyologii tej choroby dochodzi autor do wniosku, że głównym czynnikiem, powodującym znamienne cechy niedokrewności, jest utrata wody i nadmierny ubytek potasu we krwi. Ostatnia okoliczność skłoniła też wielu badaczy do stosowania w tych przypadkach łatwo wessalnych soli potasowych w połączeniu z przetworami żelaza (pigułki Blauda). Atoli już w tych pigułkach tworzy się nowy związek chemiczny, siarkan potasowy, który szybko zostaje wydalony z ustroju, — bardzo więc mało wpływa na sprawę chorobową. (Autor jednak nie proponuje innego przetworu potasowego. Przyp. spraw.).

Dr. Henryk Pisek.

V. Pierwsza dekada Zjazdów chirurgów polskich.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Poprzednio już zastrzegłem się, że nie mam zamiaru wdawać się w krytyczną ocenę tych wykładów; odstępuję również od myśli streszczania choćby ważniejszych, bo to byłoby już pewnego rodzaju krytyką i przekroczyłoby znacznie ramy zamierzonej pracy. Aby jednak dać wyobrażenie tym, którzy tych Zjazdów nie znają, co na nich dotychczas zdziałano lub zdziałać usiłowano, w krótkości przedstawię co przeważnie i kiedy chirurgów naszych zajmowało. Przedstawienie to prowadzić będę wedle powyżej cyfrowo zaznaczonego szematu.

I. Chirurgia ogólna.

O sprawach najbardziej i ciągle obchodzących chirurga t. j. *o anty- i aseptyce* mówiono niemal na wszystkich Zjazdach. Drukrotnie wyłożono zasady aseptyki praktycznie i wszechstronnie, kiedy na I Zjeździe Rydygier, a na X Kader opisywali swą klinikę, oprowadzając po gmachu w r. 1889 dopiero co wzniesionym, w r. zaś 1900 od nowa przebudowanym. Rozmaite pojedyncze szczegóły aseptyki lub antyseptyki rozwiązują odczyty Bogdanika I, Wehra I, VII, VIII, Kryńskiego V, Kozłowskiego VII, Borzymowskiego X, Wattena X[1]) i in. Nie mniej wszechstronnie zajmowano się drugą ważną kwestyą t. j. sprawą *znieczulania w chirurgii.* Zatem o narkozie chloroformowej mówili Hempel II i Wachholz III, o narkozie eterowej Szuman VI, Barącz III o bromku etylu, a Gabryszewski IV o kokainie. O t. z. *chirurgii wojennej* mówili Wehr I, Bogdanik II i Wołkowicz III, o *operacyach plastycznych* Sawicki II i Gabryszewski VII. W wielu odczytach omawiano patologią chirurgiczną. Często poruszaną była sprawa *promienicy* (actinomycosis). Do wyświetlenia patogenezy i rozpowszechnienia wiadomości o tej infekcyi znakomicie przyczyniły się wykłady Bujwida I. Barącza I i X, Wehra I, II, IV, Rydygiera II, VII. Kijewskiego II. Nie mniej często na porządku dziennym stawała ciągle piekąca sprawa *gruźlicy chirurgicznej.* Z wielu wykładów wymienić należy odczyty Jasińskiego I, Łepkowskiego II, Droby IX i w. in. Sprawa *etyologii i patogenezy raka* wywołała żywe zainteresowanie dzięki wykładom Browicza IV, V, Wehra IV, V, Hempla I, Kryńskiego V. Nadto wygłoszono cały szereg wykładów, zapoznających ogół chirurgów z cierpieniami rzadszymi. Z wielu wymieniam wykład *o śródbłoniakach* (Ruff VIII), *o nosaciźnie* (Jakowski I), *o trądzie* (Skowroński VII), *o molluscum contagiosum* (Wehr III, Barącz IV). Podczas każdego niemal Zjazdu przedstawiali to Rydygier, to Obaliński sami lub ich asystenci rozmaite nowe narzędzia i przyrządy i objaśniali ich użycie. Rzecz mała pozornie, ale wielkiej wartości praktycznej. Każdy bowiem naocznie przekonać się może o praktyczności jakiegoś przypuśćmy drogiego narzędzia, reklamowanego na wielką skalę, a w rzeczywistości mającego małe zastosowanie w praktyce. Lub też naodwrót dowie się o istnieniu jakiegoś narzędzia, którego pojawienie się przeoczył, a które w życiu codziennem nieocenione oddać może przysługi.

[1]) Cyfra rzymska obok nazwiska wskazuje liczbę porządkową Zjazdu, na którym dany odczyt został wygłoszony.

II. Chirurgia głowy i szyi.

Z programów, zwlaszcza początkowych Zjazdów, wyszczególnić należy parę wykładów treści ogólnej, teoretycznej, nie pozostających w bezpośrednim związku z praktyką chirurgiczną, ważnych jednak z tego względu, że pogłębiają podstawy naukowe naszej specyalności Wykłady te weszły na porządek dzienny dzięki staraniom Prezesa. Przypominam tu w pierwszej linii wykład Cybulskiego I *„o ucisku mózgu“*, Becka II *„sposób oznaczania lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapomocą zjawisk elektrycznych“*, Kostaneckiego VIII *„o przetokach skrzelowych“* i t. d. Zresztą z zakresu ścisłej chirurgii mózgu wykładów nie wiele. Różne uboczne względy sprawiają, że dział ten u nas odłogiem leży. *„O przepuklinach mózgowych“* mówili Sawicki IV i Bossowski VIII i IX, *„o ranie postrzałowej mózgu“* Krasowski IV i Obaliński VII, *„o ropieniu w mózgu“* Wehr VII, *„o kraniotomii z powodu padaczki i niedołęztwa umysłowego“* Stępiński VII, *„o obrażeniach czaszki prostych i powikłanych“* Dobrucki I i Wachholz VIII. Tak się przedstawia dokładny spis wykładów z tego zakresu. Kilka wykładów poświęcono doszczętnemu operacyjnemu leczeniu *ropnego zapalenia ucha środkowego* (Jasiński VII, Barącz VII. Guranowski X, Heimann X). *O operacyach osteoplastycznych na szczęce dolnej* mówili Gabryszewski IV i Obfidowicz IV. Najczęściej w tym dziale rozprawiano *o leczeniu wola* (Obaliński I. Rościszewski I, Obfidowicz IV, Kader VI, Gabryszewski VIII). W pozostałych kilkunastu tu należących wykładach omawiano kazuistyczne przypadki *tętniaków na tętnicach dogłowowych* (Ziembicki II, Bossowski II), *uszkodzeń* tych tętnic (Wehr I), Sawicki na II Zj. mówił *o krwistych torbielach szyi*, Barącz na tym samym Zj. omawiał własną metodę operowania *polipów noso-gardzielowych* a Rydygier II omówił kilka *rzadszych chorób języka.* Na IV Zj. ostatnio wymieniony prelegent objaśniał przypadek *polipa włóknistego pozaszczękowego.* Kilkakrotnie zastanawiano się nad niektóremi cierpieniami krtani i ich operacyjnem leczeniem (Langie I, Pieniążek I, V, Gross II).

III. Chirurgia klatki piersiowej i jej trzewów, kręgosłupa i sutka.

Z wykładów, w tym dziale wygłoszonych, największe zainteresowanie obudziły prelekcye *o chirurgicznem leczeniu zapaleń ropnych w śródpiersiu tylnem.* Na ten temat wykładali Ziembicki na VI, a Kryński na VII Zj. ch. p. Z aplauzem przyjęto wykład *Kijewskiego IX* z dziedziny chirurgii przyszłości: *o wycinaniu płuc. O rozległych wypiłowaniach klatki piersiowej* mówił Gabryszewski IV, *o promienicy kla-*

tki piersiowej i płuc Bar䑹cz II, *o wysiękach opłucnowych* Nieciński VIII. Kilka wykładów poświęcono chorobom kręgosłupa, a więc Bohosiewicz II omawiał przypadki *guzów wrodzonych w okolicy kości krzyżowej*, Jasiński I, Gross II, Trzebicky II, Krasowski V, mówili *o bocznych skrzywieniach kręgosłupa*, *o laminektomii* Jasiński VII i Sawicki X, *o leczeniu garbu sposobem Calota* Rydygier IX i Krasowski IX, *o chirurgii sutka* mówił tylko Rydygier na V Zj. ch. p.

IV. Chirurgia jamy brzusznej.

Rozdziału tego nie można inaczej rozpocząć, jak od wyliczenia wykładów, traktujących *o chirurgii żołądka*. W tej kwestyi na dziesięciu zjazdach mówiono 11 razy. (Rydygier VII i X, Obaliński II i VIII, Hempel I, Kader VII i VIII, Rutkowski IX, Trzebicky IX, Gluziński A. X. Rencki X.) Omawiano technikę operacyjną, wskazania do operacyi i wyniki pooperacyjne. Również żywo rozprawiano *o wycinaniu jelit* i *o szwie jelitowym* (Barącz I, III. IV, IX, Bogdanik I, Schramm II, Leszczyński II, Bossowski II, X, Ciechomski II, Łucki IV, Steuermarck IV, Podgórski III, Majewski IV, Rydygier IX). Kilkakrotnie dysputowano nad sprawą *doszczętnego leczenia przepuklin wolnych i uwięzniętych* (Sawicki II, Stankiewicz III, Bossowski VII, Wołkowicz VII, Bogdanik VIII, Trzebicky IX, Czajkowski X). W sposób wyczerpujący temat omawiano sprawę *wykłuczenia jelit*, sprawę mającą większe znaczenie teoretyczne, niż praktyczne. Dyskusye wywołały wykłady Kleckiego V, Barącza VI, Obalińskiego VIII. *O guzach krwawnicowych* mówili Trzebicky I i Kozłowski VI. Od niedawna dopiero rozwijać się poczynające chirurgiczne leczenie *zapaleń wyrostka robaczkowego* żywo zainteresowało naszych chirurgów, czego wyrazem są wykłady Rutkowskiego VIII, Kleckiego IX, Rydygiera IX i X, Mieczkowskiego X i nad wykładami tymi przeprowadzone wyczerpujące dyskusje. Z luźnych wykładów pokrewnego tematu wymienić należy Solmana I *(torbiele krezki)*, Trzebickiego II *(paracenteza jamy brzusznej)*, Gluzińskiego A VII *(objawy przedziurawienia jelit)*, Rydygiera IV i VI *(rany przepony i laparotomia)*, Obalińskiego III *(dyagnostyka guzów jamy brzusznej)*, Gabryszewskiego V *(guzy powłok brzusznych)*, Kryńskiego VI i IX *(chirurgiczne leczenie zapaleń otrzewnej i wpływ oddzielenia krezki na żywotność jelita)*, Barącza IX *(torsio omenti)* i Ciechanowskiego IX *(postronki śródotrzewnowe)*. Z powodu wszechstronnej, przez parę posiedzeń toczącej się dyskusyi, w której brali udział obecni wówczas interniści — wymienić należy odczyt Obalińskiego V *o niedrożności przewodu pokarmowego*.

Chirurgia wątroby i dróg żółciowych u nas jeszcze w zawiązku, bo brak nam odpowiedniego materyału, doczekała się, mimo tych niekorzystnych okoliczności kilku wykładów (Rosner II, Bogdanik VII. Kader VIII, Bossowski IX, Urbanik IX, Browicz X, Reichmann X, Krajewski X, Szuman X). Ubogą natomiast okazuje się literatura *trzustki;* mamy do zanotowania tylko 2 wykłady: Drobnika VII *(torbiele)* i Sawickiego X *(ropnie)*.

V. Ginekologia operacyjna.

Jak na zjazdy chirurgów — dział ten stosunkowo bardzo obfituje w wykłady — a z tych wiele posiada znaczenie zasadnicze. Myślę o rozprawach nad postępowaniem operacyjnem wobec *włókniako-mięśniaków macicy*. Ścierały się na tych zjazdach zdania różne i wyrabiały nowe metody. Na ten temat przemawiali: Rydygier I, II, VI, Obaliński VI, Jordan VII, Rosner VIII, Ziembicki VIII, Maleszewski VIII, Mikucki VIII. Na III-cim Zj. Schramm a na VIII-ym Zj. Świtalski referowali o ostatecznych wynikach po operacyi *raka macicy*. Nawet *o ciąży zamacicznej* mówiono dwakroć (Szuman II, Bogdanik IX), wykłady ważne ze względu na dyagnostykę różniczkową guzów jamy brzusznej. Ziembicki VII opisał dokładnie *metodę francuską wyłuszczania macicy przez pochwę*. Kilka innych wykładów, wygłoszonych na paru pierwszych zjazdach, tyczyło spraw, dziś już wyłącznie ginekologów obchodzących.

VI. Chirurgia dróg moczowych.

Stosunkowo nieznaczna ilość 32 wykładów wyczerpuje niemal zupełnie przedmiot. *O chirurgii nerek i moczowodów* wykładali Obaliński II i VIII, Rościszewski IV, Jakubowski IV, Dembowski III, Szuman III, Rydygier VII, Klecki VIII, Kryński VIII. Pouczające wykłady z zakresu *chirurgii pęcherza moczowego* zawdzięczamy Załozieckiemu I, Schrammowi I, V, Ziembickiemu III, IV, X, Rydygierowi III, IX, Kryńskiemu VII. O istocie i leczeniu *przerostu gruczołu krokowego* mówili Ciechanowski VIII, Kryński VIII, Grosglik IX, Rydygier X. *O zwężeniach cewki moczowej* wykładał Minzer X, ogólnie *o zakażeniu moczowem* Grosglik IX i Minzer X, a o *aseptyce cewnikowania* Herman X. Sprawa leczenia *gruźlicy jąder* dwukrotnie wchodziła pod obrady, raz na IV Zj. (Wehr), drugi raz na X Zj. (Kryński). Krassowski na przedostatnim zjeździe wykładał *o leczeniu wodniaka moszen* sposobem Winkelmanna.

VII. Chirurgia kończyn.

W naszych ambulatoryach chirurgicznych gruźlica kości i stawów stanowi niemal 50% wszystkich innych chorób. Te stosunki odbić się musiały na naszych zjazdach. Sprawa *leczenia gruźlicy kości i stawów*, to niemal nieprzerwana tradycya naszych zjazdów. Prawie na każdym zjeździe rzecz ta bywa rozpatrywaną z rozmaitego stanowiska, na tych zjazdach krystalizują się nasze poglądy na istotę cierpienia i jego leczenie. Wielokrotnie Rydygier i Obaliński sami lub przez usta swych uczniów zabierają głos na ten temat, wywołując każdym razem żywe i w plon obfite dyskusye. Po zatem chirurdzy nasi zajmują się głównie chirurgią kończyny dolnej np. Zielewicz I, Sawicki IV i Gabryszewski VIII mówią o leczeniu *wrzodów goleniowych; o wrodzonem zwichnięciu stawu biodrowego* wykładają Kryński IV, Sawicki V, Rydygier VIII i IX, *o biodrze szpotawem* Kozłowski VII, *o genu valgum* Stankiewicz III, *o stopie szpotawej* Ziembicki X, *o stopie końskiej* Sawicki V, *o przeszczepianiu ścięgien* Drobnik VI, VII, *o nowotworach kończyn* Krasowski VIII, *o zgorzeli kończyn* Trzebicki VIII itd. itd.

Tak się przedstawia suchy i niezupełny regestr odczytów, wygłoszonych na ubiegłych dziesięciu zjazdach. Jednak nie na wygłoszeniu wzgl. wysłuchaniu tych odczytów ograniczała się praca naszych zjazdów — w rachunek wziąść trzeba i dyskusye. A te były żywe, obfite i plenne. Na pierwszym zjeździe toczą się żywe rozprawy nad promienicą. Takie same zainteresowanie tą samą sprawą znajdujemy i na drugim zjeździe, na którym nadto dyskutują

nad ranami postrzałowymi z nowo-wprowadzonej broni mannlicherowskiej. Na trzecim zjeździe wykłady z dziedziny chirurgii nerek i pęcherza moczowego przyjęto z wielkiem zainteresowaniem. Punkt kulminacyjny dyskusyi nad leczeniem gruźlicy stawów i kości przypada na czwarty zjazd. Piąty zjazd wyróżniał się obszerną dyskusyą nad niedrożnością przewodu pokarmowego, o czem już poprzednio wspomnieliśmy. Na zjeździe szóstym nastąpiła gorąca wymiana zdań i zapatrywań w kwestyi włókniaków macicy. Na ósmym i dziewiątym zjeździe na porządku dziennym była sprawa leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego i o niej wiele dyskutowano. Na ostatnim wreszcie kongresie odczyty o leczeniu kamiennicy żółciowej i wrzodu okrągłego żołądka wywołały najżywszą wymianę zdań.

Nasze Zjazdy co do ilości wykładów stoją bezsprzecznie poza niemieckimi i francuzkimi — co do jakości jednak odczytów bynajmniej im nie ustępują. Mówią tak wszyscy, którzy znają jedne, drugie i trzecie i patrzą bezstronnie. Powtarzam to na tem miejscu dla podniesienia serc! Nasze jednak Zjazdy posiadają nadto jedną wielką zaletę nad tamtymi — i to dzięki właśnie mniejszej ilości zgłoszonych odczytów. Czas bowiem, wykładami niezajęty, poświęcany bywa u nas wyczerpującym dyskusyom. A zdaniem mojem, punkt ciężkości takich Zjazdów polega właśnie w dyskusyi, a nie, choćby najlepszym wykładzie. Wymiana różnych zdań i odmiennych zapatrywań, ta bezpośrednio niejako po wykładzie następująca krytyka, uczy wiele i przynosi wiele korzyści praktycznych dla chirurga-praktyka, więcej, niż genialny nawet wykład. Dyskusya, fachowo przeprowadzona, ma inną jeszcze wartość. — Przeglądając pamiętniki i sprawozdania z ubiegłych zjazdów, widziałem nieraz, jak nad jakimś odczytem, który sam przez się nie budził większego interesu, nieznacznie wywiązywała się dyskusya, oświetlająca rzecz z różnych stron i wykład taki, który sam minąłby niespostrzeżony, nabierał wielkiej wagi właśnie dzięki owej dyskusyi. Ta wymiana zdań, dokładnie spisana, po długich jeszcze latach zachowuje wagę i wartość żywego słowa. Dlatego bardzo wypada żałować, że dobra myśl wydawania dokładnego pamiętnika „Zjazdów" po paru próbach ustała. Istnieje bowiem „Pamiętnik" tylko z I, II i VII „Zjazdu", z innych tylko krótkie kronikarskie notatki w *Przeglądzie lekarskim* i innych tygodnikach. A w tych dyskusya zaledwie bywa zaznaczoną. Dobre wydawnictwo, o którem Prezes zjazdów mniemał, że stanie się kiedyś polskiem archiwum chirurgicznem, rozbiło się o względy natury materyalnej. Już na czwartym Zjeździe skarży się Prezes, że w kasie wydawnictwa znaczny niedobór, obiecuje, że mimo to pamiętnik i w przyszłości wychodzić będzie, acz w zmienionej formie, pomieszczać się w nim będzie mianowicie tylko referaty z odczytów, ale za to dyskusya drukowaną będzie *in extenso*. Widocznie jednak i ta myśl niemożliwą była do przeprowadzenia w praktyce, gdyż dopiero w kilka lat później wychodzi „Pamiętnik" z VII Zjazdu, lecz w pierwotnej formie. Zasłużyłby się sprawie, ktoby wskrzesił to wydawnictwo. Te tomy drukowane, razem zebrane, świadczyłyby przed trybunałem przyszłości, że pozował Płoszowski, głosząc tezę o „l' improductivité slave", a kłamał Momsen, bając o niższości rasy słowiańskiej! Te tomy poświadczyłyby, żeśmy i na tem małem polu w wszechświecie interesów ludzkich nie pozostali za innymi.

Przeciwnie i na tem maluczkiem polu wyprzedzaliśmy niekiedy innych (chirurgia żołądka i jelit), a zresztą szliśmy nie za zachodem, lecz ze zachodem, szliśmy naprzód ku naszej chwale, a ku dobru naszych bliźnich.

Inne, równie ważne, a może nawet ważniejsze znaczenie naszych zjazdów, to bodziec do pracy, jaki idzie z nich dla wielu, a może dla wszystkich. Pewno niebłędnem będzie twierdzenie, że połowa myśli nowych i nowych dróg, jakie objawiono i wskazano na tych zjazdach, nie byłoby ujrzało światła dziennego, gdyby nie one. Szlachetna emulacya wywoływała je z niebytu.

Mają nasze zjazdy i inne jeszcze korzyści, wynikające z wyjątkowych stosunków i warunków, w jakich żyjemy. Jedna — to podnoszone w odezwach Prezesa budzenie zaufania do siebie samych i zyskiwanie go u ogółu lekarskiego i u publiczności, — gdyż nam ciągle jeszcze, nawet w domu i u swoich brak zaufania. A druga korzyść, to owa pociecha dla dusz i ulga dla serc, jaką każdy zjazd przynosi, gromadząc chirurgów naszych z różnych stron naszej ziemi w jedno miejsce i pozwalając zapomnieć, że nas trzema granicami politycznemi rozdzielono.

Tyle na zjazdach chirurgów polskich zdziałaliśmy i tyle stąd korzyści odnieśliśmy. Niedołężne pióro nie pozwala mi odszukać innych korzyści, a odnalezione we właściwem wystawić świetle. Lecz i te — tak przedstawione, wydają mi się tak znaczne, że ten, który zjazdy te do życia powołał i ci, którzy czynem umożliwili, aby myśl owa w rzeczywistość się zmieniła, z zadowoleniem spoglądać mogą na przebytą drogę, a z otuchą w przyszłość. Przyszłość zjazdów naszych zapewniona, — bo stały się one naszą potrzebą, zbądźmy się jeno słomianego człowieka, który, wedle słów Matlakowskiego, w każdym z nas siedzi.

Źródła. 1) Pamiętnik I Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1890. 2) Pamiętnik II Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1891. — 3) Sprawozdanie z VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16—21 lipca 1891. Sprawozdawca Dr. A. Beck. *Przegląd lek.*, 1891. Nr. 30—40. — 4) Sprawozdanie z IV Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. Napisał Dr. A. Beck. *Przegląd lekarski*, 1892. Nr. 29—41. — 5) Sprawozdanie z V Zjazdu chirurgów polskich. Napisał Dr. K. Klecki. *Przegląd lekarski*, 1893. Nr. 28, 30—36, 38—41. — 6) Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Część lekarska pod redakcyą Dra W. Bylickiego. We Lwowie 1895. — 7) Pamiętnik VII Zjazdu chirurgów polskich. Kraków 1896. — 8) VIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Sprawozd. Dr. L. Kryński. *Przegląd lekarski*, 1896. Nr. 31—35. — 9) Sprawozdanie z IX Zjazdu chirurgów polskich. Napisał Dr. S. Droba. *Przegląd lekarski*, 1899. Nr. 30—35. — 10) Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie pod redakcyą Doc. Dra J. Raczyńskiego. Kraków 1900. — 11) Program VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu r. 1898. Poznań 1898.

VI. VII Zjazd niemieckiego Tow. dermatologicznego we Wrocławiu.

Zestawił

Dr. E. Borzęcki.

(Dokończenie).

Ogólne zainteresowanie budziły *przypadki wyleczonego tocznia* twarzy naświetlaniem według metody Finsena, przywiezione z Kopenhagi i przedstawione przez Forchhammera. W miejscach tkanki tocznicowej widzieliśmy blizny gładkie, cienkie, w obrębie ich nigdzie guzków (przy użyciu dyaskopu), strupków, — sło-

wem wyniki tak korzystne, a pod względem kosmetycznym względnie tak piękne, jak trudno chyba byłoby osiągnąć inną z używanych metod leczenia. Liczba posiedzeń dochodziła w dwóch przypadkach do 100, w reszcie od 200 do 300. Jeżeli uwzględni się, że przeciętny czas do wyleczenia wynosi 8—10 miesięcy, każde posiedzenie trwa mniejwięcej godzinę, a te muszą odbywać się przy ciągłej opiece i kontroli wyćwiczonego personalu, że wreszcie urządzenie przyrządu potrzebnego kosztuje do 6000 koron, to względy powyższe, nie ujmując w niczem wartości leczniczej tej metody, utrudniają wprowadzenie jej w wielu zakładach. A jednak, kiedy zważy się, że może niema kraju, w którymby było więcej tych biednych chorych, jak w Galicyi, to trzeba powiedzieć, że stworzenie takiego zakładu byłoby czynem wielce humanitarnym i prawdziwem dobrodziejstwem.

Schiff przedstawił chorą z bujnem uwłosieniem na brodzie (*hypertrichosis barbae*), wyleczoną z pięknym wynikiem naświetlaniem promieniami Roentgena.

Schäffer z kliniki Neissera przedstawił przy pomocy scioptikonu przekroje mikroskopowe skóry, objaśniające jej odmienne zachowanie się przy użyciu ciepła lub zimna w celach przeciwzapalnych. Wykonał to w sposób następujący: wyjałowioną nitkę jedwabną, napojoną 5% rozczynem azotanu srebrowego (celem wywołania odczynu) wkłówał ukośnie w wyjałowioną skórę królika. Miejsce wkłócia, po odcięciu nitki, zaopatrywał szczelnie; dla kontroli robił tosamo po drugiej stronie. Na przestrzeni skóry, na której przebiegała nitka, stosował przez godzin kilkanaście okłady zimne u jednych zwierząt, u drugich ciepłe. Z wyciętych kawałków skóry, wraz z nitką, sporządzał przekroje drobnowidowe i okazało się, że w otoczeniu nitki przy stosowaniu okładów ciepłych nie było żadnego odczynu w postaci nacieku komórek wypocinowych; był zaś wybitny przy użyciu okładów zimnych. Okłady wysychające działały mniej wybitnie, niż ciepłe.

Pick (Praga) przedstawił przez projekcyę w przekrojach drobnowidowych skóry zabarwionego nużeńca ludzkiego (*demodex folliculorum*). Udało mu się zabarwić tego pasorzyta przez zastosowanie sposobu barwienia, jaki używa się przy barwieniu prątków gruźliczych w tkankach.

Tyle co do strony naukowej Zjazdu, przynajmniej w streszczeniu.

Strona zewnętrzna nie pozostawiała nic do życzenia. Zjechało się około 150 dermatologów, przeważnie z Niemiec. Z Polaków brali udział z Krakowa: Prof. Reiss i sprawozdawca; z Poznania: Dr. Karwowski i Stahr; z Warszawy: Dr. Sachs i Elsenberg; z Łodzi: Dr. Goltz. Komitet gospodarczy, z Neisserem na czele, obmyślał wszystkie szczegóły wygody uczestników Zjazdu, a Neisser podejmował Zjazd wspaniałem przyjęciem w miejskim parku.

Jeżeli wogóle utarło się zapatrywanie, że Zjazdy lekarskie niewiele stosunkowo przynoszą korzyści dla biorących w nich udział, to nie możnaby tego zastosować do VII Zjazdu dermatologów niemieckich: nagromadzono dużo materyału bardzo ciekawego i pouczającego.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 11 lipca.

† Dziś rano zakończył życie dr. Jan Buszek, wieloletni lekarz główny miasta Krakowa. Życiorys nieodżałowanego kolegi i zasłużonego lekarza podamy w numerze następnym.

* Dnia 15 b. m. w murach Krakowa rozpocznie się XI-sty Zjazd chirurgów polskich. Życie przekonało, że pierwotne wątpliwości, czy coroczne Zjazdy chirurgów polskich będą mogły wypełnić dwa dni posiedzeń poważną liczbą członków i głęboką treścią odczytów, dziś znikły. Na posiedzeniach zjazdowych od lat dziesięciu odtwarza się nietylko całokształt rozwoju chirurgii z roku ubiegłego, lecz w nader pouczających rozprawach składają chirurdzy polscy plon własnej pracy i myśli. Jeśli chirurgia polska stoi na wysokości jej rozwoju u innych narodów oświeconych, bezsprzecznie Zjazdy chirurgów polskich są tu czynnikiem pierwszorzędnym.

Dzięki swemu geograficznemu położeniu Kraków jest stałą siedzibą tych Zjazdów: cześć ta wkłada na nas, lekarzy krakowskich, obowiązek jak najliczniejszego udziału w Zjeździe i przyczynienia się w miarę sił i możności do ziszczenia jego naukowych zadań.

* Sprawy sejmowe. Komisya szkolna uczyniła na posiedzeniu d. 4 lipca następujący wniosek: „Sejm wzywa rząd ponownie, aby ustanowił posady lekarzy szkolnych przy szkołach średnich, na razie przynajmniej przy szkołach średnich lwowskich i krakowskich“.

Na posiedzeniu dnia 5 lipca poseł prof. Jordan referował o „Sprawozdaniu z czynności Departamentu V-go Wydziału krajowego. Uchwalono: 1) Sprawozdanie Wydziału krajowego o czynnościach Departamentu V przyjmuje się do wiadomości. 2) Wzywa się rząd, by w myśl swych obietnic jak najrychlej przyznał i wypłacił subwencyę na budowę szpitali powszechnych w Kossowie i Nadwórnie w wysokości przynajmniej 80.000 koron tak, by Wydział krajowy w jak najkrótszym czasie mógł przeprowadzić wszystkie zarządzenia, potrzebne dla stłumienia kiły w wymienionych powiatach. 3) Wzywa się Wydział krajowy o przedłożenia na najbliższej sesyi takich wniosków, by na ich podstawie budowa na Kulparkowie schroniska na 500 chorych obłąkanych nieuleczalnych według przedłożonych komisyi sanitarnej planów mogła być w najbliższej przyszłości podjęta i stopniowo przeprowadzona. — 4) Wzywa się Wydział krajowy, by celem zrealizowania uznanej za potrzebną budowy Zakładu dla położnic w Krakowie, rozpoczął na podstawie przedłożonych komisyi sanitarnej planów i kosztorysu z rządem rokowania, co do udziału rządu w pokryciu kosztów budowy tego Zakładu i przedstawił swe wnioski. 5) Wzywa się Wydział krajowy, by sprawę urządzenia dwóch nowych szkół dla akuszerek (jednej w Rzeszowie i jednej w Stanisławowie) wytrwale u rządu popierał i jak najrychlej przeprowadzić się starał.

Na posiedzeniu d. 6 lipca uchwalił W. Sejm zmienić §§. 11 i 15 ustawy o szpitalach. Będą one miały następujące brzmienie: *§ 11.* Krajowe zakłady lecznicze powszechne i publiczne mają własne, przez Sejm uchwalone, statuty. Zakłady te zostają pod bezpośrednim zarządem Wydziału krajowego. W przyszłości uchwalać będzie statuty dla krajowych zakładów publicznych i powszechnych Sejm krajowy, na podstawie wniosku Wydziału krajowego, przedstawionego w porozumieniu z Namiestnictwem. Innymi szpitalami powszechnymi i publicznymi zawiadują komitety szpitalne. Komitet szpitalny składa się w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Żywcu, Lubaczowie, Przemyślanach i Sniatynie: a) z delegata Wydziału krajowego; b) z prezesa Rady powiatowej lub jego zastępcy; c) z delegata Wydziału powiatowego; d) z dyrektora szpitala. W szpitalach zaś w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Nowym Sączu, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi: a) z delegata Wydziału krajowego; b) z naczelnika gminy lub jego zastępcy; c) z delegata Rady gminnej; d) z dyrektora szpitala. *§ 15.* Koszta budowy nowego, odbudowy lub rozszerzenia starego gmachu, tudzież wewnętrznego urządzenia dobudowanej części w szpitalach, już uznanych za powszechne i publiczne, pokrywane będą przedewszystkiem ze specyalnych, na ten cel przeznaczonych funduszów i zobowiązań. W braku lub niedostateczności takich funduszów, połowę potrzebnej kwoty pokryje fundusz krajowy, jeżeli Sejm potrzebę tej budowy uzna. Drugiej połowy dostarczy dla szpitala w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi ta gmina, zaś dla szpitala w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Lubaczowie, Przemyślanach, Żywcu i Śniatynie ten powiat, w której, względnie w którym, dotyczący szpitał się znajduje.

Na temże posiedzeniu poseł dr. Bernadzikowski imieniem komisyi sanitarnej referował petycyę prof. Bujwida z Krakowa o subwencyę na Zakład dla leczenia wścieklizny. Uchwalono: 1) Wezwać rząd, aby utworzył Zakład dla szczepień ochronnych metodą Pasteura w Krakowie. 2) Wezwać Wydział krajowy, aby nie spuszczał z oka sprawy założenia takiego Zakładu w kraju, prowadził nadal w tej sprawie rokowania z rządem, a tymczasem troskliwą otaczał opieką zakład prof. Bujwida.

Na posiedzeniu d. 9 b. m. W. Sejm upoważnił Wydział krajowy do podniesienia płac sekundaryuszów w szpitalach Lwowa i Krakowa, w myśl pierwotnego wniosku Wydziału krajowego.

— Lipcowy zeszyt »Nowin lekarskich« poświęca Redakcya »Uczestnikom XI Zjazdu chirurgów polskich«. Po krótkim zarysie historycznym Zjazdów, pióra Dr. Hermana, następują 3 prace oryginalne, mniej lub więcej związane z zagadnieniami z zakresu chirurgii, dalej jak zwykle bogaty dział referatów, dający streszczenie 90 prac [prócz wiadomości drobniejszych], a wśród nich sprawozdanie ze Zjazdu niemieckich ginekologów. Do samej chirurgii odnosi się 40 streszczeń.

Z przyjemnością spotyka się wznowiony »Przegląd prasy lekarskiej polskiej«. Rubryka »Ruch w Towarzystwach« obejmuje prócz notatki o III Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich sprawozdanie z Towarzystw: warszawskiego, krakowskiego i kaliskiego. Inne drobniejsze działy zeszytu odznaczają się również ożywieniem i aktualnością. Zeszyt ozdobiony jest portretami prof. Rydygiera, prezesa Zjazdów chirurgicznych polskich, oraz prof. Hlavy i Doc. Veselyege, sekretarza Zjazdu czeskiego.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw Jag. otrzymał Antoni Jan Wespański

* XIV-sty międzynarodowy Zjazd lekarski odbędzie się w Madrycie od 23 do 30 kwietnia 1903 r. Komitet gospodarczy składa się: z prezesa prof. Juliusza Calleja y Sanchez, sekretarza generalnego Dr. Angel Fernandez-Caro y Nouvilas, skarbnika dr. Jose Gomez y Juna. Sekcyj ma być 16. Wpisowe od jednego członka wynosi 30 pesetów (tyle co 30 franków). Panie, należące do rodzin członków, opłacać będą 12 pesetów od osoby, a za to korzystać będą mogły ze zniżek na kolei i będą mogły brać udział we wszystkich uroczystościach, urządzonych na cześć członków Zjazdu.

* Mór szerzy się w licznych już punktach starego świata. Kilka przypadków, stwierdzonych w ostatnich dniach w Carogrodzie, poważnie zaniepokoiły Europę, ze względu na nader liczne drogi komunikacyjne wodne i lądowe, łączące wschód turecki z resztą Europy. Prawdopodobnie najwyższa Rada zdrowia w Austryi wzmocni dotychczasowe zarządzenia policyjno-sanitarne.

* 25 lat ubiegło od chwili, w której prof. Porro wykonał po raz pierwszy operacyę, noszącą jego imię; ginekolodzy włoscy z powodu tej rocznicy ofiarowali profesorowi Porro złoty medal.

* W Rzymie powołana została Komisya pod przewodnictwem Baccellego, w celu wystawienia szpitala wyłącznie dla dzieci gruźliczych.

* Z funduszów prywatnych wybudowano w Paryżu szpital dla chorych gruźliczych.

* Na mającym się odbyć między 22 a 26 lipca angielskim Kongresie przeciwgruźliczym w Londynie będzie 4 sekcye: 1) miast, lekarsko-klimatologiczna, 3) patologiczno-bakteryologiczna i 4) weterynaryjna.

Nekrologia. Umarli: Dr. Stanisław Piotrowski, lat 81, w Włodzimierzu wołyńskim. Dr. O Szreiber zmarł w Ucianie, gubernii Kowieńskiej. W Poznaniu d. 5 b. m. zmarł Dr. Jan Panieński, znany neurolog, w 40 roku życia. Urodził się 1862 r. w Busku; studya naukowe odbywał w Poznaniu, Lipsku i Berlinie. Był asystentem w ginekolog. klinice Schödera, następnie asystentem w klinice chorób nerwowych Mendla i Eulenburga, wreszcie asystentem w Zakładzie wodoleczniczym w Elgersburgu w Turyngii. Osiadł w Poznaniu r. 1889 i tu założył dom zdrowia, cieszący się wielkiem uznaniem.

Bibliografia.

Garnier et Delamare: *Dictionnaire des termes techniques de médecine, contenant les étymologies grecques et latines. (Paryż).* Rozwój nauk lekarskich wymaga tworzenia coraz nowych wyrazów. Neologizmy te sprawiają czasem lekarzowi wielką trudność w zrozumieniu treści czytanej rozprawy. Słownik, o którym piszemy, ma za zadanie przyjść z pomocą czytelnikowi, a to przez przytoczenie źródłosłowu i etymologiczne wytłómaczenie nowego terminu. Oczywiście, nowe wydania takiego słownika muszą uzupełniać się co parę lat, ażeby wydawnictwo odpowiedziało swemu zadaniu. Dowodem wielkiej potrzeby takiego słownika jest szybkie rozkupienie pierwszego wydania.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 27: Lewensteru: Przypadek tętniaka urazowego tętnicy szyjowej wewnętrznej. Neugebauer: Thrombus vaginae et vulvae.

— *Nowiny Lekarskie* Nr. 7: Herman: Z kroniki pierwszego dziesięciolecia Zjazdów chirurgów polskich. Szuman: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych (c. d.). Fonferko: Róża na podstawie materyału klinicznego od r. 1890 do 1900. Dziembowski: Cianka ludzka *(trichocephalus dispar)*, jako powód zapalenia ślepej kiszki.

— *Kronika Lekarska* Nr. 12: Michelis: Hernia scrotalis cum Elephantiasi scroti. Bornstein: O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiądzie rdzenia (dok.).

— *Medycyna* Nr. 27: Rubin: Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej. Zausmer: Termoregulator naftowy i uproszczona centryfuga.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27: Kopfstein: Zkušenosti s narkosou medullarni dle Biera. Haškovec: Neurosis traumatica (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 52: Merklen et Girard: Rak pierwotny większych oskrzeli.

— *Nr. 52:* Jacques et Gautier: Krótka atypowa epidemia moru.

— *La Semaine médicale* Nr. 25: Hematolysis w cieczach wybroczynowych pochodzenia rakowego.

— *Nr. 27:* Hemodyagnostyka zapalenia wyrostka robaczkowego. Lépine: Rola cukru w odżywianiu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Heinecke: Przypadek ciężkiego zgruchotania klatki piersiowej z zejściem pomyślnem. Stern: Leczenie kiły wstrzykiwaniami. Tippel: Przyczynek kazuistyczny do wiedzy o zakażeniu wewnątrzustrojowem i zewnątrzustrojowem. Mendel: O kiłowej rwie kulszowej i jej leczeniu. Quadflieg: Przypadek przewlekłego biodro kątniczego wgłobienia. Ostermaier: 35 dni trwające zaparcie stolca z gładkiem zamknięciem światła jelita. Gotthilf: Przypadek zatrucia wyciągiem paprotki samczej. Schilling: Leczenie pląsawicy przewlekłej poddawaniem. Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27: Schmidt: O polnem leczeniu rozmiękczenia kości. Alexander: Etyologia schorzeń trąbki Eustachyusza i ucha środkowego. Sternberg: Przyczynki kazuistyczne.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27: Bettmann: Trądzik chlorowy, jako osobna postać zawodowej choroby skórnej. Cipollina: O wpływie kilku substancyj na próbę Trommera. Kowarski: Wykazanie białka roślinnego drogą biologiczną. Schelle: Przypadek posocznicy z zapaleniem ucha i zakrzepem zatoki, rozpoczynający się objawami gośćca stawowego. Waldeyer: Topografia mózgu. Munter: Sposób zużytkowania leczniczego ciepła doprowadzonego i zatrzymanego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27: Rose: O napadowem kołataniu serca. Guttmann: Sprawozdanie z leczenia gruźlicy płuc i krtani śródżylnemi wstrzykiwaniami hetolu za czas od $^{16}/_{10}$ 1899 do $^{10}/_{4}$ 1901. Grabower: Wpływ laryngologii na postęp medycyny. Landgraf: Uwagi o jednym przypadku tętniaka aorty.

Redakcya otrzymała: Prus: O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżka. 2) *Toż samo* po francusku. Burzyński: 1) O konserwacyi narządów w naturalnych barwach. 2) *Toż samo* po niemiecku. Gońka: W sprawie powstawania niektórych cyst w błonie śluzowej dziąsła. 2) *Toż samo* po francusku. Kadyi H.: O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego. 2) *Toż samo* po niemiecku. Świątecki: Uchyłek pęcherza moczowego w przepuklinie. Halban: 1) Ueber juvenile Tabes nebst Bemerkungen über symptomatische Migräne. 2) Ein Fall von Pavalysis progressiva. Kurtz: III Zjazd przyrodników i lekarzy w Pradze czeskiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w **Toustem**, z płacą roczną 1.000 Koron i ryczałtem na koszta podróży 600 Koron.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Kałahorówka, Wolica, Sadzawki, Kąt toustecki, Nowosiółka grzymałowska, Borki małe, Rasztowce, Soroka, Dubkowce, Krasne, Przekalec.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 15-go sierpnia 1901 roku, zaopatrzone w załączniki udowodniające:

1. Dostateczną fizyczną zdatność petenta;
2. Prawo obywatelstwa austryackiego;
3. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
4. Nieskazitelny charakter;
5. Znajomość języków krajowych:
6. Praktykę najmiej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym, po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminu fizykackiego.

Rok XL. Kraków, 20 Lipca 1901. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy.

(Badania doświadczalno-kliniczne)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

Ordynator kliniki.

Patogeneza mocznicy pomimo wielu badań dotychczasowych pozostaje ciągle jeszcze zagadkową. Wobec tego wszelkie usiłowania, dążące do jej wyświetlenia, są nader pożądane, i to nietylko, gdy się uwieńczyć mają dodatnim wynikiem, lecz nawet i wtedy, gdy wzbogacą naszą wiedzę dowodami, wykazującymi mylność obecnie panujących poglądów.

Już w roku przeszłym w jednej z moich prac (W. Orłowski 1) wskazywałem po rozejrzeniu się w piśmiennictwie, że pogląd na mocznicę, jako na samozatrucie ustroju kwasami, jest bardzo wątpliwy; ostatecznie jednak nie mogłem go odrzucić wobec niektórych faktów, które przemawiały na jego korzyść. Jak wiadomo, pogląd ten został sformułowany przez v. Jakscha (2) na podstawie stwierdzonego przezeń w mocznicy znacznego obniżenia się zasadowości krwi. Wkrótce ten sam fakt stwierdzili również Peiper (3), Limbeck (4) i inni. Do zwolenników zapatrywań v. Jakscha przystąpili: Hahn, Massen, prof. Nencki i prof Pawłow (5), opierając się na tożsamości obrazu mocznicy z zatruciem ustroju kwasem karbaminowym. Klasyczne badania Löwyego (6), który wykazał niedokładność i nieścisłość metodyki v. Jakscha, zadały jednak poważny cios tej teoryi. Wkrótce jednak stwierdzono również i metodą Löwyego [Biernacki (7), Brandenburg (8)], znaczne obniżenie zasadowości krwi w mocznicy: należało więc znowu rachować się z poglądem v. Jakscha; uznając jednak razem z nim obniżenie zasadowości krwi w mocznicy, byłoby, mojem zdaniem, rzeczą bezpodstawnego pośpiechu wyprowadzać ztąd wniosek, że to obniżenie jest właśnie przyczyną mocznicy. Obniżenie zasadowości krwi może bowiem zależeć od kilku czynników, mianowicie: 1) od rozcieńczenia krwi; 2) od zubożenia jej w czerwone ciałka, które zawierają znaczną część zasad krwi, jak to wykazały badania Löwyego i moje (W. Orłowski 9); 3) od nagromadzenia we krwi przetworów kwaśnych, wstępujących w związki chemiczne z zasadami krwi; i wreszcie 4) od kombinacyi wszystkich tych czynników; który z nich odgrywa rolę, lub przeważa w mocznicy, dotychczas niewiadomo. Wyświetlenie tego zagadnienia miałem przedewszystkiem na celu, przystępując do swoich badań.

II.

Najpierw wywołując u psów mocznicę przez podwiązanie moczowodów, przekonałem się, że zasadowość krwi w mocznicy rzeczywiście znacznie się obniża. Obniżenie dochodzi do 40—50%. Doświadczenia te uważałem za niezbędne, ponieważ istniejące dotychczas badania zasadowości krwi u chorych na mocznicę zapomocą ścisłej metody Löwyego są nader nieliczne. Podobne obniżenie stwierdziłem zatem i u mocznicowych chorych.

Dla wyjaśnienia przyczyny znacznego obniżenia alkaliczności krwi w mocznicy postępowałem w ten sposób: najpierw oznaczałem zwykłym sposobem u psa liczbę czerwonych ciałek krwi w 1 mlm³ (za każdym razem obliczałem 16 kwadratów przyrządu Thoma-Zeissa, tj., około 2500 ciałek, więc niezależna od rachunku pomyłka wynosiła tylko 1,2%. Abbe 10); potem oznaczałem zapomocą sposobu Löwyego zasadowość krwi, wziętej wprost z tętnicy udowej; w morfinowem uśpieniu podwiązywałem obydwa moczowody. Podwiązanie moczowodów wykonywałem zaotrzewnowo w następujący sposób: cięcie prowadziłem przez skórę i tkankę tłuszczową nad samymi wyrostkami poprzecznymi kręgów lędźwiowych, następnie oddzielałem mięśnie brzucha i otrzewnę od mięśni przedkręgowych; tym sposobem dochodziłem do moczowodu i podwiązywałem go u samej nerki zapomocą trzech podwiązek. Potem zakładałem szwy. Cały rękoczyn wykonywałem, zachowując ściśle zasady antyseptyki, bez utraty krwi. Następnie baczną miałem uwagę na stan ogólny operowanych zwierząt, a także na zmiany zasadowości krwi i liczbę jej czerwonych ciałek.

Przytoczę kilka doświadczeń:

Doświadczenie I. D. $^{25}/_{1}$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.³ 6.240.000. Zasadowość krwi 220.4 mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi. Do żyły udowej wstrzyknąłem 0,1 chlorku morfiny w 10% wodnym rozczynie. Prawie natychmiast nastąpiło uśpienie zupełne. Podwiązałem obydwa moczowody. Rękoczyn ukończono o godz. 6 wieczór. $^{27}/_{1}$. Mocznica wyraźna. O godz. 10 zrana (w 40 godzin po podwiązaniu moczowodów) liczba czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.³ 5.990.400, więc o 249.600 = 4% mniej, niż w początku. Zasadowość krwi 196,2 mlgr., więc o 24,2 mlgr. = 11% niżej, niż przedtem. D. $^{27}/_{1}$ o g. 10 wiecz., więc 52 godz. po operacyi, liczba czerwonych ciałek w 1 mlm.³ 5.335.200, więc o 904.800 = 14,5% mniej; zasadowość krwi 132.6 mlgr., więc o 87,8 mlgr = 39,8% niżej. Śpiączka, dychawica mocznicowa, tętno nieprawidłowe, słabe. D. $^{28}/_{1}$ o g. 8 zrana zejście śmiertelne. Sekcya wykazała. moczowody w części górnej i miedniczki nerkowe rozszerzone; nerki znacznie powiększone i przekrwione; w miedniczkach i na powierzchni nerek drobne wybroczyny. Takież same zmiany anatomo-patologiczne stwierdziłem w innych doświadczeniach.

Doświadczenie II. D. $^1/_3$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 9.212.400; zasadowość krwi 266 mlgr. NaOH($^0/_0$). Podwiązanie obydwóch moczowodów w uśpieniu morfinowem (0,1 grm. chlorku morfiny w $10^0/_0$ rozczynie wstrzyknięto do żyły udowej). Rękoczyn ukończono o g. 2 popołudniu.

$^3/_3$. Mocznica wybitna (stan przygnębiony, oddech utrudniony i t. d.). O godz. 2 (48 godzin po podwiązaniu moczowodów) zasadowość krwi 225 mlgr., więc o 41 mlgr. $= 15,4^0/_0$ niższa, niż pierwotna; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm ^{3} 8.725 000, więc o 487 000 $= 5,3^0/_0$ mniej, niż w początku. $^4/_3$. Śpiączka. O godzinie 2 (na 3 godz. przed śmiercią) zasadowość krwi 133 mlgr. więc o $50^0/_0$ niżej; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 7.500.000, więc o $18,6^0/_0$ mniej. O godz. 5 popołudniu zejście śmiertelne.

Doświadczenie III. D $^{11}/_3$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 7.425.000; zasadowość krwi 228 mlgr. NaOH na 100 sz. ctm. krwi. Podwiązanie obydwóch moczowodów w uśpieniu morfinowem (0,1 grm. chlorku morfiny w $10^0/_0$ rozczynie wstrzyknięto do ż. udowej). Po ukończeniu podwiązania moczowodów bezzwłocznie oznaczono powtórnie zasadowość krwi; okazała tę samą wysokość (228 mlgr.). Morfina więc nie wpływała na zasadowość krwi. Rękoczyn ukończono o godz. $1^1/_2$ popołudniu.

D. $^{16}/_3$. Mocznica. O g. $1^1/_2$ (48 godzin po podwiązaniu moczowodów) zasadowość krwi 200,6 mlgr., więc o 27,4 mlgr. $= 12^0/_0$ niżej, niż pierwotna; czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.^{3} 7 187.400, więc o $237.600 = 3,2^0/_0$ mniej. $^{17}/_3$. O godz. $1^1/_2$ (na 2 godz. przed śmiercią) zasadowość krwi 119 mlgr., więc o 109 mlgr. $= 47,8^0/_0$ niżej od pierwotnej; ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.940.000, więc o 1.485 000 $= 20^0/_0$ mniej.

Doświadczenie IV (kontrolujące). D. $^8/_4$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.120.000; zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH($^0/_0$). W uśpieniu morfinowem (0,2 grm. chlorku morfiny w $10^0/_0$ rozczynie wstrzyknięto do ż. udowej) dotarłem do moczowodów takim samym sposobem, jak i w doświadczeniach poprzednich, odosobniłem je, lecz pozostawiłem bez podwiązania. Rękoczyn ukończyłem o godz. 4 popołudniu.

D. $^{10}/_4$. O godz. 4 (48 godz. po ukończeniu rękoczynu) ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5.075.200; zasadowość krwi bez zmiany (200 mlgr. NaOH). D. $^{11}/_4$. O godz. 4 (72 godz. po ukończenu rękoczynu) ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 5 097.000; zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH. Pies ma się cały czas dobrze.

Z tego doświadczenia widzimy, że rękoczyn sam przez się nie wpływa na zasadowość krwi.

Doświadczenia te dowodzą znacznego obniżenia zasadowości krwi w mocznicy i przekonują, że przyczyna tego obniżenia tkwi w nagromadzeniu się we krwi substancyj kwaśnych, one bowiem znacznie przewyższają zmniejszenie ilości ciałek czerwonych krwi, wywołane bądź rozcieńczeniem krwi, na które w mocznicy wskazują nieliczne wprawdzie badania Brunera (11), bądź rozpadem samych ciałek. W początku jednak, nawet wtedy, gdy mocznica jest już wybitną, obniżenie zasadowości krwi jest bardzo nieznaczne; tylko w dalszym biegu mocznicy wzmaga się ono i dochodzi do $40-50^0/_0$. Wobec tego **przeładowanie krwi substancyami kwaśnemi należy uważać nie za przyczynę mocznicy, lecz za zjawisko następowe**, wywołane znacznemi zaburzeniami, zachodzącemi w przemianie materyi.

III.

Oprócz doświadczeń na psach, przeprowadziłem badania moje i na trzech chorych mocznicowych. Dwóch z pomiędzy nich wstąpiło na oddział kliniczny z objawami przewlekłego zapalenia nerek i następowo ulegli mocznicy już w klinice, trzeci zaś był przyjęty z objawami zdeklarowanej mocznicy. Badanie krwi wszystkich tych chorych przeprowadziłem natychmiast po ich wstąpieniu na oddział i oprócz tego podczas trwania mocznicy u pierwszych dwóch i po wyjściu ze stanu mocznicowego u trzeciego. Dzięki temu miałem możność wytworzyć sobie pojęcie, o ile podczas trwania mocznicy zasadowość krwi w każdym z tych przypadków była obniżona.

Zawartość hemoglobiny we krwi oznaczałem zapomocą przyrządu Gowersa; czerwone i białe ciałka krwi liczyłem zwykłą metodą; zasadowość krwi oznaczałem zapomocą alkalimetru Engla; otrzymaną wysokość alkaliczności zmniejszałem o 107 mlgr., ponieważ alkalimetr wykazuje liczbę wyższą, niż istotna, o tę właśnie gromadę, jak to wykazałem już na innem miejscu (W. Orłowski 9).

Spostrzeżenie I. P-w. Rozpoznanie: *Cystitis purulenta chron. Nephritis chron. Arteriosclerosis.*

D. $^3/_3$*) Badanie krwi: Hemoglobiny $65^0/_0$, ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 3 282 500, białych 6.540. Zasadowość krwi 200 mlgr. NaOH($^0/_0$). $^{11}/_3$. Mocznica: stan na pół przytomny, dychawica mocznicowa, znaczne obniżenie ilości moczu. D $^{15}/_3$. Mocznica trwa wciąż. Hemoglobiny we krwi $60^0/_0$. Ciałek czerwonych krwi 3.078.000. Zasadowość krwi 107 mlgr. NaOH($^0/_0$). W 2 godziny po badaniu krwi zejście śmiertelne. Sekcya (wykonana przez prosektora Dr. Korowina) wykazała: *Cystitis, ureteritis et pyelonephritis purulenta. Arteriosclerosis.* Przyczyna śmierci: *Uraemia.*

Widzimy więc, że zasadowość krwi pod koniec mocznicy obniżyła się o 93 mlgr. $= 46,5^0/_0$, a ilość czerwonych ciałek krwi o 207.000 $= 6.32^0/_0$

Spostrzeżenie II. K-cz. Rozpoznanie: *Uraemia.* (Stan silnie przygnębiony; rozwolnienia, mocz prawie zupełnie się nie wydziela).

D. $^4/_2$. Hemoglobiny we krwi $60^0/_0$. Ciałek czerwonych krwi 3.875.000 w 1 mlm.^{3}; białych 5940. Zasadowość krwi 160 mlgr. NaOH($^0/_0$). Pod wpływem zabiegów leczniczych (naparstnica, gorące kąpiele etc.) d. $^6/_2$ zrana chory odzyskał przytomność i stan jego zaczął się poprawiać. D. $^{27}/_2$. Hemoglobiny $65^0/_0$. Ciałek czerwonych krwi 4.213 000, białych 5.948; zasadowość krwi 227 mlgr. Więc zasadowość krwi podniosła się o 67 mlgr. $= 42^0/_0$, a ilość czerwonych ciałek tylko o $338.000 = 8,72^0/_0$.

Spostrzeżenia III. Cz-n. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis chronica.*

D. $^{28}/_2 - ^1/_3$*). Hemoglobiny $64,5^0/_0$. Ciałek czerwonych krwi 3 647.550 w 1 mlm.^{3}; białych 5340; zasadowość krwi 213 mlgr. NaOH($^0/_0$). D. $^{16}/_3$. Mocznica (ilość moczu 3 do 4 litrów na dobę spadła do 150—200 sz ctm.; rozwolnienie, duszność). D. $^{17}/_3$. Stan nawpół przytomny. Prawie bezmocz. Hemoglobiny we krwi $63^0/_0$. Ciałek czerwonych krwi w 1 mlm.^{3} 3.499.200; białych 5600; zasadowość krwi 187 mlgr. NaOH($^0/_0$). Więc zasadowość krwi obniżyła się o 26 mlgr. $= 12,2^0/_0$, a ilość krwinek o $148\,350 = 4,07^0/_0$. Zastrzyknięto pod skórę o godz. 10 rano 0,015 grm. chlorku pilokarpiny. Obfity pot i ślinotok. Po poceniu się o godz. 12 zasadowość krwi 200 mlm., a ilość krwinek w 1 mlm.^{3} 4.374.000. Więc w porównaniu z krwią mocznicową przed zastrzykiwaniem pilokarpiny ilość ciałek czerwonych podniosła się o $874.800 = 25^0/_0$, a zasadowość krwi o 13 mlgr. $= 6.95^0/_0$; w porównaniu zaś z pierwotną krwią ($^{28}/_2 - ^1/_3$) ilość krwinek podniosła się o 726.450 $= 19,9^0/_0$. zasadowość zaś jest niższą o 13 mlgr. $= 6.1^0/_0$.

D. $^{18}/_3$. Stan chorego, który powrócił do przytomności pod wpływem pilokarpiny, znów pogorszył się; chory nieprzytomny; wystąpiła dychawica mocznicowa, prawie absolutny bezmocz i rozwolnienie; zwężenie źrenic. Hemoglobiny we krwi $62^0/_0$. Czerwonych ciałek krwi w 1 mlm.^{3} 3.570.000, białych 5.420; zasadowość krwi 120 mlgr. W porównaniu więc ze stanem mocznicowym liczba krwinek obniżyła się o $77.550 = 2,13^0/_0$, a zasadowość krwi o 93 mlgr. $= 43,66^0/_0$. Pod skórę wstrzyknięto (o godz. 10) 0,015 grm. chlorku pilokarpiny. Obfity pot i ślinotok. Ogólny stan chorego lepszy. Po poceniu się o godz. 12 zrana zasadowość krwi 133 mlgr., ilość ciałek czerwonych 4 284.000. W porównaniu więc ze stanem krwi przed zastrzykiwaniem pilokarpiny tegoż dnia ($^{18}/_3$) zasadowość podniosła się o 13 mlgr. $= 10,8^0/_0$ a ilość krwinek o $714.000 = 20^0/_0$; w porównaniu zaś z pierwotną krwią

* Przeciętne liczby otrzymane przy 2 badaniach.

liczba krwinek podniosła się o 636.450 = 17,4%, a zasadowość zmniejszyła się o 80 mlgr. = 37.56%.

D, 18/3 o godz. 5 popołudniu zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Degeneratio amyloidea renis utr. lienis, hepatis (in hepat. incipiens).* Przyczyna śmierci: *Uraemia.*

Badania te wskazują, że jak u zwierząt w mocznicy sztucznej, tak również u chorych mocznicowych zasadowość krwi znacznie obniża się, zależnie od nagromadzenia się we krwi kwaśnych przetworów; rozcieńczenie zaś krwi i zmniejszenie liczby krwinek przyjmuje w tem bardzo mały udział. Lecz i tu także przeładowanie krwi kwasami dosięga znacznego stopnia tylko w dalszym przebiegu mocznicy; z początku zaś pomimo już wybitnego obrazu mocznicy obniżenie zasadowości krwi jest niewielkie. Wobec tego nie można przypisywać mu powstania mocznicy. Widzieliśmy następnie, że pilokarpina, polepszając ogólny stan jednego z chorych, zostawiała prawie zupełnie bez zmiany zasadowość jego krwi, co nie miałoby miejsca, jeśliby mocznica rzeczywiście przedstawiała zatrucie ustroju kwasami.

Wobec więc wszystkich tych danych nie należy dopatrywać w obniżeniu zasadowości krwi zjawiska podstawowego, lecz tylko współistniejące, wywołane zaburzeniem w przemianie materyi. (Dokończ. nastąpi).

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa).*

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

(Ciąg dalszy).

Naskórek jest we wszystkich swych warstwach zmieniony, co stwierdzają także wszyscy autorowie, prócz Heussa, który wspomina tylko w okresie późniejszym o małym stopniu ścieńczenia warstw naskórka. Opisy jednak autorów, zgodne w zasadzie, różnią się dość znacznie w szczegółach, coby dowodziło wspomnianego powyżej przypuszczenia, że różni autorowie w różnych okresach sprawę chorobową badali pod mikroskopem. Z pierwszych autorów, którzy chorobę tę, dotąd tak mało znaną w swej istocie, opisywali, tylko Pospelow wskazuje, że warstwa zrogowaciała jest miejscami zgrubiała, tu i owdzie zaś cieńczeje, a reszta naskórka zanika, — u Buchwalda, Tontona i Jadassohna opisu tych warstw nie znajdujemy. Neumann opisuje warstwę komórek zrogowaciałych, jako jednolite pasmo bez jąder, podniesione od reszty komórek naskórka, warstwę ziarnistą, zredukowaną do jednego szeregu komórek, a warstwę kolczastą o grubości prawidłowej, o kolcach wyraźniej występujących. W przypadku Colombiniego warstwa zrogowaciała była znacznie zcieńczałą, o komórkach cienkich, blaszkowatych; warstwa ziarnista tworzyła tylko jeden szereg komórek, a szeregi komórek kolczastych były zanikłe, wreszcie warstwa podstawowa nie składała się z komórek walcowatych, lecz znacznie mniejszych, napełnionych barwikiem. Bechert mówi tylko o zaniku naskórka w ogólności, a Huber odróżnia w naskórku trzy warstwy: zrogowaciałą o komórkach płaskich, w całości zwężoną, ziarnistą w postaci jednego szeregu komórek i ścieńczałą do 4—5 szeregów warstwę komórek kolczastych. Komórki te są w osi poziomej znacznie wydłużone, jądra ich są mniejsze, a komórki warstwy podstawowej zatracają także swój kształt prawidłowy i napełnione są barwikiem w dużej ilości. Heller znalazł prawie te same szczegóły, tylko warstwy ziarnistej w wielu miejscach zupełnie nie widział, a warstwy zrogowaciałe składały się z komórek o wyraźnych jądrach, luźno ułożonych na sobie. Wreszcie Unna zwraca uwagę na szczegół, mało przez innych autorów uwzględniany, to jest niejednostajne zgrubienie warstwy zrogowaciałej, przyczem warstwa ziarnista zawsze wykazać się daje, a szeregi kolczaste zanikają i nie tworzą smug międzybrodawkowych.

Szczegóły powyższe zgadzają się w wielu punktach z obrazem, przezemnie znalezionym. Warstwa komórek zrogowaciałych tworzy w tym okresie jednolitą smugę komó-



Fig. 4.

rek bezjądrzastych, zazwyczaj szerszą, niż reszta naskórka poniżej położonego, wejrzeniem podobną do przecięcia paznogcia *(Fig. 4).* Nic więc dziwnego, że do tego stopnia uciska warstwy pod nią leżące, iż komórki ziarniste układają się zaledwo w jeden szereg wązkich komórek, znacznie wydłużonych w osi poziomej, o słabej ziarnistości, a warstwa kolczasta zatraca prawie zupełnie kolce, komórki jej także znacznie się wydłużają i przechodzą w dolne więcej okrągławe, choć prawie nigdy walcowate, jak w stanie prawidłowym. Przestwory między komórkami tych ostatnich szeregów są szerokie, jądra komórek nieco mniejsze, słabiej się barwiące, niektóre półksiężycowate (Colombini), a dalsze szeregi zawierają już w tym okresie dość obfity barwik. Wkraczania jednak nacieku w te dolne warstwy naskórka, jak to opisuje Neumann, nigdy nie zauważyłem. Całość zatem robi wrażenie silnie zgrubiałej warstwy zrogowaciałego naskórka *(hyperkeratosis),* jakby za dużej w stosunku do reszty skóry, chociaż silnie z resztą naskórka złączonej, sprawiającej przytem tak silny ucisk na warstwy dolne, że nie pozwala na ich rozwój prawidłowy i zmienia ich postać.

W dolnych szeregach komórek naskórka widać nawet w tym okresie dość obfity barwik, który w niewielkiej ilości znaleźć można i w warstwie skóry właściwej, leżącej pod naskórkiem.

Powracam jeszcze do obrazu naczyń, około których, jak stwierdzają wszyscy autorowie, grupują się głównie nacieki. Jedne jednak o ścianach zgrubiałych zachowują się prawidłowo, co widać szczególnie w górnych warstwach skóry, gdzie wszystkie naczynia zdają się być rozszerzone. Heller i Huber mówią o większej ilości naczyń w tej części skóry, czego w naszym przypadku wykazać nie mogłem; inni autorowie zaś mówią tylko o rozszerzeniu naczyń, szczególnie w górnych warstwach. Inne naczynia średniej warstwy otoczone są bezpośrednio na swej warstwie wewnętrznej *(intima)* naciekiem, przez co światła ich są uciśnięte, a obrzękłe śródbłonki sterczą wyraźnie do światła naczynia. Prócz tych jednak widzieć można naczynia, w których światło wrasta otaczający je naciek tak, że albo część światła zajętą jest nowowytworzoną tkanką, lub też światło w całości jest zarośnięte. Na niektórych miejscach, szczególnie warstw głębszych, spostrzegać się dają gromady komórek dośrodkowo ułożonych, jako miejsce zarośniętego tkanką łączną naczynia *(Fig. 5)*; na ten ostatni szczegół zarastania

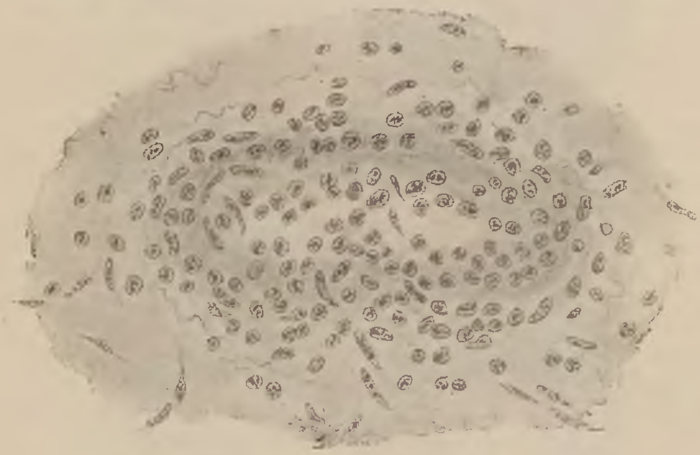


Fig. 5.

zupełnego świateł naczyniowych zwracają uwagę z autorów tylko Unna i Heuss. Pierwszy wskazuje na te zmiany szczególnie w żyłach, mniej w tętnicach; drugi mówi o rozroście śródbłonków i zwężeniu przez to światła naczyniowego. Na zmiany te w tym pierwszym okresie choroby zwracam szczególną uwagę, bo one zdają się tłómaczyć cały późniejszy rozwój sprawy chorobowej i jej następstwa.

Gruczoły skóry są w tym okresie mało zmienione, chociaż przedstawiają pewne nieprawidłowości. Kłębki gruczołów potowych bywają otoczone naciekiem, przez co są nieregularniej ułożone, niż w stanie prawidłowym; przewód już w tym okresie rzadko przebiega prostopadle, a więcej ukośnie. Śródbłonek ich jest wskutek ucisku wątły, a światło zazwyczaj węższe; nigdy jednak nie spostrzegałem przewodu gruczołowego w naskórku zrogowaciałym.

Torebki włosowe i gruczoły łojowe nie przedstawiają nawet takich zmian, prócz nacieków, które je otaczają. Z licznych autorów jeden tylko Heuss nie wspomina o jakichś zmianach gruczołów i torebek włosowych; inni opisują różne, odnoszące się do okresu zanikowego, dlatego przy opisie tego ostatniego o nich mówić będę.

Mięśnie gładkie skóry zdają się być w tym okresie niezmienione; tkanka tłuszczowa zaś jest w przeważnej części zanikła.

Jak wyżej opisany okres w obrazie mikroskopowym nazwać można śmiało okresem nacieku, tak drugi — okresem początkowego zaniku i nagromadzenia barwika; już gołem okiem bowiem wykazać można ścieńczenie skóry i silne zabarwienie brunatne.

Obraz mikroskopowy tak zmienionej skóry przedstawia pod pewnym względem dość znaczne różnice w stosunku do zmian, znalezionych w okresie nacieku. Przedewszystkiem bowiem nie widać tu tak wybitnych nacieków, cechujących okres poprzedni, a spotyka się tylko nieco komórek tkanki łącznej i skąpe komórki plazmatyczne, towarzyszące ścianom naczyniowym lub przestworom między istotą klejorodną. W niektórych miejscach warstw głębszych widać jeszcze wyraźnie nacieki, złożone z komórek plazmatycznych i łącznotkankowych. Wśród tych resztek na-

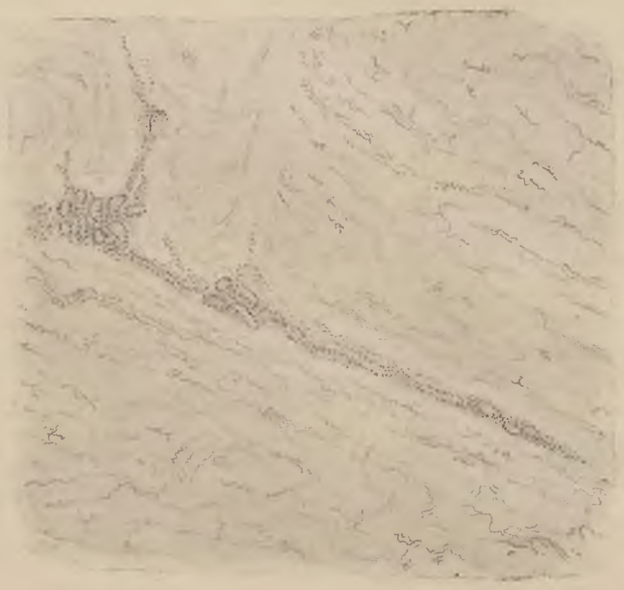


Fig. 6.

cieków, szczególnie zaś na ich obwodzie, znajdują się tu i owdzie liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen* Erlicha; *cellules granulifères* Browicza).

Istota klejorodna i włókna elastyczne dają podobny obraz, jak to powyżej nakreśliłem; ale zanik początkowy tak pojedynczych wiązek istoty klejorodnej, jak i włókien elastycznych, zdaje się być w wyższym stopniu rozwinięty.

Części dodatkowe skóry okazują dość wysoki stopień zaniku, o którym u wszystkich autorów znajdujemy wyraźne wzmianki. Prawie wszyscy stwierdzają mniejszą ilość gruczołów i torebek włosowych; Pospelow pierwszy zwraca uwagę na poziome ułożenie kłębków potowych, co potwierdza Colombini i Unna, i zupełny zanik torebek włosowych i gruczołów łojowych. Jadassohn wskazuje na zupełny zanik gruczołów i torebek, które w okresie nacieku są tylko naciekłe. Neumann nie widział gruczołów łojowych, ani przewodów gruczołów potnych, a torebki włosowe tylko rzadkie. Colombini zwraca uwagę na zanik i odbarwienie włosów w drobnych torebkach i na małe tylko gruczoły łojowe. Heller wcale włosów nie znajdował, a gruczoły i torebki zanikające. Unna zaś wskazuje, obok zaniku tych części dodatkowych skóry, na rozszerzone na pewnych miejscach światła kłębków potnych, których przewody tylko wyjątkowo widzieć się dają.

Potwierdzam prawie wszystkie, opisywane powyżej przez

różnych autorów szczegóły. Gruczoły potne leżą rzeczywiście, jeżeli nie poziomo, to przynajmniej bardzo skośnie do powierzchni skóry; światła ich przewodów są znacznie cieńsze, a nadbłonki nader wątłe, jakby pokurczone *(Fig. 6)*.

Gruczoły łojowe są również mniejsze, o komórkach zanikających, a torebki włosowe znacznie węższe, mają zazwyczaj przebieg kręty tak, że na jednym skrawku kilkakrotnie ulegają przecięciu. Mięśnie gładkie nie okazują jakichś wybitniejszych zmian, a są widoczne nawet koło torebek i gruczołów łojowych zanikających.

Naskórek nie wiele uległ zmianie; tak samo odróżnić w nim można warstwę Malpighiego, która jest ścieńczałą i zawiera płaskie, uciśnięte komórki, bez zróżniczkowanej warstwy podstawowej walcowatej. — jeden zazwyczaj szereg komórek ziarnistych i zgrubiałą. jak w okresie naciekowym, warstwę zrogowaciałą. Rysunek różni się w całości tylko tem, że podczas gdy w poprzednim okresie warstwa zrogowaciała tworzy smugę równo ułożoną na kształt paznogcia, tutaj widać ją pofałdowaną. przez co powierzchnia naśladuje rysunek brodawek, a na pewnych miejscach nawet z oddzielającemi się na powierzchni łuseczkami. Nigdzie jednak nie widziałem komórek niezupełnie zrogowaciałych, z jądrem utrzymanem, jak opisywał Heller.

Dolne warstwy naskórka, przylegające do skóry właściwej, napełnione są obfitemi ziarnami barwika, który leżąc wolno i w komórkach, znajduje się również w warstwach górnych skóry w większej ilości, niż w innych okresach tego cierpienia. (Dok. nast.)

III. **Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Lwowskiego.**

O tz. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny w ogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności.

Napisał
Prof. Dr. **Włodzimierz Sieradzki.**

(Dokończenie).

Tak więc dotychczas nie posiadamy żadnego pewnego sposobu do rozróżniania pojedynczych gatunków krwi, a względnie odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej, co stoi istotnie w rażącej sprzeczności z taką mnogością i doskonałością metod badania, jakie posiadamy dla wykazania obecności krwi wogóle, choćby w najmniejszych śladach. Zaraz też po ukazaniu się pierwszego doniesienia Uhlenbutha i prawie równoczesnej pracy Wassermanna i Schützego rozpocząłem własne badania nad wartością i znaczeniem ich metody, którąby można nazwać biologiczną, a polegającą, jak to przedstawiłem, na zastosowaniu właściwych precypityn, otrzymywanych przez szczepienie zwierząt krwią obcą. Mając głównie na celu względy praktyczne sądowo-lekarskie, nie omieszkałem jednak i w innych kierunkach rozszerzyć swych badań nad precypitynami wogóle, ile że zajęcie się temi istotami wobec hemolizyn ustąpiło ze strony bakteryologów na drugi plan. Szczegółowe zdanie sprawy z tych badań przedstawię gdzieindziej, tutaj tylko pragnę w krótkości skreślić najgłówniejsze wyniki dotychczasowe tych badań, które zresztą jeszcze wciąż są w toku.

Badania te z natury rzeczy muszą postępować powoli, gdyż i przygotowanie zwierząt wymaga dłuższego czasu, a zbieranie odpowiednich surowic również nastręcza pewne trudności. W całem postępowaniu należy zachować czystość i technikę taką, jaka wskazaną jest przy badaniach bakteryologicznych

Jako materyału do szczepień używałem surowicy, względnie odwłóknionej krwi z człowieka, wołu, konia, psa, królika, świnki morskiej i gołębia, ponadto zaś szczepiłem zwierzęta mlekiem krowiem, oraz silnym (20%) rozczynem pepsyny *(pepsinum purum germanicum „Rostock“ plane solub.)*. Materyał do szczepień, wolny od drobnoustrojów, wstrzykiwałem w ilości od 5 do 10 ctm. prawie wyłącznie do otrzewnej zwierzęcia co drugi mniejwięcej dzień, przez 4—6 razy, poczem w 4—6 dni po ostatniem wstrzyknięciu zabijałem zwierzę przez skrwawienie z tętnicy doglowowej, chwytając krew wśród ostrożności wskazanej zasadami aseptyki. Zwierzętami szczepionemi, t. j. dostawcami surowic czynnych, były świnki morskie, psy, a przeważnie króliki. Zwierzęta znosiły zupełnie dobrze całe postępowanie; kilka jednak sztuk straciłem, bądź z powodu zapalenia otrzewnej, bądź też z powodu zapalenia płuc, jakie zresztą dotknęło i króliki, nie używane do doświadczeń. W przeważnej liczbie przypadków zdołałem otrzymać charakterystyczne precypityny, nierównej jednak siły i trwałości. I tak niektóre surowice czynne dawały odczyn w surowicy odpowiedniego zwierzęcia dopiero dodane w równej ilości do badanej surowicy; jedne precypityny wytrzymywały ciepłotę 60° C. przez godzinę, inne w tych warunkach ginęły; pojedyncze surowice czynne w różnym czasie traciły swe własności. Również i czas potrzebny do wystąpienia odczynu był różny, od kilku minut do kilkunastu godzin; na okoliczność tę miała wpływ tak ilość surowicy czynnej, jak i rozcieńczenie badanej surowicy. W niektórych przypadkach wyniki były wprost ujemne. Szczegóły te jednak i tłómaczenie pewnych spostrzeżeń pozostawiam do opisu na innem miejscu.

Co do precypityny właściwej dla krwi ludzkiej, to tę otrzymywałem wyłącznie z królików. W jednym przypadku badałem dokładniej siłę tej surowicy czynnej, i przekonałem się, że dodana w stosunku 10% do surowicy ludzkiej, względnie jej rozczynu w fizyologicznym płynie, dawała odczyn jeszcze wyraźny w surowicy ludzkiej rozcieńczonej 1: 1000, aczkolwiek dopiero po ośmiu godzinach. Stosunek 10% surowicy czynnej względem surowicy ludzkiej lub jej rozczynu okazał się najodpowiedniejszym; dodanie mniejszej ilości surowicy czynnej opóźniało znacznie wystąpienie odczynu; większa ilość przyspieszała odczyn nieznacznie do pewnej granicy; jednak dla oszczędności surowicy czynnej trzymałem się stale w badaniach powyższego stosunku. Swoistość tej surowicy czynnej względem surowicy ludzkiej stwierdziłem próbami ze wszystkiemi dostępnemi mi surowicami zwierzęcemi: w szczególności jednak zaznaczam, że surowicy małpy nie posiadałem do doświadczeń. Z drugiej strony również żadna inna surowica, a temsamem i surowica królika prawidłowego, nie dawała żadnego strątu, dodana do surowicy ludzkiej. Tak więc wyniki badań nad działaniem odpowiedniej surowicy czynnej na surowicę ludzką mogę uważać za zupełnie zadawalniające. Rozczyny lakowate krwi świeżej dawały mi również charakterystyczny odczyn z surowicą czynną, aczkolwiek oddziaływanie nie było tak czułe; przy tego rodzaju próbach należy zawsze do badanego rozczynu wodnego

krwi dodać równą ilość podwójnego płynu fizyologicznego, gdyż, jak słusznie ostrzega Uhlenhuth, każda surowica rozcieńczona znaczniejszą ilością wody daje zmętnienie (od globuliny); stąd też bez zachowania tej ostrożności wnioski mogłyby być fałszywe. Z krwią gnijącą od trzech tygodni próba dała również wynik dodatni. Nieco gorzej wypadły mi badania nad rozpoznawaniem pochodzenia plam krwawych, przechowanych na płótnie różny przeciąg czasu i w różnych warunkach zewnętrznych. Pomijam to, że odczynu nie otrzymałem wcale z wyciągu z plam krwawych na płótnie, zanurzonem przez chwilę w gotującej się wodzie, lub poddanem w inny sposób działaniu wyższej ciepłoty, gdyż sama istota tego odczynu (strąt białka znachodzącego się w rozczynie) nie pozwalała z góry spodziewać się pod tym względem wyników. Próby jednakowoż wypadły również ujemnie z plamami bardzo dawnemi, t. j. dwuletniemi na płótnie, wiszącem w pracowni w pełnem świetle i niejednokrotnie wymiętem. Również i plamy nie tak dawne, lecz z płótna, pozostającego pod wpływem zmian atmosferycznych, a więc deszczu, słońca, wyższej i niższej ciepłoty, zachowywały się taksamo. Zaznaczyć jednak muszę, że w tych przypadkach samo wykazanie barwika krwi wogóle sprawiało pewne trudności, a niekiedy zupełnie zawodziło. Wyciąg z plam świeżych, okazujący w przyrządzie widmowym wyraźne smugi oksyhemoglobiny lub methemoglobiny, dawał z reguły z surowicą czynną właściwy odczyn, przyczem zauważyć muszę, że nietyle znaczy w tym razie długość czasu przechowywania skrwawionych szmat, ile warunki, w jakich się znajdowały. Sądzę, że szmaty przechowane w korzystnych warunkach będą przez bardzo długi czas odpowiednie do tego badania. Przy badaniu plam nastręczają się pewne trudności, z których wynikają odpowiednie zastrzeżenia. Przedewszystkiem do badania plam krwawych należy posiadać surowicę czynną, bardzo mocną, której siłę można oznaczyć w sposób wyżej podany. I tak w pierwszych mych badaniach byłem wielce rozczarowany, gdy z surowicą czynną, która dawała piękny odczyn z surowicą krwi ludzkiej i z jej rozczynami w płynie fizyologicznym, nie otrzymałem odczynu z wyciągami z plam krwawych, aczkolwiek wybitnie czerwono od barwika krwi zabarwionymi. Natężenie zabarwienia czerwonego wyciągu nie jest w tym względzie bynajmniej miarodajnem, gdyż nie idzie tu o obecność w badanym płynie barwika krwi, ale części składowych surowicy, mianowicie przedewszystkiem o globulinę. Z tego też powodu nie należy, jak to poleca Uhlenhuth, używać do wyciągów wody, a potem otrzymany płyn mięszać z podwójnym płynem fizyologicznym, lecz wprost plamy krwawe zalewać fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Globulina bowiem nie rozpuszcza się w wodzie, tylko w rozcieńczonych rozczynach soli; aczkolwiek skutkiem zawartości pewnej ilości soli w samych plamach przechodzi częściowo do wody, użytej do maceracyi, to jednak o wiele znaczniejszą jej ilość otrzymamy w rozczynie, używając do wyciągów wprost płynu fizyologicznego.

Przez porównawcze badania przekonałem się, że różnica polega nietylko w nasileniu odczynu, ale i w czasie potrzebnym do jego wystąpienia; ta ostatnia bywa nieraz dość znaczna, a mianowicie otrzymywałem różnice tego rodzaju, że wyciąg w płynie fizyologicznym dawał już piękny odczyn po $^1/_2$ godzinie, podczas gdy wyciąg wodny z identycznej plamy i wśród tychsamych warunków oddziaływał dopiero po czterech godzinach i to nie tak wybitnie, jak poprzedni.

Już z tego, co wyżej powiedziałem, wynika, że nie można ograniczyć czasu odczynu do dwóch godzin, jakby to chcieli autorowie, którzy metodę tę wprowadzili do celów sądowo-lekarskich. Przy znaczniejszych rozczynach badanego płynu trzeba czekać kilka, a nawet i kilkanaście godzin na wystąpienie odczynu; zaznaczam przytem, że badany płyn powinien zostawać w cieplarce przy 37° C., gdyż na zimno, względnie w ciepłocie pokojowej, odczyn przebiega o wiele trudniej i wolniej. Ztąd jednak wynika nowa trudność, mianowicie polegająca na tem, że badany płyn musi być zupełnie jałowy, gdyż w przeciwnym razie wśród tych warunków po pewnym czasie zmętnieje z powodu rozwoju bakteryj; wprawdzie zmętnienie to przy pewnej wprawie można na pierwszy rzut oka odróżnić od charakterystycznego strątu, będącego wyrazem odczynu; ale w każdym razie okoliczność ta wymaga odpowiednich ostrożności. Że przytem tak badany płyn, jak i surowica czynna, muszą być bezwzględnie przejrzyste, nie potrzebuję dodawać. Rada Uhlenhutha, by wyciągi z plam krwawych przesączać przez sączki, używane w bakteryologii, przez co otrzymuje się płyn czysty i jałowy równocześnie, jest zupełnie słuszna, ale da się przeprowadzić tylko wtedy, gdy posiadamy większą ilość płynu do badania. Nieznaczne zmętnienie badanego płynu nie przeszkadza, jeżeli do odczynu używa się rurek wązkich o średnicy kilku milimetrów; rurek takich używam stale do badań ze względu na oszczędność surowicy czynnej i badanego płynu. Wskazanem jest zawsze robić równocześnie próby kontrolne tak, jak polecają to Wassermann i Schütze.

W jednej seryi doświadczeń otrzymałem wyniki wprost niepomyślne, a mianowicie przy badaniu wody, w której prano szmaty krwawe, niebardzo stare, ze zwykłem prostem mydłem, używanem do prania. Popłóczyny te przesączone okazywały silną barwę czerwoną, a odczyn zasadowy. Z surowicą czynną występowało wprawdzie wkrótce charakterystyczne oddziaływanie, jednakowoż otrzymałem w tych przypadkach również, choć niezawsze, strąt z surowicą prawidłowego królika, może nieco innej postaci, ale w każdym razie zdolny w błąd wprowadzić. Co więcej zaś otrzymałem podobny strąt po dodaniu i surowicy czynnej względem krwi ludzkiej i surowicy prawidłowego królika do wody, w której prano w tych samych warunkach, co powyżej, plamy krwi końskiej. Ten brak swoistości zasadniczego znaczenia okazał się tylko przy badaniu tych popłóczyn po praniu plam z mydłem; przyczyna tego zjawiska nie jest mi zupełnie jasną; być może, że gra tu rolę znachodzące się w rozczynie mydło. Jak już wspomniałem, badania moje nad tym przedmiotem są jeszcze wciąż w toku i z natury rzeczy sprawa ta wymaga jeszcze bardzo długich doświadczeń, aby można dojść do pewnych zasad i metod badania.

Inne szczegóły, jako natury więcej specyalnej, pomijam na tem miejscu. W każdym razie ta nowa metoda biologiczna rozróżniania gatunków krwi zasługuje na najwyższe zainteresowanie i można śmiało mieć nadzieję, że po dłuższych doświadczeniach stanie się dzielnym środkiem w badaniach sądowo-lekarskich i wypełni lukę, jaka dotychczas dotkliwie czuć się dawała.

Piśmiennictwo*). Landois: Die Transfusion des Blutes. Leipzig, 1875. — 2) Daremberg: Arch. de méd. expérim, 1891. — 3) Buchner: Arch. f. Hygiene XVII. 4) Carbone & Belfanti: Giornale d. R. Akad. di med. di Torino, 1898. — 5) Bordet: Ann. de l'Inst. Pasteur. 1898. — 6) Bordet: Ann. de l'Inst. Pasteur 1899, p. 226, i p. 274 i 1900 p. 257. — 7) Ehrlich & Morgenroth; Berl. kl. Wochenschr. 1899 Nr. 1 i 22, 1900 Nr. 21 i 31, 1901 Nr. 10. — 8) Nolf: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 297, 492 i 636. — 9) von Dungern: Münch. med. Wochenschr. 1899 Nr. 13 i 14. — 10) Camus & Gley: C. R. de la Soc. de Biol. 1898 p. 129, C. R. de l'Ac. des Sc. 1898 p. 330 i 428, Arch. intern. de pharmacodyn. 1898. Ann. de l'nst. Pasteur, 1899. — 11) Kossel: Berl. kl. Wochenschrift 1898. — 12) Czystowicz: Ann. de l'Inst Pasteur, 1899. — 13) Myers: Centrbl. f. Bacter. 1900. — 14) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 46. — 15. Fisch: Zeitschr. f. Hyg. XXXVI. — 16) Zuelzer: Deutsche med. Woch. 1901, Nr. 14. — 17) Landsteiner: Ctrbl. f. Bacter. 1899. — 18) v Dungern: Münch. med. Wochen. 1899 Nr. 38 i 1900 Nr 20 i 28. 19) Metschnikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1899 p. 737. — 20) Lindemann: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 49. — 21) Delezenne: Ann. de l'Ins. Pasteur, 1900 p. 686, C. R. de l'Ac. des Sc. $^{11}/_{8}$ 1900. — 22) Metschnikow: Ann de l'Inst. Pasteur. 1900 p. 1. — 23) Moxter: Deutsche med Woch. 1900 Nr. 4 — 24) Metschnikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 577. — 25) Metschnikow: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 369. — 26) Cantacuzène: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p 378. — 27) Besredka: Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 p. 390. — 28) Metschnikow & Besredka: Ann. de l'Inst. Pasteur, 1900 p. 402. — 29) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 6. — 30) Wassermann & Schütze. Berl. kl. Woch. 1901 Nr. 7. — 31) Uhlenhuth: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 17. — 32) Mertens: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 11. — 33) Stern: Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 9. — 34) Dieudonné: Münch. med. Woch. 1901 Nr. 14. — 35) Däubler: Vierteljahresschrift f. ger. Med. 1899 XVIII. — 36) Corin: Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège 1894.

IV. Wyciągi.

Prof. Kruse. **Dalsze badania nad dysenteryą i jej prątkiem.** *(Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 23, 24). I. Etyologia czerwonki. Badania, prowadzone w dalszym ciągu przez K. z pomocą subwencyi rządowej, zupełnie potwierdziły pierwsze wyniki, otrzymane w Laar. Wykazany tam, jako przyczyna czerwonki, swoisty prątek Krusego, znalazł się również w nagminnej czerwonce w Barmen, oraz w czerwonce, panującej w zakładzie obłąkanych Grafenberg pod Düsseldorfem. Swoistość tego prątka stwierdził K. w Grafenbergu także zapomocą aglutynacyi, która w 7 na 8 badanych w tym kierunku przypadków występowała jeszcze w stosunku 1: 50—200. (W ósmym przypadku, w którym wynik był ujemny, trwała choroba dopiero trzy dni, co dostatecznie tłómaczy, dlaczego próba się nie powiodła). Próbie surowiczej przypisuje K. znaczenie praktyczne; ma ona bowiem w czerwonce tę wyższość nad próbą surowiczą w durze, iż jest bez porównania stalszą i daje wynik dodatni przez długi czas po wyzdrowieniu, — nawet w lekkich przypadkach przez 1—2 miesięcy.

K. rozporządza spostrzeżeniem, równoznacznem prawie z doświadczeniem na człowieku, a dowodzącem, iż prątek, wykryty przez K., jest rzeczywiście swoistą przyczyną czerwonki. Mianowicie Dr. Stöcker, asystent K., zachorował na typową czerwonkę; surowica jego aglutynowała prątki Krusego w stosunku 1: 100: źródłem zakażenia, jak stanowczo twierdzić można, były czyste hodowle prątka K., z którymi Dr. S. robił doświadczenia w pracowni zakładu higienicznego w Bonn: w mieście tem ani przedtem, ani potem, nie zdarzył się żaden przypadek czerwonki, skąd mógłby się Dr. S. zakazić. Spostrzeżenie to należy więc uważać za niewątpliwy dowód swoistości prątka Krusego.

Wyniki badań Krusego znajdują już potwierdzenie w spostrzeżeniach innych badaczy. I tak Spronck w Utrechcie wyhodował w czasie dwóch epidemii czerwonki w Holandyi prątki, zupełnie podobne do prątków Krusego; przesłane hodowle przekonały Krusego, że rzeczywiście jestto tensam gatunek prątka. Flexner zaś otrzymał w epidemii na Filipinach prątki, nieznacznie tylko różniące się od prątka Krusego i prawdopodobnie identyczne z prątkiem, wykrytym w czerwonce japońskiej przez Shigę. Prątki Flexnera ulegają także aglutynacyi pod wpływem surowicy chorych na czerwonkę, ale w pewien odmienny sposób (zlepianie się w nitki). K. uważa prątki, odkryte przez siebie i wyhodowane przez Sproncka, a prątki Flexnera-Shigi za odmiany jednego i tegosamego gatunku, przeczy natomiast, aby do tegoż gatunku należał t. zw. „bacillus colidysentericus“ Celliego, mogący zresztą być przyczyną odmiennego rodzaju czerwonki, zdarzającej się we Włoszech u dzieci.

II. Zwalczanie czerwonki stanowi przedmiot drugiej części pracy Krusego. Zwalczać czerwonkę można albo pośrednio przez zarządzenia sanitarne albo bezpośrednio zapomocą szczepień ochronnych i surowic leczniczych, których wytworzenie obecnie, po odkryciu swoistego prątka, przestało być niedostępnem. Coprawda, dotychczasowe usiłowania Krusego nie wydały w tym względzie zbyt świetnych wyników. Wprawdzie zapomocą wstrzykiwań hodowli prątka, żywych lub zabitych, można łatwo wywołać u zwierząt powstawanie substancyj ochronnych, jednak surowica tych owiec i królików, użytych dotąd do doświadczeń, jest zbyt słabą, aby można ją w praktyce z nadzieją powodzenia stosować. K. podjął więc na sobie samym i swym asystencie Dr. Weissenfeldzie próby szczepień ochronnych zapomocą zabitych hodowli. Już 1 cm^3 hodowli wytworzył w surowicy u obu badaczy znaczne własności aglutynacyjne; ale czy w parze z temi własnościami idą w równym stopniu własności chroniące przed zakażeniem, nie jest rzeczą pewną; nadto odczyn miejscowy i ogólny (gorączka, osłabienie i t. d.) był już po tej dawce zbyt silny, aby sposób ten zastosować można na szersze rozmiary. Na razie więc pozostać trzeba przy dawnych, pośrednich sposobach zwalczania czerwonki drogą zarządzeń sanitarnych. Odkrycie swoistego prątka i zbadanie jego własności biologicznych i tu jednak przyniosło korzyści. Ważnem jest przedewszystkiem stwierdzenie, że prątki znajdują się w ogromnej ilości w wypróżnieniach chorych, że do innych wydzielin nie przechodzą, i że poza ustrojem długo swą żywotność mogą zachować. Wprawdzie w stolcach płynnych przy wyższej ciepłocie prątki Krusego szybko giną — przygłuszone przez inne bakterye, tem dłużej jednak utrzymują się w środowisku na pół suchem i w ciepłocie niskiej. Jest nawet wielce prawdopodobne, że prątki czerwonki potrafią przetrwać zimowe mrozy. Stąd wynika wskazówka, że w ciągu zimowej przerwy w epidemii należy nietylko starannie czuwać nad przewlekającymi się, odosobnionymi przypadkami, ale także wyzyskać ten czas na staranne odkażenie zakażonych mieszkań, wychodków, ścieków i t. d. Jako ważny czynnik w zwalczaniu i zapobieganiu uważa K. dobrze urządzoną kanalizacyę, kładąc nacisk na kanały domowe i uliczne: mniejsze już znaczenie mają kanały główne, zbierające nieczystości z kanałów ulicznych.

III. W końcu pracy zajmuje się wreszcie Kruse rzekomą czerwonką, zdarzającą się, jako endemia, w zakładach obłąkanych. W zakładach tych bowiem spotyka się oprócz epidemij czerwonki, zawleczonych z zewnątrz, gromadne niekiedy schorzenia, zwłaszcza u zniedołężniałych, anatomicznie od czerwonki się nie różniące, a tylko wśród lżejszych przebiegające objawów. Etyologia tych endemij jest niejednakową; w każdym razie nie mają one nic wspólnego z prawdziwą nagminną czerwonką, choć prawdopodobnie przyczyną ich są rozmaite odmiany prątków, pokrewnych prątkowi prawdziwej czerwonki. *C.*

Neuburger (Frankfurt n. M.). **Związek między stwardnieniem tętnic wieńcowych a schorzeniem mięśnia sercowego.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 24, 1901). Prawdziwa dusznica nie jest, zdaniem autora, nerwowem zaburzeniem czynnościowem, lecz wynikiem cierpienia ustrojowego, — okoliczność, którą też liczne badania pośmiertne stwierdziły, wykazując w dotyczących przypadkach chorobowych zwapnienie tętnic wieńcowych. Neuburger spostrzegał 143 przypadków dusznicy bolesnej; w 38 udało się przeprowadzić sekcyę, która w zupełności potwierdziła rozpoznanie, uczynione za życia, wobec czego przyjmuje, że i w niesekcyonowanych przypadkach rozpoznanie było prawdziwe. Na zasadzie tych spostrzeżeń można powiedzieć, że 1) stwardnienie tętnic wieńcowych i na tem tle powstające schorzenia mięśnia sercowego rozwijają się w pewnym porządku chronologicznym i znamionują się ściśle określonym obrazem klinicznym, i 2) że zbiór objawów, objętych powszechnie mianem dusznicy bolesnej, jest tylko częścią całego obrazu klinicznego. Przebieg cierpienia, nagabującego bardziej mężczyzn, aniżeli kobiety, a prowadzącego po kilku miesiącach lub latach do śmierci, dzieli autor ze względów praktycznych na trzy okresy rozwojowe: *a)* zaburzeń czuciowych, *b)* ruchowych, *c)* odżywczych. W pierwszym okresie skarży się chory na bolesność w okolicy mostka, serca lub żołądka, rozpromieniającą się nierzadko na lewy bark, albo nawet na całą lewą kończynę górną, — w drugim sprawność mięśnia sercowego staje się mniejszą, oddech jest krótszy, tętno często niemiarowe, mimo że przysłuchem nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. Stan taki trwa niedługo, przechodząc nagle (czasami wśród nocy) w okres trzeci zaburzeń odżywczych. Podczas

*) Powyższy spis obejmuje tylko prace, przytoczone w tekscie i nie jest bynajmniej zupełnym obrazem piśmiennictwa omówionego tematu. We wszystkich prawie czasopismach lekarskich z dwóch lat ostatnich i z roku bieżącego znaleźć można jeszcze mniej lub więcej ważne przyczynki do nauki o cytotoksynach.

dotkliwych bólów w lewej kończynie górnej występuje napad, podobny do dychawicy: oddech staje się krótki, powierzchowny i przyspieszony z licznemi rzężeniami rozlanemi, plwocina krwawo-spieniona, tętno nieregularne, ciepłota nie podwyższona. Rozpoznanie nie natrafia na trudności przy uprzytomnieniu sobie całego obrazu chorobowego, — leczenie jest takiesamo, jak wogóle przy cierpieniach sercowych. Wskazany jest spokój umysłowy i fizyczny, wdychiwania azotynu amylowego lub podskórne wstrzykiwania morfiny i kofeiny (0·2, 3 razy dziennie); mniej dobre skutki sprowadza nitrogliceryna i jodek potasu. Napady dychawicy, spowodowane zastojem w płucach, dobrze się zwalcza naparstnicą w proszku, lub zapomocą *strophantus*. *Dr. Henryk Pisek.*

Ziemke. **W sprawie odróżnienia krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą swoistej surowicy.** *(Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 26). Sposób rozpoznawania krwi ludzkiej, podany przez Wassermanna i Schützego, a niezależnie od nich przez Uhlenhutha (por. streszczenia w „Przeglądzie" r. b. Nr. 10, 19 i t. d., oraz drukującą się właśnie pracę Sieradzkiego), zyska ogromne znaczenie w praktyce sądowo-lekarskiej, jeśli się okaże niezależnym od rozmaitych wpływów ubocznych i skutecznym w różnych okolicznościach, w których dotychczasowe, wogóle zresztą niedostateczne sposoby zawodziły. Aby stwierdzić, o ile można polegać na nowym sposobie, podjął Z. doświadczenia, w których starał się naśladować warunki, w jakich badanie sądowo-lekarskie krwi odbywa się w rzeczywistości. A więc przedewszystkiem badał krew rozmaitych zwierząt domowych (11 gatunków), świeżą i zaschłą (n. p. krew wołu, zaschłą od r. 1863), dalej plamy krwi ludzkiej w tkaninach, przechowywane od lat 2 do 19, i plamy krwi zwierzęcej na tychsamych tkaninach, dalej ziemię zakrwawioną (z r. 1898 i 1900), krew tlenkowęglową, plamy krwawe na narzędziach (z r. 1896) zardzewiałych i nie zardzewiałych, plamy krwi w tkaninach, już wymywane poprzednio, plamy na tynku wapiennym, na drzewie, na szkle, na papierze (z przed lat 10), krew ze zwłok trzy dni po śmierci, wreszcie krew gnijącą. We wszystkich tych doświadczeniach powstawało pod wpływem swoistej surowicy zmącenie tylko w rozczynach krwi ludzkiej, bez względu na materyał, na którym znajdowały się plamy i t. p. Ujemny wynik zdarzał się jednak niekiedy przy użyciu surowicy zbyt słabej tam, gdzie surowica silniejsza dawała wyraźnie dodatnie wyniki. *Z.*

Prof. Benedikt. **O nerwowych cierpieniach, powstałych na tle urazu.** *(Wiener med. Presse* Nr. 21, 1901). Z szczególnym naciskiem omawia autor nerwice urazowe, powstałe skutkiem wypadków kolejowych. W tego rodzaju cierpieniach mają wybitne znaczenie następujące objawy: 1) zawrót statyczny (szczególniej podczas stania z zamkniętemi oczyma), pojawiający się dopiero w kilka tygodni po wypadku, a rozwijający się zwolna; 2) niedomoga w kończynach, która cechuje się niezdolnością do przezwyciężania oporów podczas zamierzonych ruchów, wobec prawidłowo utrzymanej kurczliwości mięśni, — objaw często mięszany z niedowładem. Tutaj napomknąć trzeba, że niemoc (wyłączając udawanie) można tem łacniej stwierdzić, jeśli opór, stawiany zaleconym ruchom, nagle się usunie: wówczas dotycząca kończyna wykona ruch w tymsamym kierunku, czego niema przy udawaniu; 3) dalszym, godnym uwagi, objawem nerwicy urazowej jest ograniczenie pola widzenia dla barw, rzadko dla białej; — wprawnego okulistę prawie że się nie uda w błąd wprowadzić pod tym względem: 4) objawy mózgowe w ściślejszem znaczeniu: uczucie trwogi, zły sen, niepokój, wzburzenie umysłu naprzemian z przygnębieniem, osłabienie pamięci i t. d. — wszystkie te objawy łączą się często z silnym bólem głowy i można je wyczytać z wyrazu twarzy i zachowania się chorego; 5) bóle różnego rodzaju, których lekarz niezawsze uwzględnia, tembardziej, że nie dają się przedmiotowo stwierdzić; szczególniej tyczy się to bólów głowy, przy których wielkie ma znaczenie tkliwość, okazująca się przy opukiwaniu czaszki, a zwłaszcza niektórych jej miejsc, — nadto zmiany w tętnie, oddziaływanie źrenic, trawienie, mogą wielce sprawę wyjaśnić; 6) wreszcie napotkać można rozmaite postacie porażeń i znieczuleń, które mogą ustąpić po krótszem lub dłuższem trwaniu. W skład przetworów leczniczych takich nerwic mają wchodzić: wpływy psychiczne, przetwory jodu, bromu i prąd elektryczny. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Reiss W. **Liczne samoistne bliznowce (keloid).** (*Arch. f. Derm. und Syph.* 1901, LVI. 3). Autor spostrzegał tę rzadką chorobę u dziewczynki 12-letniej, w postaci drobnych guzków, dochodzących do wielkości grochu, elastycznych, o barwie różowej. Guzki te zajmują przednią powierzchnię tułowia, nieco mniej grzbiet i kończyny górne, a w znacznie mniejszej liczbie oba uda. Liczba guzków, ułożonych przeważnie pojedynczo, tu i owdzie tylko w skupieniach, wynosi przeszło 200. Granice guzków są najczęściej ostre, niektóre tylko mają wypustki promieniste, wystające również nad powierzchnię skóry, jak same guzki. Powierzchnia guzków jest gładka, nie łuszczy się; zbitość ich jednak nie we wszystkich jest jednakowa, jedne okazują się miękie, mięsiste, inne więcej twarde, elastyczne. Autor uzasadnia dokładnie swoje rozpoznanie, które, w każdym takim przypadku przedstawia pewne trudności. — Badanie histologiczne wykazuje, że masy samego bliznowca leżą w skórze właściwej, oddzielone pasmem granicznem od warstwy brodawkowej skóry, która wraz z warstwami naskórka pozostaje prawidłową. Sam guz składa się z włókien istoty klejorodnej, przebiegających w różnych kierunkach; w środkowych częściach przestwory między wiązkami są szersze, niż w częściach obwodowych, gdzie włókna leżą gęsto ułożone obok siebie, przez co granica guza jest bardzo wybitna. Środek guza cechuje się również brakiem włókien elastycznych, które bliżej obwodu przedstawiają się poprzerywane i dopiero na granicy przechodzą powoli we włókna prawidłowe. Jakichś zmian chemicznych tych włókien autor nie wykazuje. Naczynia są prawie zupełnie prawidłowe, a tylko spostrzedz się daje nieco więcej komórek w ich błonie zewnętrznej. W guzkach nie spotykał R. nigdzie włosów, a gruczoły skórne są przesunięte przez ucisk tkanki włóknistej w różnych kierunkach. Nacieków nigdzie niema, podobnie ciałek wysiękowych i komórek ziarenkowatych *(Mastzellen)*. W końcu polemizując z różnymi autorami co do patogenezy tego cierpienia, oddziela autor ściśle bliznowce prawdziwe od rzekomych, czyli blizn przerosłych. *Krzysztalowicz.*

Prof. Baumgarten. **O gruźlicy doświadczalnej narządu moczowo-płciowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Zdania są podzielone. Jedni sądzą, że gruźlica w układzie moczowo-płciowym szerzy się drogą wstępującą, drudzy — że zstępującą. B. starał się doświadczeniami swemi rozgmatwać rzecz wątpliwą. Użył królików i zakażał je prątkami z perlicy u bydląt, gdyż na te prątki króliki są szczególnie wrażliwe. W I seryi doświadczeń wstrzykiwał hodowlę takich prątków do cewki zwierząt. Łatwo sprowadzał gruźlicę cewki, gruczołu krokowego i dna pęcherza, lecz z tych miejsc gruźlica nie szerzyła się ani ku górze, ani ku dołowi. W II seryi doświadczeń zakażał wprost przyjądrze (głowę lub ogon) i gruźlica szerzyła się ku górze przez sznurek nasienny do gruczołu krokowego, nigdy jednak nie przeszła na drugie jądro. Więc wnioskuje B., że gruźlica w narządzie moczowo-płciowym szerzy się w kierunku prądu wydzieliny i to najprawdopodobniej z tej przyczyny, że prątki gruźlicze, pozbawione własnych ruchów, poddają się biernie prądowi płynu i nie posiadając zdolności rozmnażania się w wydzielinach, muszą utkwić w ścianach przewodów, aby módz rozpocząć sprawę zniszczenia. *Herman.*

Nové-Josserand (Lyon). **Leczenie zwichnięć wrodzonych stawu biodrowego metodą Lorenza.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Juin 1901). Mając sposobność leczenia 115 przypadków tego cierpienia, wyraża autor zdanie, że operując przed piątym rokiem życia, prawie w połowie przypadków następuje wyleczenie radykalne, tak ze względu na stosunki anatomiczne, jak i czynnościowe. Jeżeli się zaś bierze tylko pod uwagę stosunki czynnościowe, to w 80% przypadków wynik jest zadowalniający, a prawie zawsze widoczne jest polepszenie. Takich wyników żadna z dotychczasowych metod leczenia zwichnięć wrodzonych nie daje. Wynik leczenia zależy w wysokim stopniu od wieku dziecka; jeżeli ono jest młodsze, zabieg jest łatwiejszy i skutek lepszy tak, iż autor nie widzi przeszkody w wykonaniu zabiegu u dzieci w 16-tym lub 17-tym miesiącu życia, jeżeli jest pewność, że dziecko nie zanieczyści opatrunku kałem lub moczem. Po 5-tym roku życia wynik leczenia jest mniej korzystny, gdyż wyprostowanie kończyny jest rzadsze, a stan czynnościowy kończyny nie wraca zupełnie. Autor zaleca atoli ten sposób leczenia aż do 10-tego roku życia ze względu na poprawę, dającą się w każdym przypadku osiągnąć. *Jan Landau.*

Morquio (Montevideo). **Ropień wątroby u dziecka.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Juin 1901). Przypadek rzadki, dotyczy 11-letniego chłopca, który, wskoczywszy do wody z wysokości 3—4 metrów, uderzył brzuchem o wodę, poczem uczuł silny ból w podżebrzu prawem tak, iż o własnych siłach kąpieli opuścić nie mógł. W następstwie spostrzeżono ciepłotę podwyższoną, szczególnie wieczorem, brak łaknienia, bezsenność, niepokój, bóle, szczególnie przy poruszaniu się, oddechaniu i dotyku. Okolica wątroby wypukłona, wątroba powiększona na szerokość trzech palców. Śledziona powiększona, macalna. Żółtaczki brak. Tętno wolne, nieregularne. Rozpoznanie: zapalenie ropne wątroby w następstwie urazu brzucha. Przy operacyi wydobyto około 100 grm. gęstej, zielonkawej ropy, zawierającej łańcuszkowce. Po miesiącu dziecko wyleczone opuściło szpital. *Jan Landau.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Reichelt. **Wyniki leczenia alboferyną.** (Z oddziału polikliniki prof. Frühwalda). (*Wiener klin. Rundschau* 23, 24, 1901). Autor stosował alboferynę w 45 przypadkach (w błednicy, gruźlicy, zapaleniu opłucnej, w okresie ozdrowienia, kile, krzywicy, zołzach, neurastenii i t. d.) i uzyskał dobre wyniki.

Alboferyna wpływa korzystnie na wytwarzanie się hemoglobiny, — czego dowodem nietylko ogólna poprawa ustroju, lecz i wynik badania krwi według Flaischla, uskuteczniany na początku i końcu leczenia. Przetwór ten wpływał korzystnie na wzmocnienie układu nerwowego — wskutek zawartości fosforu — po zastosowaniu go ustępowały objawy nerwowe, jak np. lęk nocny, zrywania się itp.

Alboferynę podaje się w kołaczykach czekoladowych, — lub (zwłaszcza młodszym dzieciom) w proszku, dodawanym do mleka, kakao. Dawka dla dzieci 1—3 gr., dla dorosłych 3—5 gr. dzien. *Gr.*

Marx (Berlin). **Bromokoll, nowy przetwór bromowy,** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 1901) przedstawia się jako proszek jasno-brunatny z odcieniem żółtawym, bez smaku i zapachu, mało rozpuszczalny w wodzie i rozcieńczonych kwasach, łatwo natomiast się rozpuszcza w alkalicznych płynach. — zawiera 20% bromu. Autor stosował ten środek w 13-tu przypadkach rozmaitej postaci padaczki przez przeciąg 2—5 miesięcy, podając 3—4 grm. dziennie i zwiększając stopniowo dawkę do 8 grm. Wyniki były prawie takiesame, jak po zwykłych przetworach bromu; jedynie chyba to zaznaczyć należy, że po bromokollu nie pojawiały się szkodliwe następstwa uboczne, jak zaburzenia żołądkowo-jelitowe lub trądzik. *Dr. Pisek.*

Dr. M. Falla: **Leczenie jaglicy ichtarganem.** (*Arch. f. Augenhlk. T. XLIII. 7. 2.*) Ichtargan (*Argentum thyohydrocarboro-sulfonicum solubile*) jest to połączenie organiczne srebra z ichtyolem, zawierające 30% srebra. Przedstawia się jako proszek brunatny, rozpuszczający się łatwo we wodzie. Roztwór na słońcu nieco się rozkłada, diatego winien być w ciemnych naczyniach przechowywany. Ichtargan wchodzi głębiej w tkanki, aniżeli azotan srebrowy. Dr. Aufrecht podaje, że kawałki wątroby królika, trzymane przez 16 godzin w $^1/_2$% roztworze ichtarganu, są zupełnie przesiąknięte, zaś trzymane równie długo w $^1/_2$% azotanie srebrowym tylko powierzchownie przesiąknięte. Również działanie przeciwzakaźne ichtarganu jest większe, aniżeli azotanu srebrowego; dawka trująca ichtarganu wynosi 0.1—0.15 na kilo wagi ciała; zaś azotan srebrowy już w dawce 0.015, licząc na tę samą wagę, działa trująco. Autor od pół roku stosuje ichtargan w różnych postaciach jaglicy, używając roztworu $^1/_2$—3% i jest z wyników zadowolony, owszem stawia go nawet wyżej, aniżeli azotan srebrowy. Szczególniej postacie z zajęciem rogówki przez łuszczkę nadają się do tego leczenia. W wielu przypadkach ustępowała łuszczka, sięgająca do połowy rogówki już po 3—4 dniach tak, że autor uważa ichtargan, jako środek swoisty przeciwko łuszczce. Świeże przypadki jaglicy można wyleczyć w 6—8 tygodniach. Co do zachowania się chorych, to jest ono różnem: jednym sprawia tylko lekkie pieczenie, u drugich pieczenie trwa 1—2 godzin. Dzieci znoszą lepiej. *A. Bednarski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

17. Posiedzenie naukowe z dnia 21 czerwca 1901 r.

Przewodniczy kol. Beck, obecnych członków 68.

I) Kol. Beck dziękuje nieobecnym kolegom Pawlikowskiemu i Krobickiemu, jako też radcy magistratu Goreckiemu, za objaśnienia, udzielone członkom Towarzystwa przy zwiedzaniu miejskiej rzeźni.

II. Kol. Mars demonstruje *A)* Kobietę ciężarną, u której pomimo 6 miesięcznej ciąży dokonał wycięcia nerki. Rozpoznanie przed operacyą wahało się między bąblowcem, torbielem jajnika, a wodonerczem. Wydobyty guz, wielkości głowy mężczyzny, okazał się znacznie zmienioną nerką *(hydronephrosis)*, co też stwierdzono drobnowidowo.

B) Kobietę, u której dokonał doszczętnego wycięcia z powodu ciąży i porodu pękniętej macicy. Przypadek interesujący z powodu tego, że już przy operacyi *(laparotomia)* stwierdzono znacznego stopnia zajęcie zapalne otrzewnej; łożysko odklejone leżało na wątrobie.

C) Kobietę, u której w czasie operacyi z powodu daleko posuniętej ciąży zamacicznej przecięto przy wejściu do miednicy małej moczowód. Moczowód był zwężony i obrośnięty tkanką, otaczającą guz; koniec górny rozszerzony, dolny zwężony. Obydwa te końce po odpowiedniem ich przykrojeniu kol. M. zeszył ze sobą; — początkowo stosunki rany prawidłowe. Po paru dniach jednak mocz zaczął się sączyć przez ranę ściany brzusznej.

Kol. M. próbował przez okłócie zamknąć moczowód i w ten sposób chciał nerkę przyprowadzić do zaniku; skoro zabieg ten jednak się nie powiódł, stosował przyżeganie azotanem srebrowym przetoki, czem ją ostatecznie przyprowadził do zamknięcia. Obecnie chora ma się dobrze, — moczu oddaje ilość prawidłową, — a mocz (co stwierdzono cystoskopem) sączy się z ujść obu moczowodów.

Kol. Mars demonstruje też preparaty anatomiczne do wszystkich wyżej przytoczonych przypadków.

III Kol. Łukasiewicz przedstawia 5 operowanych przez siebie przypadków tocznia *(lupus vulgaris)*. Na podstawie licznych spostrzeżeń doszedł kol. Ł. do wniosku, że najlepszą ze wszystkich metod leczenia, — zwłaszcza w przypadkach rozległych, — jest metoda operacyjna polegająca na wyskrobaniu ostrą łyżeczką tkanki chorobowej z następowem wypaleniem Paquelinem. Kol. Ł. opatruje ranę bezpośrednio po operacyi suchą gazą wyjałowioną, poczem, — po oddzieleniu się strupa, — roztworem 2‰ ługu potasowego. Po zagojeniu rany poleca się choremu przykładać na bliznę przez czas dłuższy opatrunek uciskowy z 10% plastra salicylowego. Blizny, otrzymywane przy takim zabiegu, są, — jak to widać z przedstawionych przypadków, — ładne, a nawroty nie częste.

Metoda ta jest niewątpliwie jedną z najbardziej doszczętnych. Ustępuje ona pod tym względem tylko wycięciu tkanki chorobowej z następowem przeszczepieniem skóry. Ale w przypadkach, z jakimi się w praktyce szpitalnej niestety najczęściej ma do czynienia, w przypadkach zaniedbanych, zajmujących dużo przestrzeni skóry, stosowanie tej metody napotyka już ze względów kosmetycznych na poważne trudności. Używaną przez wielu kolegów metodę Hollendera potępia kol. Ł. stanowczo. Przy łyżeczkowaniu z łatwością zoryentować się można, jak głęboko sięga proces chorobowy; — przy metodzie Hollendera natomiast działa się poniekąd na ślepo. Blizny w tym ostatnim przypadku są nieładne, a nawroty dość częste.

Dalej kol. Ł. przedstawia przypadek tocznia, zajmujący jedynie błony śluzowe jamy ust i nagłośni i przypadek twardzieli nosa, zajmującej jedynie podniebienie miękie; nos i krtań są zupełnie wolne.

W dyskusyi nad przypadkami kol. Ł. zabierają głos: kol. Wehr, który jest przeciwnym wogóle stosowaniu metody Hollendera i kol. Barącz, który uważa wycięcie tocznia w utkaniu zdrowem i następowe przeszczenienie skóry sposobem Thierscha lub Krausego, jako najlepsze. W przypadkach zajęcia znacznej powierzchni metoda ta, jako nieodpowiedna, musi ustąpić przed sposobem opisanym przez kol. Ł., przeszczepienie zaś skóry sposobem Masa nie daje dobrych wyników kosmetycznych.

IV. Kol. Kučera *(streszczenie własne)*. Kończąc zbiorowe sprawozdanie o przyczynach raka, omawia kol. Kučera w zestawieniu historycznem rozmaite pasorzyty rakowe. Zaczyna od tych autorów, którzy szukali pasorzyta raka pomiędzy drobnoustrojami z rzędu bakteryj uważając rozmaite drobnoustroje, przypadkowo się w nowotworach znajdujące, za właściwe zarazki rakowe; następnie wspomina o okresie pasorzytów z rodziny kokcydyów i »rhizopodów« i o krytyce tych prac przez przeciwników teoryi pasorzytniczej, wreszcie zaś zwraca się do okresu drożdży (blastomycetów), wyznawanej przez szkołę Sanfelicego we Włoszech.

Ostatecznym wynikiem dzisiejszego zestawienia prac o przyczynach raka jest przekonanie, iż wprawdzie znacznie zbliżyliśmy się do zrozumienia praw biologii raka, jednakże tego, zkąd wychodzi ów pierwszy pochop do bujania przybłonka, tego żadna z dzisiejszych teoryj wykazać nie może. Specyalnie co do teoryi pasorzytniczej, to za nią przemawiają tylko osobiste przekonania pojedynczych autorów.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz doroczny.

VII.

† Jan Buszek

Dr. medycyny, długoletni lekarz naczelny miasta Krakowa, zakończył życie dnia 11 b. m. po kilkomiesięcznej chorobie.

Ś. p. Jan Buszek przyszedł na świat w 1845 r. w Muszynie; szkoły średnie odbył w Nowym Sączu i Krakowie, a nauki lekarskie ukończył w Uniw. Jagiel., gdzie w roku 1870 otrzymał stopień doktora medycyny, w 1871 — doktora chirurgii, a w 1874 — magistra położnictwa. Jeszcze w okresie lat studenckich (1866 i 1867) poświęcał się z zamiłowaniem chemii lekarskiej i w czasie tym ogłosił w Rocznikach Towarzystwa naukowego krakowskiego „Poszukiwania, dotyczące cukru gronowego w moczu po silnem chloroformowaniu“. Następnie w latach 1869 i 1870 był asystentem prywatnym ówczesnego docenta okulistyki L. Rydla. W r. 1871 pełnił obowiązki lekarza pomocniczego w oddziale chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza; tegoż roku mianowany został lekarzem miejskim w Krakowie, a w r. 1873 — lekarzem sądowym; w roku 1880 otrzymał posadę fizyka miasta Krakowa; od r. 1884 do 1890 zastępczo wykładał weterynaryę w Wydziale lekarskim Uniw. Jag. Na stanowisku fizyka miasta Krakowa, które piastował do śmierci, przetrwał lat 21.

Piecza o stan zdrowotny mieszkańców Krakowa wypełniła zmarłemu życie: cała jego działalność zawodowa obracała się koło tego punktu środkowego. Jak powiedzieliśmy, w r. 1871 zostaje lekarzem miejskim: w r. 1873, w którym grasowała w Krakowie cholera, przyjmuje ś. p. Buszek obowiązki lekarza ordynującego w czasowym szpitalu cholerycznych i za ofiarne, pełne zaparcia się pełnienie obowiązków, otrzymuje od prezydyum miasta „zaszczytne uznanie“. W celu zastósowania w Krakowie nowoczesnych urządzeń sanitarnych zwiedza pierwszorzędne miasta Europy i studyuje ich organizacyę pod względem zdrowotnym; w tymsamym celu rokrocznie udaje się na zjazdy higienistów i zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń w czasopismach zawodowych. To też nie obce były już ś. p. Buszkowi odkrycia na polu epidemiologii i doświadczenia w zakresie policyi lekarskiej, gdy przed 10-ciu laty zawleczono z Hamburga cholerę do Krakowa. Hasło „zwalczać pierwsze przypadki“ wykonał z najwyższą skrupulatnością i powodzeniem: przez energiczne i rozumne zarządzenia, mianowicie przez odosobnianie podejrzanych, asanizacyę miasta, oczyszczenie nawet Kazimierza, tej stajni Augiasza, stłumił zarazę w ognisku jej wybuchu. To też mieszkańcy Krakowa zapiszą w wdzięcznem sercu imię Jana Buszka za Jego ofiarne, mężne i rozumne dwukrotne wystąpienie w walce z epidemią cholery.

We wszystkich zarządzeniach asanizacyjnych Krakowa ś. p. Jan Buszek brał czynny udział, zgodny z postępem wiedzy i dobrem miasta. Podczas jego blizko ćwierćwiekowego urzędowania Kraków uczynił wielki postęp na drodze ozdrowotnienia miasta, a widomym i chlubnym dla zmarłego świadectwem tych zbawiennych reform jest zmniejszenie się chorobliwości i śmiertelności w naszem mieście.

Zarząd miasta traci w zmarłym dzielnego i sumiennego urzędnika; towarzysze zawodu najserdeczniejszego kolegę, a społeczeństwo — człowieka dobrej woli, obowiązkowego do ostatnich granic, a przytem wielkiej wyrozumiałości i łagodności.

Cześć Jego pamięci i niespożyta wdzięczność rzetelnym zasługom.

Ś. p. Jan Buszek ogłosił drukiem:

1) Uwagi nad złamaniem rzepki (1871). 2) O podziale godzin szkolnych (1876). 3) Przypadek otrucia arsenowego atramentem anilinowym (1877). 4) O pomieszkaniach stróżów domów. 5) Sprawozdanie z VI-go Wiecu Stowarzyszenia niemieckiego dla higieny publicznej (1878). 6) Wnioski podkomisyi, mającej zbadać pod względem sanitarnym okolicę klinik, szpitalów i łąki św. Sebastyana w Krakowie (1878). 7) Opium i betel (1879). 8) Otrucie lodami wanilowymi (1879). 9) Otrucie chloroformem (1879). 10) Przyczynek do statystyki śmiertelności głównie z chorób zakaźnych i ważniejsze jej przyczyny w mieście Krakowie (1880). 11) Porównanie trwania życia ludności chrześciańskiej i żydowskiej, zmarłej w Krakowie od roku 1859 do 1880 (1882). 12) Sprawozdanie z XII Wiecu Stowarzyszenia niemieckiego dla higieny publicznej (1885). 13) Lekarze w Radzie miasta Krakowa. 41) O odwietrzaniu (1890). 15) Park Dra Jordana (1890); oraz liczne sprawozdania statystyczne, dotyczące ruchu ludności, chorobliwości, śmiertelności i t. d. miasta Krakowa. *A. K.*

VIII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901*).

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

1. Prof. E. Maixner (Praga). **Rokowanie w wadach serca.**

Wyniki doświadczeń prelegenta nad wadami serca są następujące:

a) Zapalenie śródsierdzia, które wywołało już pewne zaburzenia w krążeniu, może się cofnąć do tego stopnia, iż szmery znikają, a następnie ustają i zaburzenia w krążeniu i dalej nie postępują.

b) Wady serca już rozwinięte mogą w objawach swoich takiej uledz zmianie, iż chory czuje się zupełnie zdrowym. Spostrzeżenie, że chory na wadę serca, może żyć 5—10—30 lat, lub nawet dłużej, świadczy dowodnie, że nie należy wcale chorego takiego uważać za skazanego na blizką śmierć.

Rokowanie nietyle jest zawisłem od jakości szmeru, ile od stanu mięśnia sercowego, od stopnia rozszerzenia szczególnie komory lewej, od powikłania z zapaleniem mięśnia lub osierdzia, od zajęcia i wieku chorego, od stanu, czy choroba postępuje, czy też nie, i wreszcie od czasu, po którym występuje działanie lekarstwa.

2. Prof. B. Eiselt (Praga). **Parachorea i chorea marantica.** W ostatnich 20-tu latach spostrzegał prof. Eiselt w klinice swej 350 przypadków pląsawicy, 136 (31%) u mężczyzn, 214 (69%) u kobiet; z tej liczby pięć przypadków zakończyło się śmiercią (3 mężczyzn, 2 kobiety). Przy sekcyi znaleziono 4 razy zapalenie wsierdzia brodawkowate i przekrwienie mózgu, raz zanik czerwony mózgu i móżdżku. W takich więc przypadkach pląsawica jest objawem następowym, a temsamem rozpoznanie powinno rozpoczynać się chorobą przyczynową. Większa część chorych jednak wraca do zdrowia zupełnie i w tych razach prawdopodobnie przyczyną pląsawicy będą tylko zmiany lżejszego natężenia, zmiany w krążeniu krwi, odżywieniu mózgu i rdzenia.

Mowca odróżnia następujące grupy pląsawicy:

I. Choroba występuje przeważnie u osobników młodych; początek nagły po wstrząśnieniu umysłowem; wyzdrowienie (77% ze spostrzeganych przypadków).

II. Pląsawica, jako następstwo głębszych uszkodzeń mózgu (5%), i to: *a)* uogólniona, *b)* ograniczona do jednej polowy ciała, lub do jednej kończyny.

Do *a)* zaliczyć należy pląsawicę wielką (pl. dziedziczna, dorosłych, choroba Huntingtona). Przyczynę stanowią w takich przypadkach wytwarzające się powoli i nieuleczalne zmiany w korze i istocie szarej mózgu. Jestto zwykle choroba rodzinna, która pojawia się w późniejszym wieku (30—50 lat). Zaczyna się podobnie, jak i inne postacie pląsawicy, od mimowolnych rzucawkowych ruchów ciała, które jednak wysiłkiem woli dają się jeszcze powstrzymać; sen spokojny, w oddawaniu moczu i stolca zaburzeń żadnych. Szybki ubytek sił prowadzi wkrótce do ogromnego wyniszczenia; czasem chorzy kończą samobójstwem.

Eiselt przytacza protokół sekcyjny swojego przypadku, w którym rozpoznał taką *chorea marantica*, a gdzie sekcya wykazała przewlekłe zapalenie mózgowia.

W grupie *b)* pomieszcza prelegent pląsawicę połowiczą *(hemichorea)*, której podstawą są zmiany ograniczone w *gyrus praecentralis*, ciele prążkowanem, zwykle z powodu zapalenia śródsierdzia, i dalej pląsawicę jednej kończyny *(monochorea)*. Postać ta dowodzi podrażnienia pewnego miejsca w korze (nowotwór, kilak) i prze-

*) Według »Včstnika« zjazdowego.

chodzi wnet w napady połowiczo-padaczkowe i padaczkowe. Również i pląsawica przed- i poudarowa da się do tej gromady zaliczyć i taksamo wytłómaczyć. Wogóle można w takich przypadkach mówić tylko o pląsawicy objawowej.

III. Pląsawica wielka *(ch. magna)*, przebiegająca nieraz z gorączką i doprowadzająca w przeciągu tygodnia do śmierci (przytem sen bywa niespokojny). W czterech przypadkach tego rodzaju, które autor miał sposobność spostrzegać, przyczyną śmierci było ostrawe zapalenie brodawkowate wsierdzia. Klinicysta powinien w takim przypadku rozpoznawać zapalenie wsierdzia i uważać pląsawicę za objaw następowy, spowodowany przekrwieniem mózgu (15% przyp.).

IV. Pląsawica odruchowa. Punktem wyjścia odruchu najczęściej bywa błona śluzowa kiszek, drażniona przez glisty (5% przypadków), i to najczęściej glistę ludzką *(asc. lumbricoides)*, rzadko kiedy przez inne rodzaje; mniej częstą przyczyną jest zaparcie stolca. Przypadki pląsawicy u kobiet ciężarnych, z którymi spotykał się E., zawsze objawiały się jako pląsawica połowicza, powikłana z zapaleniem wsierdzia. Przy istnieniu glisty działa tu prawdopodobnie samo drażnienie mechaniczne błony śluzowej, i niewiadomo, czy nie mają tu także pewnego znaczenia i jakieś toksyny, wytworzone przez czerwie. (Opisane są przypadki pląsawicy toksycznej przy zatruciu jodoformem i rtęcią).

Znana jest dalej pląsawica odruchowa przy ząbkowaniu u dzieci, próchnieniu zębów, dalej po różnych operacyach, w zapaleniu nerwów.

V. Pląsawica w przebiegu lub w następstwie chorób zakaźnych, jak n. p. duru brzusznego, błonicy, zapalenia płuc, ropnicy, ospy, gośćca stawowego. Czy tę postać pląsawicy wywołują tesame drobnoustroje, które były przyczyną choroby głównej, (łańcuszkowiec i gronkowiec przy ostrym gośćcu stawowym) przez usadowienie się w mózgu, jest dotąd zagadką. Również wątpliwem jest do dziś znaczenie prątka pląsawicy, wykrytego przez Pianesego.

VI. Pląsawica rdzeniowa. *Parachorea*. Mowca rozumie przez tę nazwę zbiór objawów pląsawicy w kończynach dolnych, występujących po urazach kręgosłupa, lub w następstwie przemijających zmian zastoinowych w rdzeniu. E. spostrzegał sześć takich przypadków.

3. Prof. A. Gluziński (Lwów). **Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznawania raka żołądka.**

4. Prof. J. Reinsberg (Praga). **Przyczynek do nauki o śmierci z utonięcia.** Od roku 1888, w którym Paltauf ogłosił swoją pracę o śmierci z utonięcia, w czeskim Zakładzie dla medycyny sądowej badane są także i drobnowidowo płuca topielców w każdym przypadku. W 95% przypadków znaleziono pod opłucną wynaczynienia płynów aspirowanych, zawierające cząsteczki roślin, porostów i okrzemki *(diatomaceae)*. Typowy objaw Caspra: balonowate wzdęcie płuc wykazano w 45%. Prelegent przywiązuje do wynaczynień podopłucnowych większe znaczenie, aniżeli do bakteryj wodnych, wyhodowanych przez Wilmansa z płuc topielców, gdyż woda po śmierci do pęcherzyków nie przenika, — chyba pod wpływem znacznego parcia, — podczas gdy bakterye wodne mogą się rozszerzyć po całych płucach nawet w tych razach, gdy człowiek dostał się do wody już nieżywy. Zapomocą doświadczeń wykazał mowca, że ciecz wciągnięta (aspirowana) przedostaje się do krwi z pęcherzyków albo wprost, albo też drogą naczyń chłonnych. U zwierząt, które topiono w wodzie, zabarwionej błękitem pruskim lub skrobią, zabarwioną jodem, znaleziono barwiki nietylko w lewej komorze serca, ale i w żyle podobojczykowej. Ilość hemoglobiny w lewej komorze serca jest mniejsza, niż w prawej, choć w prawej jest ona mniejsza, aniżeli w stanie prawidłowym.

Docent J. Honl (Praga). **Bakteryologiczne rozpoznawanie i rokowanie w gruźlicy.** Wobec niepewności innych sposobów rozpoznawczych poczynającej się gruźlicy można, zdaniem prelegenta, rozpoznanie to znacznie ułatwić na drodze bakteryologicznej, a mianowicie: 1. przez wyszukanie prątków Kocha; 2. zapomocą odczynu po wstrzyknięciu tuberkuliny; 3. przez próbę aglutynacyjną według Arloinga i Courmonta. Przytem z naciskiem podnosi Honl konieczność powtarzania prób w przypadkach, gdzie wynik był ujemny.

Ad 1. Pierwszem miejscem, na którem się prątek gruźliczy w płucach usadawia, są według Birch-Hirschfelda oskrzela 2—5 stopnia, a nie końcowe rozgałęzienia. Mowca sam demonstruje przypadek podobny. Opisawszy w krótkości sposób badania plwocin (metodę sedymentacyi, trawienie zapomocą pankreatyny i t. d.), zwraca się H. do prątków gruźlicy rzekomej, przytacza następnie wyniki własnych badań nad prątkami, barwiącymi się podobnie, jak i prątki Kocha (sprawy zgorzelinowe płuc i ucha), podaje dalej własne spostrzeżenia, według których niektóre części składowe drobnoustrojów nitkowatych (*cladothrix asteroid.*, *farcin du boeuf*), dają takisam odczyn barwikowy, jak i prątek gruźliczy, i stara się wytłómaczyć to zjawisko. Podobnie zachowuje się prątek nitkowaty, znaleziony przez autora w gruźlicy rzekomej gołębi.

Ad 2. Co do stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, sądzi Honl, iż nadaje się ona tylko dla niektórych przypadków i wcale nie jest zwolennikiem tej metody u dzieci.

Ad 3. Natomiast według ostatnich doniesień zjawisko aglutynacyi jest cennym przyczynkiem do rozpoznania ukrytych spraw gruźliczych. Sprzeczne wyniki rozmaitych autorów, tyczące tej metody, można wytłómaczyć na podstawie różnych sposobów w przyrządzaniu t. zw. jednorodnych (homogen) — hodowli. Według Behringa można się posługiwać jednostajną zawiesiną zabitych bakteryj.

Co do rokowania, to kilkorazowe badanie plwocin, wejrzenie i ilość prątków znalezionych, dalej aglutynacya, uprawniają do pewniejszych wniosków, aniżeli inne metody n. p. próba dyazowa w moczu.

6. Docent J. Hnátek (Praga). **Obrzęk śledziony pochodzenia naczyniowego.** Autor na wstępie przypomina dawniejsze swoje spostrzeżenia na zwierzętach, z których wynika, że przez podniesienie ciepłoty zwierzęcia można wywołać zwiększenie się objętości śledziony. Nowy szereg doświadczeń na psach potwierdził zapatrywanie prelegenta, iż istnieje pewien związek między błoną śluzową żołądka i śledzioną: przez podrażnienie pierwszej daje się sprowadzić obrzęk śledziony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 19 lipca.

* XI Zjazd chirurgów polskich rozpoczął się d. 15 b. m. o godzinie 8 rano. Kierownik kliniki krakowskiej prof. Kader przedstawił wszystkie ważniejsze przypadki, obecnie leczone w klinice, a jednocześnie oprowadził po Zakładzie klinicznym i objaśnił jego urządzenia, szczególnie służące do odkażania narzędzi i opatrunków. Następnie zagaił Zjazd stały przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich, prof. Rydygier, który dał streszczony pogląd na działalność ubiegłych 10 Zjazdów, wezwał do oddania należnej czci ś. p. dr. Drobnikowi, przeprowadził organizacyę obecnego Zjazdu, a wreszcie, załatwiwszy sprawy wydawnicze i administracyjne i powitawszy przybyłych, przystąpił do wykonania naukowego programu Zjazdu, z którego w innej rubryce szczegółowo zdamy sprawę. To pierwsze posiedzenie trwało do godziny 6-tej.

Drugi dzień Zjazdu rozpoczął się zwiedzeniem nowej kliniki lekarskiej i oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. Profesorowie: Korczyński i Trzebicky oprowadzali po swych zakładach i dawali wszelkie wyjaśnienia, dotyczące wewnętrznego urządzenia i szpitalnej higieny. Następnie zgromadzili się członkowie Zjazdu w klinice chirurgicznej i przystąpili do pracy naukowej, która trwała do wieczora.

Zjazd powiódł się liczbowo i rzeczowo pod każdym względem. Pożyteczność instytucyi Zjazdów chirurgów polskich może najwięcej stwierdza liczne przybycie prymaryuszów i kierowników szpitali prowincyonalnych; z uczuciem uzasadnionego zadowolenia mógł powiedzieć twórca Zjazdów chir. polskich, prof. Rydygier, patrząc na poczet kolegów zamiejscowych, że ziściło się jego marzenie, ażeby przez Zjazdy coroczne utrzymać zapracowanych kolegów prowincyonalnych na wysokości rozwoju techniki i teoryi chirurgicznej.

Można śmiało zaświadczyć, że niema żadnego zagadnienia w nowoczesnej chirurgii, któreby nie było na tegorocznym Zjeździe zreferowane, roztrząsane i oświetlone osobistem doświadczeniem i badaniem chirurgów naszych.

* Pogrzeb fizyka miejskiego śp. Jana Buszka odbył się w sobotę przy licznym udziale publiczności, zwłaszcza kolegów zmarłego. Przy wynoszeniu ciała z mieszkania przemówił prezes Towarz. lekar. krak. prof. Kostanecki, żegnając w imieniu Towarzystwa zmarłego kolegę i podnosząc w ciepłych słowach jego zalety koleżeńskie i zasługi obywatelskie.

* Obowiązki fizyka m. Krakowa, tak jak i podczas choroby śp. Buszka, pełni Dr. Aleksander Wilkosz.

* »Gazeta Radomska« donosi, że d. 3 b. m. odbył się w Staszowie obywatelski obchód jubileuszu 45-letniej działalności zawodowej Dra Władysława Rotha.

* Od 10 dni odbywa się przenoszenie chorych ze starego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie do nowowybudowanego. Nowych chorych zarząd jeszcze nie przyjmuje. Poświęcenie nastąpi w jesieni.

* Omyłki druku. W Nr. 28-ym, w artykule prof. Sieradzkiego (którego korekty autorskiej nie otrzymaliśmy) zaszły następujące błędy: na str. 386, w szpalcie 2 giej, w wierszu 6-tym od góry, zamiast Fisk ma być Fisch; w wierszu 9-tym: zamiast kociem ma być koziem; w wierszu 8 od dołu zamiast Delerenne ma być Delezenne. Na str. 387, szpalta 2-ga, wiersz 11 od dołu zamiast 5.25 ma być 5—25. Na str. 398, szpalta 2-ga, wiersz 20 od góry, zamiast spływa ma być wpływa.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Doc. Neznamow profesorem okulistyki w Charkowie; Dr. Sigalis profesorem farmakologii w Bordeaux.

Nekrologia. Dr. Saliszew prof. chirurgii zmarł w Tomsku.

Bibliografia.

— *Prace Sekcyi gruźliczej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich* wyszły pod redakcyą: J. Baranowskiego, Dunina, Hewelkego, Łoguckiego, Sokołowskiego i E. Zielińskiego nakładem lekarzy warszawskich, uczestników tego Zjazdu. Dzieło to stanowią rozprawy: Bądzyńskiego, Hewelkego, Sokołowskiego, Merunowicza, Karwowskiego, Kossaka, Polaka, Dobrskiego, Zarewicza i Krzyształowicza, Sterlinga (dwie), Krokiewicza, Tchórznickiego, E. Zielińskiego, Bujwida, Grabowskiego, Janiszewskiego (dwie), Dobrzyckiego, Wrońskiego, Dłuskiego i Jaruntowskiego. W pracach tych systematycznie objęto tak zasadnicze sprawy, jak etyologia, statystyka, profilaktyka i leczenie gruźlicy.

— Dr. I. H. Spiegelberg: **Die Krankheiten des Mundes und der Zähne im Kindersalter.** (*Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der prakt. Medizin.* Nakład A. Stubera 1901). Krótko i treściwie przedstawiony jest wynik badań z lat ostatnich w zakresie omawianej sprawy oraz praktyczne zastósowanie tych badań, przyczem autor ściśle trzymał się zakreślonego tematu, omawiając tylko choroby jamy ust i zębów. Niestety ten ostatni dział nieco po macoszemu traktował, a nie wyzbył się w zupełności zastarzałych zapatrywań o chorobach, wynikających z ząbkowania. Jakkolwiek karci tych, którzy nadużywają ząbkowania, jako przyczyny najrozmaitszych chorób, to przecież przyznaje, że przy przekłówaniu się zębów występuje napięcie, obrzmienie i zaczerwienienie dząseł, wzmożone ślinienie i podwyższona ciepłota. Zdaniem autora, połykana ślina może powodować rozwolnienie i wymioty, zapalenie nieżytowe jamy ustnej i gardła, dalej przyczynić się może do nieżytów trąbki, ucha środkowego i górnych dróg oddechowych. Równie pewnem jest, że odruchowo pojawić się mogą drgawki, tzw. z ząbkowania. Po tem wszystkiem ostrzega autor, by zbyt wiele nie kłaść na karb ząbkowania. Sprzeczność więc rażąca, gdyż przytoczonem wyżej wyliczaniem autor stanął zdaje się mimowoli po stronie zwolenników chorób z ząbkowania. Zresztą rozprawka jest cennym nabytkiem dla lekarza praktycznego, nie mogącego poświęcić dużo czasu na studyowanie dzieł obszernych.

Jan Landau.

— *Czasopismo Lekarskie* Nr. 7: Bańkowski: Przypadek ostrej niedrożności kiszek, wyleczony zapomocą wysokiej dawki atropiny. Offenberg: Przypadek septicopyaemiae medicalis. Grodecki: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem na prowincyi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 28: Barszczewski: Czego wymaga klinika od radyoskopii i radyografii. Zalewski: O leczeniu polipów usznych. Neugebauer: Thrombosis vaginae et vulvae (dok.).

— *Medycyna* Nr. 28: Krause: Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego. Rubin: Przyczynek do zachowywania się czynności żołądka w moczówce cukrowej (dok.).

— *Krytyka Lekarska* Nr. 7: A. L.: Znużenie i wypoczynek według Verworna. Jaworski: O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących, oraz opieki nad noworodkiem (dok.).

— *Postęp okulistyczny (czerwiec).* Rymowicz: Symbioza drobnoustrojów w zakażeniu worka spojówkowego. Talko: Arteria hyaloidea persistens. Bednarski: Miażdżyca naczyniówki (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 146 i 147. Notthafft i Kollmann: Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych (u mężczyzn). Przełożyli z niemieckiego: Bernhard i Sterling.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6: Judt: Złamanie zęba samoistne. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28: Maydl: O nádorech žaludečnich. Zahradnický: O výsledcich Vulpiusovy operace transplantaci šlach při obrnách končetinových a diformitách z nich resultojicich.

— *La Presse médicale* Nr. 54: Troussard: Badania kliniczne i lecznicze nawykowego zaparcia stolca. Longuet: Odkażanie rąk w chirurgii historycznej.

— *Nr. 55:* Roger et Veill: Nowe badania doświadczalne ospy. Luys: Leczenie zranień zatok opony twardej.

— *La Semaine médicale* Nr. 28: Jaquet: Wpływ klimatu górskiego na wymianę oddechową.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28: Jellinek: Rażenie od pioruna i wysokie napięcie elektryczne. Infeld: Przyczynek do wiedzy o pozostających następstwach napadów połowiczego bólu głowy. Stich: Wiadomości terapeutyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28: Lenhartz: O posoczniczem zapaleniu wsierdzia. Neumann: O zaoszczędzającej białko sile alkoholów. Nowe badania przemiany materyi u człowieka. Behrend: O gośćcowych osutkach wewnętrznych i zewnętrznych. Moeler: Czy »sana« (mięszanina tłuszczu wołowego i mleka migdałowego) jest wolna od prątków gruźliczych i czy nadaje się do zastąpienia masła? Hammersfahr: Uproszczenie i uczynienie tanim przyrządu do wyjaławiania, oraz przystosowanie go do małych szpitali. Breitung: Przyczynek do techniki usuwania ości rybich z gardła. Stich: Ciepłomierz maksymalny dla wyjaławiania opatrunków. Krause: 27 przypadków wycięcia wewnątrzczaszkowego nerwu trójdzielnego i wyniki tego zabiegu (dok.).

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28: Wolff: Demonstracya preparatów ze zwierząt gruźliczych, leczonych hetolem i izagolem. Schrötter: Przyczynek do etyologii głęboko usadowionych zwężeń tchawicy. Sandor: O przemijających zboczeniach umysłowych na tle histerycznem. Waldeyer: Topografia mózgu (c. d.). Munter: Sposób leczniczego zużytkowania ciepła doprowadzonego i zatrzymanego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28: Fränkel i Sobernheim: Leczenie gruźlicy mięsem surowem. Koeppe: Kryoskopia moczu. Gutzmann: Leczenie afazyi. Sturmann: Podwójny kształt muszli dolnej. Rose: O napadowem kołataniu serca.

Nowe książki. Haushalter, Etienne, Spillmann i Thiry: Cliniques médicales iconographiques. Dzieło składa się z 8 zeszytów; jeden zeszyt wychodzi co miesiąc; 398 rysunków. Cena 50 franków. (Paryż. wydawca C. Naud).

Redakcya otrzymała: Sadowski: Przyczynek do kazuistyki pierwotnego raka oskrzeli. Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Landau: Erfahrungen über Puro in der Kinderpraxis. Spira: Ueber Erschütterung des Ohrlabirynthes (*commotio labyrinthi*). Janiszewski: Zakopane, jako stacya klimatyczna.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 27 Lipca 1901. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii.

Grasica. — Przysadka mózgowa. — Jajniki.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Grasica i przysadka mózgowa. to dwa narządy. o których z niejakiem prawdopodobieństwem przypuszczać wolno, że czynność ich stoi w pewnym związku z czynnością gruczołu tarczykowego.

O pierwszym z nich wiemy niewiele. Przyjąć wprawdzie można, a nawet trzeba, że narząd tych rozmiarów co grasica, zmieniający swą wielkość i swe utkanie w okresie dojrzewania, jakąś i to zapewne niepodrzędną rolę odgrywać musi w okresie najszybszego wzrostu i rozwoju ustroju; ale jakiego rodzaju jego zadania, jakie skutki, gdy ich nie spełnia, względnie jaki narząd działa wtedy zastępczo, to wszystko pytania, na które niemamy dostatecznej odpowiedzi. Sprawa ta nie jest wszakże zupełnie ciemna. Już w anatomicznych badaniach Köllikera, wykazujących wspólność zarodkowego pochodzenia grasicy i gruczołu tarczykowego, dopatrzeć można niejakich podstaw dla przypuszczenia, że dwa te narządy i pod względem fizyologicznym mogą mieć. jeśli nie wspólne, to przynajmniej powinowate zadania, że mogą uzupełniać się nawzajem. Pośrednio przemawiałyby za tem spostrzeżenia sekcyjne Bournevillea[1]), wykazujące nader częsty brak grasicy w zwłokach dzieci, umysłowo czy psychicznie niedokształconych. Przypomina to żywo stosunek, jaki zachodzi między zwyrodnieniem lub zanikiem gruczołu tarczykowego, a matołectwem, względnie obrzękiem śluzakowym. Treupel[2]) wprost nawet stwierdził, że u psa wywołać można przez wycięcie grasicy napady kurczów mięśniowych, które ustępują po podaniu tyrojodyny. Bauman wykrył zresztą w grasicy, podobnie jak w gruczole tarczykowym, obecność jodu. Z nowszych publikacyj dwie jeszcze zasługują na uwagę: spostrzeżenia Glucka[3]), z tych jedno, odnoszące się do przypadku, w którym po operacyi wola nastała śmierć chorego, i drugie, w którem po takiejże operacyi wystąpiły objawy ostrej duszności skutkiem ostrego obrzęku grasicy — i sprawozdania sekcyjne Dinklera[4]) podnoszące obrzęk i zwyrodnienie tego gruczołu w dwóch przypadkach choroby Basedowa. Katz[5]) wreszcie stwierdzał obrzęk grasicy stale na zwłokach dzieci, zmarłych na błonicę.

Chcąc się wdawać w wyjaśnianie powyższych spostrzeżeń, przypuszczaćby można, że tak samo, jak w spostrzeżeniach Dinklera, tak i w przypadkach Glucka istniało *a priori* powiększenie grasicy, że gruczoł ten spełniał część zadań, którym gruczoł tarczykowy skutkiem zwyrodnienia podołać już nie mógł, że po jego usunięciu wzrosły wymagania — stąd obrzęk. Jeśli do tego dodamy jeszcze, co podnosi Gluck, że grasicę nader często napotkać można w zwłokach, okazujących powiększenie gruczołu tarczykowego, że Hofmeister[6]) spotykał u zwierząt, pozbawionych gruczołu tarczykowego, jako stałe następstwo powiększenie grasicy, to nader łatwo można przyjąć, że albo ta sama przyczyna sprowadza powiększenie gruczołu tarczykowego i grasicy, albo też że powiększenie grasicy jest przerostem zastępczym. Powiększenie grasicy w błonicy pojmowaćby można jako wyraz samoochrony, jako dążność ustroju do zobojętniania jadu błoniczego przez zwiększoną czynność powołanych do tego narządów, wśród nich grasicy. Wszakżeż już już Brieger i Wassermann[7]) wykazali, że istota, otrzymana z grasicy, niszczy jad, wytwarzany przez przecinki choleryczne Kocha, a później spotykamy się z usiłowaniami, zmierzającemi do otrzymania z grasicy zwierząt, uodpornionych odpowiednio, środka leczniczego przeciw durowi brzusznemu, usiłowaniami, uzasadnionemi najzupełniej doświadczeniami Pfeifera i Marxa, które wykazały, że w niektórych narządach wytwarzają się w danych warunkach ciała, działające swoiście na pewne zarazki. A skoro tak sprawa stoi, to w powiększeniu grasicy istotnie nie trudno dopatrzeć analogii z pewną postacią powiększenia gruczołu tarczykowego, w tych mianowicie przypadkach, które skłonni jesteśmy uważać jako stan samozatrucia ustroju; mieć tu można na myśli wól nagminny, — według teoryi Eulenburga chorobę Basedowa, powiększenie gruczołu tarczykowego w czasie ciąży, niekiedy w okresie pokwitania.

Wszystko to jeszcze za wątłe podstawy, aby ważyć się na apodyktyczne twierdzenie, że grasica i gruczoł tarczykowy to jakby narządy siostrzane, utrzymywać o nich, że wspólne spełniają czynności, że działać mogą zastępczo; ale w każdym razie mamy przynajmniej jakąś linię wytyczną, która wskazuje kierunek dalszych badań. Że kierunek ten nie jest fałszywy, dowodzi także i klinika od chwili, gdy Mikulicz[8]) w przypuszczeniu fizyologicznego związku dwóch omawianych narządów przedsięwziął pierwsze

[1]) Bourneville: Deut. med. Wochschft. 1900. LB. S. 150.
[2]) Treupel: Münch. med. Wochschft. 1896. N. 38.
[3]) Gluck: Deut. med. Wochschft. 1894. S. 278.
[4]) Dinkler: Münch. med. Wochschft. 1900. N. 21.
[5]) Katz: Deut. med. Wochschft. 1900. LB. S. 150.
[6]) Hofmeister: Fortschritte d. Medicin X. 1892. Ref. Schmidts Jahrb. 239 S. 264.
[7]) Brieger i Wassermann: cyt. według Poehla. Deutsche med. Wochschft. 1892. S. 1128.
[8]) Mikulicz: Berl. klin. Wochschft. 1895, N. 16.

próby lecznicze z grasicą w powiększeniu gruczołu tarczykowego w wolu i w chorobie Basedowa.

Z pośród 11 przypadków wola nastała w 5-ciu tak znaczna poprawa, że rękoczyn, wskazany pierwotnie, okazał się zbytecznym. Pod wpływem podawania surowego gruczołu piersiowego ustąpiła groźna duszność, a obwód szyi zmniejszył się widocznie, co zresztą stwierdzono także i miarą. Jeden z tych przypadków o tyle jest jeszcze ciekawy, że grasica okazała się skuteczniejsza, aniżeli podawany poprzednio gruczoł tarczykowy, który sprowadził raczej pogorszenie objawów, wywołał obraz zatrucia tyroidynowego. Spotrzeżenia Mikulicza sprawdził i potwierdził dwukrotnie Reinbach. Pierwsze sprawozdanie[9]) oparte jest na spostrzeganiu 30-tu, drugie[10]) 45-ciu przypadków. W obu zaznacza autor, że grasica działa dobrze niekiedy nawet wtenczas, gdy gruczoł tarzykowy, względnie jego przetwory, nie skutkują. Działania tak zwanego ubocznego nie dostrzeżono u żadnego z chorych, nie stwierdzono także widocznego wpływu na odżywienie.

W każdym razie bardzo byłyby pożądane dokładne badania przemiany pierwiastków, przynajmniej co do istot azotowych, wobec naturalnego zresztą przypuszczenia, że grasica działaćby mogła w tym kierunku podobnie jak gruczoł tarczykowy. Dotychczas brak ich zupełnie, a jedyna wzmianka literacka pochodzi od Minkowskiego, który w moczu psów, karmionych grasicą, wykrył kwas. zawierający w swym składzie azot i nazwał go kwasem urotynowym. Kwas ten powstaje według Minkowskiego[11]) przez utlenienie ciał nukleinowych, zwłaszcza adeniny[12]).

O skuteczności grasicy w chorobie Basedowa nie można sobie jeszcze wyrobić ostatecznego i stanowczego zdania; tyle tylko zdaje się być pewnem. że nie działa ona szkodliwie, jak to w przeważnej większości sprawozdań stwierdzono o tyroidynie. Mikulicz wspomina wprawdzie o dobrem działaniu w dwóch przypadkach, ale czyni to z łatwemi zresztą do pojęcia zastrzeżeniami. Po nim dodatnie wyniki osiągnęli Todd[13]) i Maude[14]); ten ostatni w długotrwałym i ciężkim przypadku. Mackensie[15]), zestawiając z początkiem roku 1897 ogłoszone w tym kierunku spostrzeżenia, naliczył ich ogółem 15; z tego w 14 miał być wynik korzystny. Jego osobiste doświadczenia wypadły mniej zadowalniająco. Z 20 przypadków, w 7 nie dostrzegł żadnego wpływu, w 13 nastała wprawdzie pewna poprawa stanu ogólnego i zmniejszyły się nieco niektóre objawy choroby Basedowa, ale nie w tym stopniu, aby skutek można było przypisywać działaniu grasicy i upatrywać w niej swoisty środek leczniczy.

Czysto empiryczne były próby, przedsiębrane z grasicą. podobnie jak dawniej z gruczołem tarczykowym. przeciw krzywicy. Polecał ją Mettenheimer, a sprawdzeniem jego wyników zajmowali się Stoelzer i Lissauer[16]) Ostatnie to sprawozdanie opiewa zupełnie niepomyślnie. Kołaczyki z grasicy nie wywierały żadnego wpływu na kostnienie, a nawet działały niekorzystnie na objawy nerwowe, przypominające zjawiska tężyczki, towarzyszącej niekiedy krzywicy. W tym ostatnim kierunku działałby więc gruczoł piersiowy inaczej. aniżeli działa gruczoł tarczykowy.

Nie można wreszcie pomijać zupełnem milczeniem ciekawej. jakkolwiek nieco fantastycznej, teoryi Blondela[17]) o powstawaniu błednicy i opartego na niej leczenia. Teorya ta, w samem założeniu nie nowa, przyjmuje za powód choroby samozatrucie, spowodowane wytworami przemiany pierwiastków. Zadanie niszczenia, względnie zobojętniania tych wytworów spełniać ma w dzieciństwie grasica, później obejmują jej rolę jajniki. Jeśli z chwilą zaniku grasicy jajniki nie są jeszcze dostatecznie rozwinięte, brak w ustroju antytoksyny, a stąd choroba. Jedynem poparciem całego rozumowania Blondela są trzy przypadki błednicy, leczone skutecznie grasicą. Burghart[18]) wszakże, który w dwa lata później próbował tego leczenia w kilku przypadkach błednicy i niedokrewności, nie osiągnął prawie żadnych wyników. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii Prof. Pasternackiego (Petersburg).

Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy.

(Badania doświadczalno-kliniczne)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

Ordynator kliniki.

(Dokończenie).

IV.

Podobny pogląd stwierdzają i inne wskazówki. Przeprowadzając badania nad stanem zasadowości krwi w różnych chorobach, miałem możność przekonać się, że zasadowość osocza, względnie surowicy krwi, zostaje zawsze prawidłowa (W. Orłowski 9). Wyjątek stanowią tylko ciężkie przypadki moczówki cukrowej, charłactwa rakowego, oraz, jak widzieliśmy przed chwilą, i mocznica. Z innych zaś stanów patologicznych znalazłem w ostatnim czasie podobneż obniżenie raz w ciężkim przypadku włóknikowego zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem, pomimo tego, że zbadałem dość znaczny liczebnie materyał kliniczny. Jak znaczne jest obniżenie zasadowości krwi w tych chorobach, wykazuje następująca tablica: *(Patrz str. 411)*

Z tej tablicy przekonywamy się, że w niektórych przypadkach nagromadzenie we krwi przetworów kwaśnych było tak znaczne, że zasadowość krwi obniżyła się o 67%, zatem znacznie więcej, niż w spostrzeganych przezemnie

[9]) Reinbach: Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Band. I. H. 1.

[10]) Reinbach: Mittheilungen aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Band III. H. 2.

[11]) Minkowski: Deutsche med. Wochschft. 1898. VB. S. 78.

[12]) Według poszukiwań Posnera: (Zur Kenntnis organotherapeutischer Präparate. Berl. klin. Wochschft. 1898, Nr. 11), ze wszystkich przetworów, używanych w organoterapii, zawiera grasica największą ilość nukleiny. czego dowodzić ma wybitnie zielone zabarwienie jej istoty, wywołane barwikiem Ehrlicha-Bondi.

[13]) Todd: Brisb. med. Journ. 1896.

[14]) Maude: Centrblt. f. inn. Med. 1896. 1351.

[15]) Mackensie: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897, S. 567.

[16]) Stoelzer i Lissauer: Ther. Monatshefte 1900, S, 213.

[17]) Blondel: Ref. Centrbl. f. inn. Med. 1897, S. 986.

[18]) Burghart: Deutsche med. Wochschft. 1899, S. 610.

Nazwisko chorego	Rozpoznanie	Dzień badania	% hemoglobiny	Ilość białych ciałek w 1 mlm.^{3}	Liczba czerw. ciałek krwi w 1 mlm.^{3}	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH(%)	% obniżenia zasadowości krwi	Uwagi szczególne
B—e	*Tumor duct. choledochi et pancreatis?*	21—22/2	40	24.091	3.370.000	80	67	25/2. Zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Cancer capit. pancreatis et duodeni.*
F—a	*Cancer ventriculi*	6/2 12/2	42 35	25.000 22.080	3.125.000 2 650 000	80 80	67 67	
B—w	*Cancer cardiae (Strictura oesophagi).*	17—18/2 15/3	60 45	9 115 9.450	3.330.000 3.140 000	160 133	33 44,6	
I—a	*Cancer pylori.*	4/3—5/3 17/3	58 48	5 625 7.200	4 100 000 3.727.000	133 107	44,6 55,4	22/3. Zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: *Cancer pylori. Perigastritis circumscripta.*
G—a	*Carcinomatosis gl. mesenter. post canc. uteri*	13—14/3 28/3	50 47	8.683 9.100	4.421 900 4.022.500	107 107	55.4 55,4	W listopadzie 1899 r w szpitalu maryjskim operacya *(exstirpatio uteri per vaginam)* z powodu raka macicy
E—w	*Cancer hepatis.*	29—30/3	42	10.476	3 934.400	160	33	
L—w	*Diabetes mellit.*	11/1 23/1 2/2 23/3	72 70 65 58	— 8.927 8.100 6.200	5.100.000 4 440.000 3.720.000 3.715.200	133 93 120 106	44,6 61,25 50 55,4	
S—a	*Diabetes mellitus.*	16/1 26/1 5/2 22/2	65 61 64 60	6.237 6.563 7.200 7.240	4 240.000 3.972 000 3.980.000 3.680.000	200 133 144 120	16,7 44,6 40 50	

przypadkach mocznicy. U żadnego jednak z tych chorych nie było wcale objawów mocznicy. To także stwierdza wyżej wyrażoną myśl, iż nagromadzenie we krwi kwaśnych substancyj w mocznicy, również jak w charłactwie rakowem i cukrzycy, jest zjawiskiem następowem.

Z punktu widzenia zwolenników poglądu v. Jakscha możliwem jednak jest jeszcze jedno przypuszczenie, mianowicie że nieznana nam jeszcze kwaśna substancya wywołuje obraz mocznicy, już będąc we krwi w małej ilości, niedostatecznej jeszcze dla mniej więcej wyraźnego obniżenia zasadowości krwi; następne zaś znaczne obniżenie występuje wskutek nagromadzenia we krwi tej substancyi, również jak i innych przetworów kwaśnych. Podobne przypuszczenie nie ma jednak za sobą żadnych danych; kliniczne zaś spostrzeżenia wprost przemawiają przeciwko niemu. W samej rzeczy powszechnie wiadomo, że leczenie zasadami w tej lub innej postaci jest zupełnie bezskuteczne w mocznicy. Z innej zaś strony pilokarpina, polepszając stan tych chorych, prawie wcale nie wpływa na zasadowość krwi, jak to widzieliśmy wyżej u jednego chorego: to podniesienie się, które dawało się spostrzegać, w zupełności tłómaczy się większem zagęszczeniem krwi wskutek obfitego pocenia się. Jeśli więc istnieje dążność do wprowadzenia mocznicy w zależność od zatrucia ustroju jakimkolwiek przetworem, to należy przypuszczać, że podobna substancya jest pozbawiona własności ciała kwaśnego.

V.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy, wynika, że prawidłowo spostrzeżony fakt gromadzenia się we krwi mocznicowych chorych przetworów kwaśnych, został mylnie pojęty i wytłómaczony. Skutek wzięto za przyczynę. Tego rodzaju mylna ocena faktu stanowi niestety nie jedyną pomyłkę zwolenników teoryi powstawania wielu zjawisk w ustroju na drodze jego samozatrucia kwasami. Owszem, przeciwnie cała ta teorya jest oparta na zbyt kruchych podstawach. W rzeczy samej dla udowodnienia samozatrucia ustroju kwasami zwolennicy jej wymagają stwierdzenia: 1) obniżenia zasadowości krwi; 2) zwiększonej zawartości we krwi i moczu soli amoniakalnych; 3) zwiększonej ilości w moczu ługów sodowego i potasowego; 4) zwiększonego wydzielania się w moczu azotu; 5) zwiększonej ilości w moczu kwasów fosforowego, siarkowego i solnego i podniesienia wskutek tego ogólnej kwasoty moczu; 6) obecności w moczu acetonu, kwasu acetooctowego, β-tlenomaślanego i — nakoniec 7) dodatniego wpływu alkaliów. Myliłby się jednak ten, ktoby sobie wyobrażał, że wszystkie przytoczone punkta są wymagane dla przyjęcia samozatrucia ustroju kwasami. Najwięcej wymagający ze zwolenników omawianej teoryi, v.

Limbeck(12), uważa samozatrucie ustroju kwasami za udowodnione, jeśli mu się uda stwierdzić w moczu zwiększoną ilość soli amoniakalnych, ługów sodowego i potasowego i azotu. Ten skład otrzymał on, badając przemianę materyi przed i po wprowadzeniu zdrowym osobnikom dużych ilości kwasu mlecznego, lub solnego. Uznając słuszność spostrzeżeń v. Limbecka, nie podobna jednak nie zauważyć, że mylnie on oświetlił spostrzegane przez siebie fakty. W samej rzeczy v. Limbeck miał do czynienia wcale nie z zatruciem ustroju kwasami, lecz przeciwnie z prawidłową czynnością narządów, przeznaczeniem których jest chronić ustrój od nagromadzenia się we krwi przetworów kwaśnych. Rolę tych narządów u człowieka spełnia, jak to wykazali Walter(13), Coranda(14), Hallervorden(15), tenże sam v. Limbeck (12) i inni — prawie wyłącznie amoniak i tylko w nieznacznym stopniu nielotne alkalia (KHO; NaOH), — jak utrzymują: Gäthgens(16), Dunlop(17), Biernacki(7), v. Limbeck i inni. Cóż dziwnego, że wprowadzając do ustroju kwasy, v. Limbeck i inni znajdowali podzieloną zawartość amoniaku we krwi i moczu, a także ługów sodowego i potasowego w moczu. Tego należało oczekiwać *a priori*. Że zaś tych objawów istotnie nie można pojmować, jako oznaki zatrucia ustroju kwasami, dowodem jest to, że przy obecności ich badani v. Limbecka nie różnili się pod żadnym względem od osobników zdrowych wtenczas, gdy w doświadczeniach Waltera(13), który doprowadzał zwierzęta do istotnego zatrucia kwasami, występowały groźne objawy, przypominające śpiączkę cukrzycową. Obecność więc 3 objawów, wymaganych przez v. Limbecka, nie daje nam wcale prawa do przyjmowania samozatrucia ustroju kwasami. Wobec tego i usiłowania, aby rozstrzygnąć sprawę o powstawaniu mocznicy drogą samozatrucia kwasami za pomocą określania zawartości amoniaku we krwi [Winterberg(18)] są nieudatne, jako oparte na mylnem tłómaczeniu zjawisk istotnych.

Co do innych objawów, to obniżenie zasadowości krwi, względnie osocza, nie dowodzi jeszcze, jak wykazałem wyżej, zatrucia ustroju kwasami. Obecność w moczu acetonu i kwasu octowego, substancyj względnie mało szkodliwych, jest zjawiskiem następowem, wywołanem przez zaburzenia w przemianie materyi; te bowiem substancye znajdowano w najróżnorodniejszych stanach chorobowych. Tylko obecność kwasu β-tlenomaślanego, być może, jeszcze można wprowadzać w związek z zatruciem ustroju kwasami. W rzeczywistości kwas ten był znajdowany we krwi i moczu prawie wyłącznie w ciężkich przypadkach cukrzycy, osobliwie w śpiączce cukrzycowej. Ilość jego w cukrzycowym moczu może dosięgać znacznych liczb, 20—30 grm., nawet 60 grm. na dzień. Wydzielenie się jego w śpiączce zmniejsza się i nagromadza się on w narządach wewnętrznych i tkankach w ilości, zupełnie wystarczającej do zatrucia zwierząt. Przynajmniej Magnus-Levy(19) znajdował go w narządach u umarłych na śpiączkę cukrzycową w ilości do 100—200 grm,, więc 2—4,5 grm. na kilo wagi. Co prawda Waldvogel(20), prowadząc doświadczenia na królikach, przekonał się, że optycznie czynny kwas β-tlenomaślany, wprowadzony do ustroju, nie wywołuje zatrucia, lecz przechodzi całkowicie w połączenia, bardziej obfitujące w tlen; lecz te ilości, które on wprowadzał, są bardzo niewielkie, o ile sądzić można z doniesienia tymczasowego. Wobec tego doświadczenia jego nie można uważać za rozstrzygające. Przypuszczenie o powstaniu śpiączki cukrzycowej wskutek samozatrucia ustroju kwasami stwierdzają wyniki leczenia jej zasadami (Roget et Balvay 21, Lépine 22, Herzog 23 etc.).

W obecnej więc chwili sprawę samozatrucia kwasami można uznać jedynie przy jednoczesnem stwierdzeniu 2 objawów: 1) wobec znalezienia we krwi i moczu dużych ilości kwasu β-tlenomaślanego; 2) znacznego polepszenia choroby pod wpływem alkaliów. Objawy te dotychczas stwierdzono jedynie w śpiączce cukrzycowej. To daje nam prawo do tłómaczenia jej samozatruciem ustroju kwasami. Co się tyczy zaś innych procesów w ustroju, w którym samozatrucie kwasami podług zwolenników tej teoryi odgrywa rolę pierwszorzędną (mocznica) lub podrzędną (stany gorączkowe, charłactwo) według Jakscha, Müllera(24), Klemperera, Krausa(25); niektóre postacie postacie zaburzeń żołądka i kiszek u niemowląt (szkoła prof. Czerny(26)), to przy wyjaśnieniu ich należy tę teoryę w obecnej chwili zupełnie zarzucić.

Piśmiennictwo. 1) W. Orłowski: Gazeta lekarska 1900, Nr. 22. Przegląd lekarski 1900, Nr. 29. — 2) v. Jaksch: Zeitschr. f. kl. Med. 1887, Bd. 13. — 3) Peiper: Virch. Arch. 1889, Bd. 116. — 4) Limbeck. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 30. — 5) Hahn, Massen, Nencki i Pawłow: Archiv. biolog. nauk 1892, T. 1. — 6) Löwy: Pflüg Arch. Bd. 58. — 7) Biernacki: Münch. med. Woch. 1896, Nr. 28–29. — 8) Brandenburg: Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 36. — 9) W. Orłowski: Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. Przegląd lekarski 1901, Nr. 18. — 10) Abbé: Sitzungsberichte der Gesellsch. f. Med. u. Naturwissensch. in Jena. — 11) Bruner: Centr. f. in. Med. 1898, Nr. 18. — 12) v. Limbeck: Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 34. — 13) Walter: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 7. 1877. — 14) Coranda: *Ibid.* 1880. Bd. 12. — 15) Hallervorden: *Ibid.* Bd 10 u. 12. — 16) Gäthgens: Zeits. f. phys. Chem. Bd. 4. — 17) Dunlop: Journal. of Physiolog. T. 14. — 18) Wintemberg: Zeits. f. kl Med. Bd. 35. — 19) Magnus Levy: Arch. f. exp. Path. u Pharm. Bd. 42. — 20) Waldvogel: Centralbl. f. in. Med. 1898, Nr. 33. — 21) Roget et Balvay: Lyon med. 1890, Nr. 2 (odnośne piśmiennictwo do 1899 r.). — 22) Lépine: *Ibid.* 1897, Nr. 15. — 23) Herzog Berl. kl. Woch. 1899. Nr. 14. — 24) Müller: Cyt. podług Arch. f. Verdauungskr. 1898. — 25) Kraus: Pathol. d. Autointoxication. Lubarsch-Ostertag's Ergebnisse d. allg. path. Morph. u. Phys. d. Mensch u. Thiere. Wiesbaden. 1895. — 26) Szereg prac z kliniki prof. Czernego, zamieszczonych w Centralbl. f. inn. Med. i Arch. f. Kinderheilkunde 1896—1900 roku.

III. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Profesora Reissa w Krakowie.

Przyczynek do histologii samoistnego rozlanego zaniku skóry *(atrophia cutis idiopathica diffusa)*.

Skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz.

(Dokończenie).

W końcu mam przed sobą obrazy ostatniego okresu *(Fig. 7)*, który spostrzegany już gołem okiem, za zanikowy uważany być może. Nie sądzę jednak, iżby postacie zmian skóry, spostrzegane w naszym przypadku, były obrazem zaniku końcowego, — sprawy, która dalej postępować nie będzie, a owszem, oglądając je bliżej, przypuszczać należy, że są to dopiero początki zupełnego zaniku.

Skóra nie różniła się wiele w tym okresie końcowym od skóry poprzednio opisanej. Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba brak nacieków, chociaż tu i ówdzie jeszcze około

naczyń ilość komórek wrzecionowatych tkanki łącznej była nieco zwiększona; istota klejorodna podobnie zanikająca, jak poprzednio opisałem, a tkanka elastyczna zmieniona tak co do postaci, jak i ilości. Wskazywałem już poprzednio, że włókna elastyczne przebiegają więcej pokręcone, co w tym okresie jeszcze więcej się uwidocznia, — znacznie więcej widać je tylko w postaci odłamków, krótszych lub dłuższych kawałków, szczególnie w środkowych częściach skóry właściwej. W górnych częściach siatka jest utrzymana, ale włókna są drobniejsze, gorzej się barwiące i skąpsze, — a to zmniejszenie ilości włókien widzieć można we wszystkich warstwach skóry. Badanie chemiczno-histologiczne włókien nie daje nigdzie oddziaływania, to też nigdzie nie można mówić o zwyrodnieniu czy istoty klejorodnej, czy włókien elastycznych.

Zdania autorów w tym kierunku nie zupełnie zgadzają się ze sobą, chociaż prawie wszyscy wykazują zanik włókien elastycznych. Buchwald i Touton sądzą, że tkanka elastyczna zanika w mniejszym stopniu, niż inne

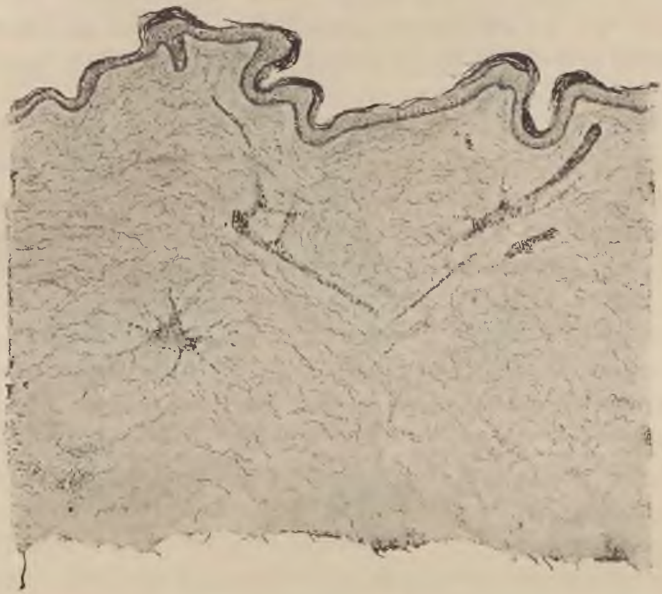


Fig. 7.

tkanki, coby najwięcej się zgadzało z obrazami mikroskopowymi naszego przypadku. Colombini wskazuje jednak w przypadku swoim na zanik włókien elastycznych, które, chociaż cieńsze, gorzej się barwiące lub połamane, zawsze znajdował. Neumann nie stwierdzał tkanki elastycznej tylko tam, gdzie nie było brodawek, lub wśród nacieku. Heller opisuje odniesione wrażenie rzekomego zwiększenia włókien przez zanik wiązek istoty klejorodnej, o czem i w naszym przypadku była mowa. Huber spostrzegał to pozorne zwiększenie w utrzymanych brodawkach, chociaż włókna były cieńsze i słabiej się barwiące; wyraźne zmniejszenie ilości włókien widział tylko wśród nacieków i w środkowej warstwie skóry. Wedle Unny siatka podnaskórkowa tworzy jednostajną warstwę bez wyraźnych włókien, czego wykazać nie mogłem; opisuje on jednak także objawy nieregularnego zaniku włókien, wyraźnie widocznego tylko na pewnych punktach, przyczem określa przebieg włókien w sposób nader cechujący, twierdząc, że robią wrażenie, jakby zatraciły dla siebie punkt oparcia. Zupełny brak włókien elastycznych, czego w naszym przypadku na żadnem miejscu nie było, widział Jadassohn u swojego chorego, stwierdzając tylko, że zanik istniał na pewnych miejscach, nieregularnie ułożonych. Następnie Heuss daje również obraz zupełnego zaniku, który rozpoczyna się według niego około naczyń górnej i środkowej warstwy skóry właściwej, chociaż najdłużej utrzymuje się tkanka elastyczna w warstwie brodawkowej, co obrazy nasze potwierdzićby mogły, gdyż w tych górnych częściach skóry znajdowałem zawsze najlepiej utrzymane włókna.

Zanikające gruczoły i torebki włosowe opisałem już przy poprzednim okresie, jakby przejściowym; — zwracam zatem obecnie tylko uwagę na to, że położenie kłębków po-

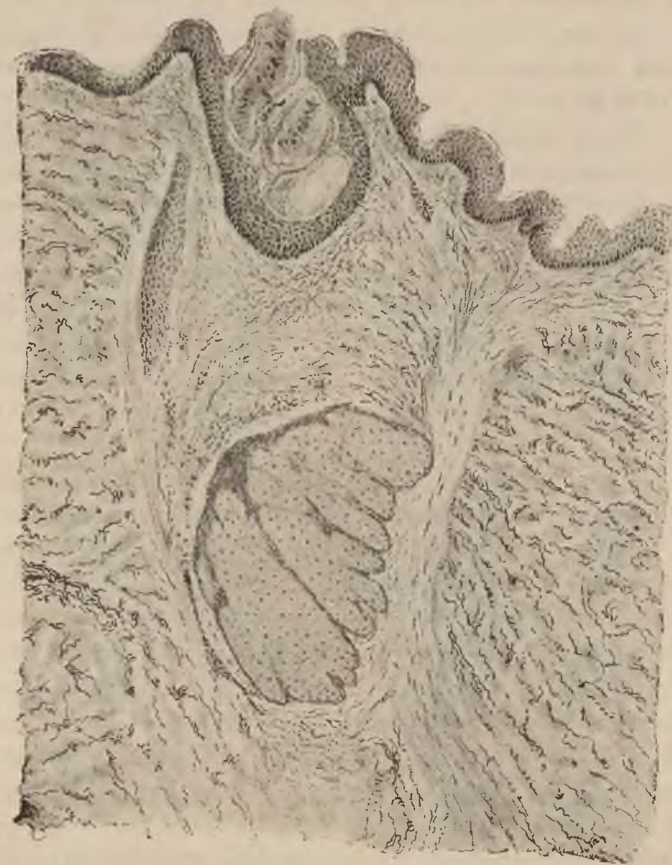


Fig. 8.

towych jest najczęściej zupełnie poziome, a gruczoły łojowe są skąpe i małe.

Torebki włosowe są, jak wspomniałem, zazwyczaj cieńsze, skurczone, pokręcone, a włos w nich cienki, zanikający. Ciekawy obraz obraz daje ich ujście, które jest lejkowate i zapełnione masami rogowemi, jakby perłami *(Hornperle)*, które przeszkadzają wydobyciu się włosa na powierzchnię skóry i powodują następowy zanik jego i gruczołu łojowego, który staje się bezczynnym. *(Fig. 8)*. Mięsień gładki występuje wyraźnie wśród krótkich wiązek istoty klejorodnej, zdaje się być raczej przerosłym, niż zanikłym, a w miejscach przyczepu zauważyć tylko można włókna elastyczne mniej liczne, niż w stanie prawidłowym.

Naskórek wreszcie różni się także dość znacznie od okresów poprzednich. Komórki kolczaste nie są uciśnięte, gdyż warstwa zrogowaciała jest cienka, z komórek suchych, blaszkowatych złożona i leży wprost bez warstwy ziarnistej na ścieńczałej warstwie kolczastej, o komórkach nie płaskich i wydłużonych, ale okrągławych, wielobocznych, o barwiących się jądrach. Warstwa podstawowa nie odróżnia się od reszty komórek i zawiera barwik tak obfity, jak w stanie

prawidłowym; nie znajdowałem jednak w tym okresie barwika w skórze właściwej, co widocznem było w okresach poprzednich.

Łatwo teraz z pojedynczych obrazów histologicznych wytłómaczyć i postacie kliniczne. Stan skóry, który nazwaliśmy okresem nacieku, okazuje obok zaczerwienienia z odcieniem sinawym znaczne napięcie. Naciek skóry i rozszerzenie naczyń tłómaczy dostatecznie i barwę i twardość skóry, którą podnosi jeszcze zgrubienie warstwy zrogowaciałej , nadającej skórze wejrzenie szkliste, gładkie i napięte. Wspomniany brak wydzielania potu nawet pod wpływem pilokarpiny wyjaśnia zachowanie się gruczołów potowych w obrazie histologicznym, zgrubienie powierzchownych warstw naskórka, wreszcie brak przewodów potowych w tej ostatniej warstwie.

Drugą postać ciemno zabarwioną i miękką, jakby ścieńczałą, cechuje w obrazie mikroskopowym znaczna ilość barwika nietylko w naskórku, ale i w skórze właściwej, obok pofałdowania zanikających szeregów naskórka i początkowego zaniku podścieliska skóry właściwej. Trzeci okres wreszcie jest obrazem zaniku znaczniejszego stopnia wszystkich tkanek składowych skóry, który może postępować, jak się zdaje, do tego stopnia, że obok zaniku gruczołów i torebek włosowych tak odporna tkanka elastyczna w zupełności ginie.

Histogeneza zatem tego cierpienia zdaje się być jasną; jako pierwszy objaw występuje naciek około naczyń i między wiązkami istoty klejorodnej, a z czasem przychodzi do zaniku pierwiastków tkankowych skóry i jej części dodatkowych. Przedewszystkiem ocenić więc trzeba znaczenie nacieku; nacieki, składające się przeważnie z komórek plazmatycznych, mają cechy sprawy zapalnej przewlekłej. Komórki nacieku grupują się przeważnie w ścianach naczyń, a wrastając w niektórych miejscach w ich światła, sprowadzają ich zarośnięcie zupełne, co nie może być obojętne dla sprawy chorobowej i dalszego przebiegu. To też w okresie późniejszym choroby nacieki coraz są mniejsze, a wytwarza się równorzędnie zanik istoty klejorodnej, tkanki elastycznej i gruczołów, aż w końcu przyjść może do bardzo znacznego zaniku tych tkanek, jako sprawy końcowej, jak to widzimy w przypadkach niektórych autorów. Heuss twierdzi, że zarastaniu świateł naczyniowych nie można przypisywać większego znaczenia, gdyż z jednej strony nie jest to ogólne, a z drugiej objaw ten powtarza się stale we wszystkich sprawach, połączonych z zanikiem. Trudno zgodzić się na podobne rozumowanie; częściowe bowiem, ograniczające się do pewnych tylko naczyń zwężenie i zarośnięcie sprowadza zanik nie ogólny, ale tylko pewnych odcinków skóry, na co wielu autorów, szczególnie Jadassohn i Unna zwracają uwagę; pojawienie się zaś zarośnięcia w sprawach zanikowych przemawiałoby raczej za tem, że te ostatnie są następstwem pierwszego. Przypuszczać zatem można, że jakiś czynnik wywołuje naciek około naczyń, organizujący się i sprowadzający ich zanik, przez co i znaczne upośledzenie w odżywieniu skóry, a tem samem doprowadzić może i do zaniku wszystkich jej składników na pewnych miejscach.

Anatomicznie liczyć się musimy jeszcze z jednym znalezionym szczegółem; t. j. z początkowem zgrubieniem warstwy zrogowaciałej, którego przyczyny trudno na razie dociec, które atoli musi mieć wpływ i na warstwy głębsze. Widzimy zatem głębsze warstwy naskórka uciśnięte i w rozwoju upośledzone; ujścia gruczołów potowych odnaleźć trudno w zgrubiałej warstwie, włos nie może się przez nią przedostać, co nie pozostaje bez zmian następowych w torebce włosowej i gruczole łojowym. Nie chcę twierdzić, że zgrubienie warstw zrogowaciałych *(hyperkeratosis)*, tak wybitne, jak w tem cierpieniu, powstało w następstwie nacieków, upośledzających odżywienie tkanek w całej grubości skóry przez rozrost w około naczyń, pragnę jednak zwrócić uwagę na ten szczegół, istniejący właśnie w okresie nacieku, co nie może być bez znaczenia dla rozwoju sprawy chorobowej.

Huber twierdzi, że nacieki, powstałe w skórze właściwej, uciskają z jednej strony na tkankę elastyczną, z drugiej na tkankę łączną i części dodatkowe skóry, przez co sprowadzają zanik. Gdyby tak było, zanik nawet zupełny następowałby w miejscach nacieku istniejącego, lub tkanki po nim pozostałej i w jej najbliższem otoczeniu, a nie zajmowałby pojedynczych odcinków skóry na pewnych miejscach.

Z obrazu histologicznego zatem przekonaliśmy się, że w tej sprawie chorobowej mamy do czynienia ze sprawą zapalną przewlekłą, której przyczyny, jak dotąd, nie znamy. Największa liczba autorów, jak Pospelow, Jadassohn, Neumann, Huber i Bechert, uważa za przyczynę jakąś nieznaną zmianę nerwów odżywczych, a z tych tylko Neumann nazywa tę sprawę zapalną, od zmian nerwowych zależną. W ten sam sposób przypuścićby można jakąś sprawę zakaźną, lub powstałą z przyczyn wewnętrznych, bo żaden z autorów zmian w nerwach obwodowych lub ośrodkach nerwowych w swoim przypadku nie wykazał. Wydaje mi się zatem słuszniejszem wskazać tylko na widoczną w obrazie mikroskopowym sprawę zapalną przewlekłą, nie mówiąc o przyczynie, która jest dotąd całkiem ciemną, bo ani przebieg kliniczny, ani badania anatomiczne sprawy tej nie wyjaśniają. Nawet porównanie obrazu klinicznego lub obrazów mikroskopowych liszaja rumieniowego *(lupus erythematosus, ulerythema centrifugum)*, choroby, najwięcej z tą sprawą patologiczną pokrewnej, nie daje nam żadnych wskazówek, bo i to ostatnie cierpienie ma nieznaną etyologię, mimo twierdzeń autorów francuzkich, uważających je za gruźlicę skóry.

Po dokładnej zatem rozwadze obrazu klinicznego, jak i obrazów histologicznych wszystkich przypadków podobnych, dotąd ogłoszonych, jak i naszego, mimowoli nasuwa się wątpliwość co do samoistności tej postaci zaniku. Histologicznie, a nawet klinicznie wykazać się daje sprawa zapalna przewlekła, która prawdopodobnie przez swoje umiejscowienie, jak to widać w preparatach mikroskopowych, następowo dopiero sprowadza zanik tkanek. Przy sprawach histologicznie zbliżonych do tego cierpienia, jak np. przy liszaju żrącym, rumieniowym, kile, spostrzegamy także zanik skóry, nazywamy go jednak „następowym“; przy tej zaś sprawie chorobowej, którą powyżej opisałem, a w której objawy zapalne są widoczne, ale powstałe z nieznanej nam przyczyny, musimy zachować na razie nazwę zaniku „samoistnego“ skóry, aż do czasu, w którym etyologia sprawy zapalnej nie będzie jasną.

W końcu składam gorące podziękowanie WP. Prof. W. Reissowi za oddanie mi powyższego przypadku do opracowania i za cenne wskazówki w pracy.

Piśmiennictwo: Bechert: Ueber e. Fall diffuser idiopath. Hautatrophie (Arch. f. D. u. S. 1900. LIII). — Breda: Contributo all'atrophia idiopat. della pelle. (Festsch. f. Kaposi. 1900). — Bronson: Atrophia cutis idiopathica. (Pos. Tow. derm. N York. 1885) — Buchwald: Ein Fall v. diff. idiopath. Hautatrophie. (Arch. f. D. 1883. XV). — Colombini: Klinische u. histologische Untersuchungen über e. Fall v. Atrophia idiopath. (Monsh. f. pr. D. XXVIII. 2). — Elliot: Ein Fall v. idiopath Atrophie d. Haut. (Jour. of cut. and. g. u. 1895). — Fordyce: Symmetrische Atrophie d. Haut. (Arch. f. D. S. XLVI). Grön: Diffuse idiopath. Hautatrophie. (Norsk Mag f. Laegevid, 1891). — Heller: Ueber d. idiopath. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann. 1900) — Huber: Ueber Atrophia idiopath diff. progressiva cutis im Gegensatze zur seniler Atrophie. (Arch. f. D u. S. 1900. LII). — Jadassohn: Ueber eine eigenartige Form v. Atrophia maculosa cutis (Arch. f D. u. S. 1892. XXIV. Ergh.). Jordan: Ein Fall v. diff. seniler Atrophie u. Hyperpigmentose der Haut. (Monsh f. pr. D. XXV). — Kolaczek: Ein merkwürdiger Fall circumscripter Hautatrophie. (Arch. f. D 1876). Metscherski: Atrophia cutis idiopathica et sclerodermia (Towarz. w Moskwie 1899). — Nielsen: Atrophodermia erythematosa mit excentrischer Verbreitung. (Tow. derm. duńskie 1899). — Nikulin: Atrophia cutis idiopath. (Tow. derm. w Moskwie 1897). Neumann: Ueber e. seltene Form v. Atrophie d. Haut. (Arch. f. D. u. S. 1898. XLIV). — Ohmann Dumesnil: Ueber e. ungewöhnlichen Fall v. Atrophie d. Haut. (Monash. f. pr. D. 1890). — Pospelow: 1) Cas d'une atrophie idiopath. d. l. peau. (Ann. d. D. e. S. 1886). — 2) Fälle idiopath. Hautatrophie. (Med. Obosrenije. 1887). — 3) Atrophia cutis maculosa. (Tow. derm w Moskwie 1899). — Riedel: Idiopath. progress. Hautatrophie. (Arch. f D. u. S. XLVIII). — Rille: Atrophia cutis idiopathica. (Wien. derm. Gesel. 1898). — Schütz: Erythromelalgie und Hautatrophie. (Derm. Ztsch. 1899). — Shepherd: Atrophia maculosa et striata im Gefolge v. Ileotyphus. (Amer. Derm. Assoc. 1890) — Taylor: Ein Fall v. circumscripter idiopath. Atrophie d. Haut. (Journ. cut. and gen. ur. 1893). — Touton: Ueber einen Fall v. erworbener idiopath. Atrophie d. Haut. (Deut. m. Woch. 1886). — Unna: Ein Fall v. idiopath. diff. progress. Hautatrophie. (Fests. f. Neumann). — Zinsser: Ein Fall v. symmetrischer Atrophie d. Haut. (Ach. f. D. u. S. 1894. XXVIII).

IV. Wyciągi.

Quadflieg. **Przyczynek do kazuistyki pachwinowych przepuklin jajnikowych.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1901, Nr. 20). Jajnik, jako treść przepukliny, zdarza się częściej w przepuklinach pachwinowych, niż w udowych. W wielu przypadkach mamy do czynienia z przepukliną wrodzoną; na myśl tę naprowadza fakt, że przepukliny te są często obustronne. Rozpoznanie jest trudne. Na 36 przypadków, które podaje Englisch, była 27 razy przepuklina pachwinowa, a tylko 9 razy udowa. Autor opisuje trzy przypadki przepukliny pachwinowej, zawierającej jajnik. Dwa razy dotyczyło to dzieci, a raz osoby dorosłej. Tylko w jednym przypadku przypuszczał, że ma do czynienia z jajnikiem, ale tylko dlatego, że miał niedawno przypadek podobny. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schenk. **Przebicie macicy zapomocą przyrządów.** (*Münch. med. Wochens.* Nr. 22). Przytaczając ogłoszone przypadki przebicia macicy przy sondowaniu, zwraca Sch. uwagę na możliwość wprowadzenia zgłębnika do trąbki, co może przedstawić się, jako przebicie macicy. Autor, przepłókując macicę przed skrobanką 1/1000 rozczynem sublimatu, nagle spostrzegł, że maciczny cewnik wpadł na głębokość 20 ctm.; usunięto więc natychmiast cewnik i badano dwukrotnie jamę macicy zgłębnikiem; w obu razach wchodził zgłębnik na głębokość 20 ctm. Ponieważ wkrótce potem wystąpił zapad, przeto, przypuszczając przebicie macicy, wykonano laparotomię, przy której znaleziono ścianę macicy nader kruchą, w trzech miejscach przedziurawioną. Po zeszyciu otworów przyszyto macicę do tylnej ściany pęcherza. W trzecim dniu wystąpiły objawy zatrucia rtęcią, które jednak nie sprowadziły zejścia śmiertelnego. *P.*

Fuchs. **Doświadczenia kliniczne nad waporyzacyą macicy.** (*Münch. med. Wochens.* Nr. 22). W klinice ginekologicznej w Kilonii stosuje się waporazycyę zawsze w uśpieniu chloroformowem. Przewód szyi naprzód zawsze rozszerzają, następnie wykonują skrobanie błony śluzowej macicy, poczem przestrzykują jamę macicy $1\frac{1}{2}\%_0$-wym rozczynem karbolu, resztkę płynu wyciągają z jamy i dopiero stosują waporyzacyę. Jeżeli przyjmiemy, że jama macicy ma ciepłotę 38°, to para 118—119°, dostając się do jej wnętrza, podnosi ciepłotę już po 30-tu sekundach na 98·5° C., po dalszych 30 sekundach na 100° 25 C., a więc utrata ciepła przez drogę jest 20. Działanie pary polega na spaleniu pierwszego lub drugiego stopnia; wystarczy do tego, jeżeli wysoka ciepłota (115—120°) zadziała przez 20—30 sekund; wtedy zniszczoną będzie tylko warstwa powierzchowna, a warstwy głębsze nie będą naruszone. Rurkę ochronną należy wprowadzać nie głębiej, jak na 1 ctm. ponad ujście wewnętrzne; przy głębszem wprowadzeniu macica oblega rurkę i przeszkadza działaniu pary. Waporyzacyę poleca Fuchs w zmianach rzeżączkowych błony śluzowej macicy; dalej w krwawieniach z błony śluzowej macicy, ale tylko u osób starszych; przy guzach jamy macicznej, n. p. polipach, włókniakach i t. p., tylko w tych przypadkach, gdzie nie można wykonać operacyi doszczętnej. Przy nowotworach złośliwych, szczególniej przy raku, daje Fuchs pierwszeństwo paquelinizacyi, bo sposób ten działa pewniej i mocniej. Jako jedynie skuteczną uważa F. waporyzacyę przy zmianach klimakterycznych. *P.*

Heine: **Przypadek krwotoku z tętnicy dogłowowej wewnętrznej wskutek żółciołojaka** (*cholesteatoma*). (*Berliner klinische Wochenschrift* 1001, Nr. 23). Autor opisuje przypadek, w którym dwukrotnie operowano z powodu żółciołojaka w uchu środkowem po stronie prawej. Zniszczenie kości było bardzo rozległe tak, że przy drugiej operacyi wyjęto część przedniej ściany jamy bębenkowej i otworzono błędnik. Przy jednym z opatrunków wystąpił silny krwotok, który nie zmniejszył się po uciśnięciu tętnicy dogłowowej. Sądzono, że krwotok pochodzi z żyły jarzmowej wewnętrznej. Krwotok powtórzył się dwa razy przy następnych opatrunkach, zawsze jednak zatamował się po silnem wytamponowaniu rany. Chory umarł na ropnicę. Sekcya stwierdziła przedziurawienie tętnicy dogłowowej wewnętrznej w miejscu przejścia jej z kierunku pionowego w poziomy. Na kości skalistej stwierdzono rozległe zniszczenia, które sięgały aż do otworu słuchowego wewnętrznego. Prócz tego znaleziono zapalenie opon, ograniczone do płatu potylicznego prawego. W samym płacie potylicznym po stronie prawej stwierdzono trzy ropnie wielkości od ziarnka grochu do orzecha włoskiego; prócz tego znaleziono ropień wielkości grochu w przysadce mózgowej *(hypophysis cerebri)*, a w zatoce poprzecznej prawej — zakrzep. *Dr. Teofil Zalewski.*

Grossmann. **Przypadek tętnienia blizny bębenkowej.** (*Berl. klin. Wochs.* 1901, Nr. 24). Autor opisuje przypadek, w którym zauważył tętnienie w bliźnie bębenkowej u kobiety 33-letniej, która z powodu upośledzenia słuchu przybyła do kliniki usznej w Berlinie. Tętnienie to objawiało się w ten sposób, że blizna wypukłała się i zapadała. Autor zauważył, że tętnienie to jest arytmiczne. Zjawisko to zwróciło jego uwagę na układ krążenia. Badanie serca wykazało rozszerzenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Jako przyczynę zmian w sercu przyjęto wól, wielkości jaja kurzego, który miał uciskać na tętnicę dogłowową. Badanie dna oka po tej stronie wykazało lekkie przekrwienie i rozszerzenie naczyń. Autor przyjmuje, że i w jamie bębenkowej nastąpiło przekrwienie i rozszerzenie naczyń, i że tętnienie tych rozszerzonych naczyń udzielało się powietrzu jamy bębenkowej, względnie bliźnie. Zjawisko to nie występowało zawsze. Chora żadnych szumów nie doświadczała w tem uchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

L. v. Stubenrauch. **O martwicy (nekrozie) fosforowej.** (*Samml. klin. Vortr. h. v. R. v. Volkmann.* N. F. Nr. 303). Skutkiem trwającego dłuższy czas wdychiwania pary fosforu białego, który za pośrednictwem krążenia płucnego dostaje się do ogólnego krwiobiegu, następują charakterystyczne zmiany w całym układzie kostnym, a więc i w żuchwach. Zmiany te polegają, jak wiadomo, na jednostajnem zagęszczeniu kości *(sclerosis)*, połączonem ze zwężeniem jamy szpikowej. Skutkiem zakażenia następowego, — które najłatwiej nastąpić może w żuchwie dzięki zębom, (pruchnica, ropotok zębodołowy) — występują dopiero dalsze zmiany, teraz już dwojakie: mianowicie 1) obumieranie i przebiegające równolegle z martwicą tkanki kostnej jej wessanie, podczas gdy 2) podrażniona sprawą zakaźną okostna wytwarza nową tkankę: wyrośle kostne (osteofity), — które razem tworzą trumienkę, obejmującą obumarłą, sklerotyczną, ale już ulegającą rozrzedzeniu żuchwę. A zatem nazwa „martwica (nekroza) fosforowa“, wcale nie odpowiada rzeczywistości, — bo fosfor w niczem nie przyczynia się do jej powstania. Sprawy tej, typowej u ludzi, nie zdołano wywołać doświadczalnie. *Herman.*

Merkens. **O powikłaniach wewnątrzczaszkowych w przypadkach ropienia ucha środkowego.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Tom 59, Zeszyt 1 i 2). W przypadkach zapalenia opon mózgowych, które wikłają ropienia ucha środkowego, leczenie chirurgiczne nie ma wielkich widoków powodzenia; o wiele za to większe ma widoki w przypadkach ropnia mózgowego. Ważną dlatego jest rzeczą zrobić dokładne rozpoznanie, czy mamy do czynienia z zapaleniem opon mózgowych, czy też z ropniem mózgu. Za zapaleniem opon przemawia wysoka gorączka, przyspieszenie tętna, szybki przebieg i zmienność objawów; nadto występują objawy podrażnienia układu mięśniowego i nerwowego, co w sferze psychicznej objawia się niepokojem. W przypadkach ropnia mózgowego mamy ciepłotę prawie prawidłową i zwolnienie tętna; nadto występ-

pują objawy porażenne, które w sferze psychicznej objawiają się apatyą. Przebieg ropnia mózgowego jest powolny i nie ma tej zmienności objawów, jaką widzimy w przypadkach zapalenia opon mózgowych. Najważniejszym objawem ropnia mózgowego jest wystąpienie zaburzeń ruchowych, a dla lewostronnych ropni płatów skroniowych, wystąpienie charakterystycznych zaburzeń mowy: mianowicie wystąpienie niemoty słuchowej, — chory słyszy, ale nie rozumie, co się do niego mówi; niemoty ruchowej, — według autora, dotąd nie spostrzegano. Zmiany na dnie oka nie mają, według autora, wielkiego znaczenia rozpoznawczego; także i co do nakłócia lędźwiowego zdania są podzielone. Trudności rozpoznawcze powstają, jeżeli mamy do czynienia z kombinacyą obydwóch chorób. Nadmienić wypada, że wyżej opisane zaburzenia mowy nieraz są pierwszym objawem ropnia mózgu w płacie skroniowym. Trudnem jest rozpoznanie ropni, usadowionych między kością a oponą twardą, lub między oponą a mózgiem. Ułatwia nieraz rozpoznanie obecność przetok, prowadzących do ogniska ropnego. Ropnie te są właściwie przejściem między ropniem mózgowym, a zapaleniem opon mózgowych. Dlatego też i objawy są tego rodzaju, że nieraz możemy się wahać, z czem mamy do czynienia, czy z zapaleniem opon, czy też z ropniem mózgowym. Są przypadki, gdzie ropnie tego ostatniego rodzaju wywoływały zaburzenia mowy tegosamego rodzaju, co i ropnie mózgowe. Przyczyną wystąpienia tych zaburzeń jest zapalenie samej kory mózgowej; zapalenie to co do swego pochodzenia jest podobne do zapaleń, jakie spotyka się w okolicy ropni na innych częściach ciała.

We wszystkich tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z nagromadzeniem się ropy, czy to w mózgu, czy to na kości lub oponach, wskazanem jest ropień otworzyć. Trudniej się zdecydować na zabieg operacyjny w przypadkach zapalenia opon, choć i tutaj odsłonięcie opon dało już nieraz dobry wynik.

Dr. Teofil Zalewski.

Prof. Czerny (Wrocław). **Zasady, zmierzające do ograniczenia pojęcia „zołzów" (scrophulosis).** (*Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen*, Tom II. Zeszyt 3, 1901). Obecnie jest już rzeczą dowiedzioną, że obrzękłe gruczoły chłonne na szyi, zniekształcające nierzadko cały wyraz twarzy u dzieci lub starszych, są prawie zawsze dotknięte gruźlicą, wobec czego byłoby na miejscu, by miano zołzy (*scrophulosis*) albo zupełnie usunąć, albo też oznaczyć niem pewną postać gruźlicy, podobnie jak toczeń określa postać gruźlicy skóry. Gruźlicą więc należałoby nazwać te wszystkie stany chorobowe, które bądź zapomocą badań bakteryologicznych, bądź histologicznych jako gruźlicze stwierdzone zostały; — zołzami zaś nazywa autor tę nieprawidłowość ustroju u dzieci, którą na razie tylko klinicznie (nie anatomopatologicznie) z całego szeregu ścisłych objawów chorobowych rozpoznać można. Do tych cech należą: ogniopiór, pojawiający się na policzkach już w pierwszych miesiącach życia w kształcie ostro odgraniczonego i swędzącego wyprysku, a znikający w ciągu drugiego roku życia. Etyologia tej zmiany skóry dotychczas niewyjaśniona. — charakterystycznem jest w każdym razie, że ogniopiór występuje daleko częściej u dzieci dobrze zbudowanych i o świetnem wejrzeniu. Dalszymi niemniej wczesnymi a typowymi objawami zołzów są świerzbiączka (*prurigo*), wikłająca się często z poprzedniem cierpieniem skórnem, nadto przerost migdałków i ogólna bladość powłok skórnych, pomimo że badanie krwi nie stwierdza nic nieprawidłowego. *Dr, Henryk Pisek.*

Sokołowski (Warszawa). **Dane statystyczne, odnoszące się do czynników, powodujących gruźlicę płuc. (Dziedziczność, nadużywanie napojów wyskokowych, zapalenie opłucny, kiła).** (*Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen*, Tom II. Zeszyt 3, 1901).

Dziedziczność. Poglądy o dziedziczności gruźlicy płucnej tak dalece się zakorzeniły, że samą dziedziczność stawia się poniekąd na równi z gruźlicą, dopiero w ostatnich czasach (Koch) sprawa ta o tyle się zmieniła, że w rozwoju gruźlicy płuc przypisuje się rolę zakażeniu, a dziedziczność jest tylko czynnikiem ubocznym, przysposabiającym grunt dla gruźlicy skutkiem zmniejszonej odporności tkanek. Spostrzeżenia autora, zasadzające się na obfitym bardzo materyale, bo na 8074 chorych, stwierdziły, że dziedziczna skłonność do gruźlicy jest tylko bodźcem, który przyczynia się jedynie do szybkiego rozwoju gruźlicy płuc (zwłaszcza u osób młodych), nie dającym się wcale lub bardzo trudno usunąć, nawet najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Tę postać gruźlicy nazwał Sokołowski ustrojową (konstytucyonalną), znamionującą się nadto następującemi cechami: małe serce (teorya Brehmera), ogólnie wązki układ naczyń krwionośnych (teorya Beneckego), wązka klatka piersiowa (Kwiatkowski) i niedostateczna ruchomość szczytów płucnych. Z nader starannie zestawionych liczb statystycznych wynika również, że *a)* stopa odsetkowa dziedzicznej gruźlicy płuc, (która wogóle każe gorzej rokować, niż nabyta), nie jest znów tak wielką, jak to powszechnie przyjmują; *b)* przeważająca liczba (75%) chorych odnosi się do gruźlicy nabytej, w której można osiągnąć trwałe, albo dłużej lub krócej trwające polepszenie.

Zapalenie opłucnej. Już w r. 1882 wypowiedział Landouzy (Paryż) zdanie, że każde zapalenie opłucnej, powstałe skutkiem przeziębienia, jest pochodzenia gruźliczego, i że w przeważającej liczbie przypadków prowadzi do gruźlicy płuc. Statystyka autora wykazuje w tym względzie tylko 3% przypadków rozwoju gruźlicy płuc na tle zapalenia opłucnej, wobec czego trudno się zgodzić na twierdzenie Landouzego, — co zresztą już Sokołowski w roku 1897 wykazał.

Nadużywanie trunków wyskokowych, prowadzące stopniowo do coraz większego upadku moralnych i materyalnych warunków życiowych u poszczególnych osobników, a podkopujące skutkiem tego odżywienie ustroju, przyczynia się w wielkim stopniu do gruźliczego zakażenia. I z tej też strony należy się zapatrywać na rolę, jaką wyskok odgrywa w etyologii gruźlicy.

Kiła sama przez się zarówno, jak i wycieńczające leczenie swoiste, zdołają tak daleco zniszczyć ustrój, że bardzo łatwo może uledz zakażeniu gruźliczemu, znamionującemu się w takich przypadkach szybkim a ciężkim przebiegiem. Z drugiej znów strony zaznaczyć należy, że takie przypadki nie wydarzają się zbyt często, albowiem, jak statystyka autora wykazuje, w niespełna 3%.

Dr. Henryk Pisek.

M. Schmidt. **O hyperemesis lactantium itd.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Cierpienie to, cechujące się uporczywemi wymiotami osesków, które w końcu prowadzą do zupełnego wyniszczenia, różnie bywa tłómaczone. Jedni, jak Löbker i Kehr, sądzą, że przyczyna jest anatomiczna, że się ma do czynienia z rzeczywistą cieśnią odźwiernika; inni, a zwłaszcza Escherich i jego szkoła, twierdzą, że jest to cierpienie czynnościowe, wywołane stałym skurczem odźwiernika. Do zapatrywania tego skłania się i autor. Za przykładem Nikolla, wykonał w jednym takim przypadku operacyę Lorety (nacięcie żołądka i rozszerzenie od wewnątrz odźwiernika kleszczykami i zgłębnikami), i, jak Nikoll, osiągnął S. jak najlepszy wynik. *Ex juvantibus* wnosi tedy autor, że przyczyną cierpienia jest skurcz zwieracza odźwiernika, objaw analogiczny do skurczu mięśnia sromu (m. cunni, przy pochwicy (*vaginismus*), lub m. zwieracza rzyci przy szczelinach, którego tłem anatomicznem może być jakaś nadżerka na błonie śluzowej w odźwierniku; konsekwentnie też uważa Schmidt doraźne rozszerzenie odźwiernika za jedynie odpowiedni sposób leczenia chirurgicznego, gdy zawiedzie systematyczne przeprowadzone leczenie wewnętrzne. *Herman.*

Docent E. Payr. **O operacyach zachowawczych na jądrze i przyjądrzu.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). U chorego, który już jedno jądro utracił skutkiem ostrego zapalenia, wystąpiło zapalenie w jądrze drugiem i to tak gwałtowne, że, by życie ocalić, musiano przystąpić do operacyi. Po odsłonięciu jądra, stwierdził P., że przyjądrze jest zupełnie niezmienione; — chcąc jednak koniecznie jądro ocalić, przeciął go wzdłuż. Ropy nie znalazł, — wylało się tylko z powierzchni rozkroju nieco płynu surowiczego, mętnego, w którym znaleziono gronkowca; — gonokoków nie było. Jądro zeszył napowrót. Bezpośrednio po operacyi bóle ustały, gorączka ustąpiła, a rana zagoiła się przez rychłozrost. W dwa lata po operacyi stwierdził P., że jądro wcale nie zanikło i wydzielało nasienie z żywymi plemnikami. Podobnie oszczędzająco postępuje P. wobec pewnych spraw zapalnych w przyjądrzu, pozostających po przebytem zapaleniu rzeżączkowem. Odsłania przyjądrze, nacina ognisko i wyskrobuje zropiałe, zagęszczone ognisko ropne. Zaleca cięcia poprzeczne. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 czerwca 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o śmierci ś. p. kolegi Dra Tomasza Drobnika, zmarłego w dniu 22 maja b. r. i w gorących słowach podnosi Jego zasługi, wyrażając żal, że przedwcześnie dla nauki polskiej i społeczeństwa zeszedł do grobu. Dalej zawiadamia, że wysłał telegram do Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, którego członkiem był zmarły, z wyrazami serdecznego współczucia.

Obecni stojąc wysłuchali przemówienia.

III. Dalej zawiadamia przewodniczący o udziale delegatów Towarzystwa lekarskiego w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

Przyjęto do wiadomości.

IV. Kol. Kędzior przedstawił chorą z rozpoznaniem klinicznem *Cholangitis chronica*, leczoną wielkiemi dawkami oliwy stołowej, która ma działać żółciopędnie, z wynikiem zadowalniającym (przeznaczone do druku). W dyskusyi Kol. Hirsch jest za podawaniem oliwy w tych przypadkach i to nie tylko *per os* ale i *per rectum* i omawia przypadek z własnej praktyki, leczony oliwą, który jednak skończył się zejściem śmiertelnem.

V. Dalej przedstawił Kol. Kędzior dwa przypadki ciężkiej padaczki u kobiety i ucznia, liczących po lat 19. U obu tych chorych choroba trwa od przeszło 2 lat, z napadami co 2—3 dni, a czasami nawet kilka napadów dziennie. Leczenie bromem z początku zmniejszało liczbę napadów, później jednak poczęły się pojawiać częściej i o większem nasileniu, co skłoniło do zastosowania sposobu Flechsiga, zmodyfikowanego przez Ziehena, mianowicie podawano makowiec od 0.15 do 0.90 *pro die*, stosując równocześnie kąpiele od 24—17° R. przez 10—3 minut, a na wewnątrz podając kwas solny w rozczynie 1.5 grm., na 200 wody, 3 łyżki dziennie. W 52-gim dniu leczenia podano 6 grm. następnie 7 i 8 grm. *pro die* mięszanki bromowej. Po miesiącu musiano zmiejszyć dawkę bromu do 3 grm. dziennie z powodu wystąpienia objawów zatrucia. W czasie podawania makowca liczba napadów nie zmniejszyła się wcale; z chwilą podania bromu napady ustąpiły przeszło na miesiąc, poczem zaczęły się pojawiać mniej więcej raz na tydzień, znacznie słabsze od poprzednich. Władze umysłowe u obydwu chorych poprawiły się, usposobienie stało się weselsze, a chora pozbyła się astazyi i abazyi, jaką okazywała w chwili przyjęcia do kliniki.

Sposób ten można polecić w przypadkach ciężkiej padaczki, gdy samo leczenie bromem nie przynosi dostatecznej poprawy. W czasie leczenia winno się pilnie zwracać uwagę na zachowanie się ciężaru ciała, tętno, liczbę oddechów, siły i na przewód pokarmowy *(streszczenie własne)*.

Kol. Buzdygan jest wielkim zwolennikiem podawania bromu w dużej ilości w czasie, gdy napady coraz częściej się pojawiają; również po napadzie należy, zdaniem jego, podawać brom w dużej ilości; objawów ubocznych nie spostrzegał w swej praktyce. Brom należy podawać później, gdy napady stają się coraz rzadsze, całemi latami; choć wtedy wystarczy podawać go już w ilości małej. Opisuje przypadek z własnej praktyki, leczony tym sposobem z wynikiem względnie pomyślnym; przez 3 lata chora była wolną od napadów.

Kol. Surzycki z własnego doświadczenia na chorych miał sposobność przekonać się o skuteczności leczenia metodą Flechsiga.

W odpowiedzi koledze Buzdyganowi kol. Kędzior zaznacza, że tam, gdzie napady są rzadsze, niepodawałby tak długo bromu. Kol. Surzyckiemu odpowiada prelegent, że według jego doświadczenia korzystny wynik leczenia trzeba przypisywać raczej bromowi, niż makowcowi; makowiec nie wywiera tak korzystnego wpływu, jak to inni opisują.

VI. Kol. Dr Kwiatkowski demonstrował dwa przypadki chorobowe: 1) typowy przypadek wiądu rdzenia pacierzowego, u którego nadzwyczaj obrazowo spostrzegać można było opisane przez Babińskiego charakterystyczne 3 okresy ruchowe, występujące podczas podnoszenia się chorego z położenia leżącego w siedzące, jak również wybitne i bardzo znaczne opóźnienie w przewodnictwie czuciowem. którego krzywą, wykreśloną przez kol. Zanietowskiego młodszego, zapomocą przyrządu jego własnego i Exnera pomysłu, równocześnie przedstawił;

2) Białaczkę u mężczyzny z niezwykle dużą śledzioną, wciskającą się niemal w miednicę małą i preparaty krwi, wszystkie robione przez kol. Wilczyńskiego, z trzech odrębnych postaci białaczek, spostrzeganych w ostatnim czasie w klinice lekarskiej, a mianowicie: dwóch białaczek przewlekłych, jednej tzw. obecnie białaczki szpikowej *(myelaemia)*, drugiej gruczołowej *(lymphaemia)* i jednej białaczki gruczołowej ostrej.

Ten ostatni przypadek tzw. białaczki gruczołowej ostrej, dał demonstrującemu sposobność do wyrażenia zdania, opartego na wyniku dokonanej nekroskopii, (nieznacznego tylko stopnia powiększenie gruczołów, zupełnie krwawy szpik kostny) i przedstawionych ze szpiku tego preparatów, zawierających same limfocyty, że najnowsze zapatrywanie, dowodzące wspólnego szpikowego pochodzenia wszystkich postaci białaczek, ma bardzo dużo za sobą prawdopodobieństwa *(streszczenie własne)*.

Kol. Ciechanowski nie sądzi, aby przypadek kol. Kwiatkowskiego mógł służyć na poparcie wspomnianej teoryi, ponieważ sam kol. K. podaje, że przy sekcyi prócz zmian w szpiku znaleziono zmiany w gruczołach limfatycznych.

Po odpowiedzi kol. Kwiatkowskiego kol. Ciechanowskiemu, zabrał głos kol. prof. Korczyński i podniósł, że spostrzegał przypadek białaczki ostrej, gdzie gruczoły bardzo nieznacznie się powiększyły, a przy sekcyi stwierdzić można było, że najbardziej powiększone były krezkowe. Cały przebieg za życia odpowiadał ostrej limfemii, śledziona była bardzo mało powiększona, utrzymywał się stan gorączkowy, przy raptownem zmniejszaniu się ciałek czerwonych; największe zaś zmiany były w szpiku kostnym, który był zupełnie krwawy.

Kol. Ciechanowski przeciwstawia temu przypadkowi przypadek limfemii podostrej ze szpitala św. Łazarza, sekcyonowany w Zakładzie anatomii patolog., a który zdawał się raczej całym obrazem anatomicznym i klinicznym potwierdzać zapatrywania Ehrlich-Lazarusa.

VII. Kol. Kędzior przedstawił preparaty z nadnerczy chorego, zmarłego z powodu choroby Addisona, zawierające prątki gruźlicze.

VIII. Kol. Gliński demonstrował mięsaki, usadowione w okolicy dolnej części jelita grubego, szerzące się głównie w obrębie błony podśluzowej i omówił zmiany anatomo-patologiczne i objawy kliniczne za życia zmarłej.

IX. Kol. Ciechanowski przedstawił i omówił preparaty z przypadku pierwotnego ropnia w niewielkim, częściowo zwapniałym gruczolaku gruczołu tarczykowego. Ropień ten przebił wązką przetoką przez torebkę gruczołu, poczem powstała ropówka *(phlegmone)* na szyi, którą operowano. W miesiąc potem, gdy sprawa na szyi zdawała się już być wygojoną, wśród pozornego zdrowia wystąpiła gorączka, bóle głowy, w końcu bezprzytomność. Po 4 dniach zejście śmiertelne, a przy sekcyi znaleziono, prócz wspomnianego ropnia, zapalenie ropne opon mózgowych. W ropie z ropnia i opon wykazano paciorkowce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny

VI. *Stosunki sanitarne w Slawonii i Kroacyi, skreślone na podstawie dzieła Dr. Ivo Žirovčića.*

Królestwo Kroacyi i Slawonii, należące do krajów korony węgierskiej, posiada od roku 1868 własną autonomię. Wewnętrzna administracya, sądownictwo i oświata znajdują się we własnym zarządzie krajowym. Finanse i handel są podporządkowane odpowiednim ministerstwom w Peszcie. Język urzędowy jest jednak we wszystkich, a więc i w urzędach wspólnych, kroacki. Nawet w kroackiej obronie krajowej językiem urzędowym i komendy jest kroacki. Na czele kraju stoi zupełnie samoistny ban, zastępca cesarza. Własny sejm jest prawodawczym w wspomnianych wyżej 3 zakresach rządzenia. Kraj podzielony jest na 7 komitatów, te znów na 79 powiatów. Najwyższym urzędnikiem politycznym z pierwszych jest wielki żupan i podżupan (lekarz: fizyk komitatski), w drugich — naczelnik powiatu, starosta (lekarz: powiatowy = *Bezirksarzt)*.

Kraj sam z wejrzenia przypomina bardzo Galicyę. Tylko klimat o wiele łagodniejszy. Mieszkańców liczy Kroacya około $2^1/_2$ milionów na przestrzeni 43 tysięcy □ kilometrów, Kroatów (wyznania kat.) i Serbów (schyzmatyków). Inne narodowości są w bardzo małej ilości.

Lekarzy posiada Kroacya około 500, z których przeszło 100 praktykuje w Zagrzebiu. Między pierwszymi jest 70 wolno praktykujących; wszyscy inni są na posadach państwowych lub gminnych.

Ponieważ Uniwersytet w Zagrzebiu (od r. 1874) nie posiada Wydziału lekarskiego, przeto lekarze tutejsi odbywają nauki lekarskie w Wiedniu lub Gracu. Dzięki jednak ofiarności publicznej kraj posiada fundusz, wynoszący obe-

cnie przeszło milion koron, który umożliwi otwarcie Wydziału lekarskiego w niedalekiej przyszłości.

Ogniskiem życia duchowego tutejszych lekarzy jest miesięcznik „Liečnički Viestnik“, wychodzący od lat 22 nieprzerwanie pod redakcyą Dr. Cačkovića, dzielnego chirurga i niezmordowanego pisarza. Pomieszcza on prace oryginalne tutejszych lekarzy i wyciągi, przeważnie z prac lekarzy słowiańskich. Jestto organ Towarzystwa lekarzy kroackich, liczącego 25 członków honorowych, 8 korespondentów i 420 zwyczajnych. Z Polaków członkami honorowymi są profesorowie: Edw. Korczyński, Rydygier i Bujwid. Zadaniem tutejszego Towarzystwa lekarskiego jest oprócz wymiany zdań na polu zawodowem, podniesienie piśmiennictwa lekarskiego, złożenie funduszu dla wspierania kolegów niezdolnych do pracy, oraz wdów i sierot po lekarzach.

Stosunki osobiste lekarzy urzędowych, jak również służby zdrowia w gminach, miastach i szpitalach, reguluje ustawa z r. 1894: *a)* lekarzy miejskich jest 51 w 36 miastach i miasteczkach. Stolica kraju, Zagrzeb (po kroacku Zagreb), ma fizyka miejskiego i 4 lekarzy dzielnicowych miejskich. Większe miasta mają 3 lub 2, miasteczka jednego lekarza miejskiego. *b)* Nadto kraj jest podzielony na 170 gmin sanitarnych. W tych pełnią służbę lekarze gminni (podobnie jak w Galicyi lekarze okręgowi). *c)* Lekarzy powiatowych jest 79. Wioski, położone naokoło siedziby powiatu, tworzą też 1 gminę sanitarną i w niej służbę zdrowia pełni oprócz swoich właściwych czynności, lekarz powiatowy. *d)* Siedmiu lekarzy komitatowych sprawuje naczelną władzę sanitarną w komitatach. *e)* Kierownikiem służby zdrowia w kraju jest protomedyk, referent sanitarny bana.

Władza komitatu rozporządza specyalnym funduszem zdrowotnym, z którego pokrywa się wszelkie wydatki, jakie urząd zdrowia za sobą pociąga, jak płace lekarzy, budowa szpitali, wydatki w czasie epidemii itd. Do funduszu tego wpływa $2^1/_2\%$ podatku gruntowego, regularne datki poszczególnych gmin, darowizny, kary za przestępstwa przeciw zdrowotności i t. d. Ważną i naśladowania godną jest ustawa, która mówi: „Jeżeli lekarz (nawet prywatny na wezwanie władzy) wskutek czynności w czasie epidemii umrze, lub wskutek przebytej słabości straci zdolność do pracy, należy się mu, a względnie wdowie, jakoteż sierotom, taka płaca, jakgdyby służył państwu 40 lat“.

Płaca lekarzy gminnych wynosi 1000—1500 koron i 200 k. na mieszkanie. Drugie tyle przynosi zwykle praktyka prywatna i komisye. Lekarze powiatowi pobierają 1600—2600 kor. i 400 k. na mieszkanie. Fizycy komitatowi 2400 do 3200 k. i 600 k. na mieszkanie. Drugie tyle przynosi lekarzom rządowym praktyka, a względnie komisye.

W obecnych stosunkach nie-Kroaci posad rządowych nie otrzymują. Przy wszystkich głównych urzędach, jako organa doradcze, funkcyonują komisye zdrowotne, a więc przy urzędach gminnych, miejskich i komitatskich.

Do komisyj tych należą: urzędnicy polityczni, lekarze rządowi i prywatni, weterynarze, budowniczowie, inżynierowie, księża, radcy miejscy i t. d. Funkcye te przy władzy centralnej sprawuje krajowa Rada zdrowia, składająca się z 12 członków zwyczajnych, należących do zawodu lekarskiego (dyrektorzy i prymaryusze szpitali, lekarze prywatni, rządowi, miejscy i t. d.), i 18 członków nadzwyczajnych z grona prawników, aptekarzy, chemików, weterynarzy. Wszystkich mianuje ban na 5 lat. Działalność tej Rady zdrowia podobna jest, jak w Galicyi.

Kroacya posiada następujące szpitale:

1) Sióstr miłosierdzia w Zagrzebiu	400 łóżek,	12 lekarzy
2) Braci miłosierdzia publ. w Zagrzebiu	460 »	8 »
3) Sióstr miłosierdzia w Zemunie	200 »	2 »
4) Funda yjny w Osieku (krajowy)	300 »	4 »
5) Krajowy w Pakracu	120 »	2 »
6) Miejski w Karlowcach	250 »	2 »
7) » » Varazdinie	96 łóżek	1 lekarz
8) » » Koprivnicy	90 »	1 »
9) » » Sissek	100 »	1 »
10) » » Zeng	12 »	1 »
11) » » Pożega	44 »	1 »
12) » » Bródzie	40 »	1 »
13) » » Peterwardeinie	44 »	1 »
14) » » Karlovci	25 »	1 »
15) Okręgowy w Mitrovicy	100 »	2 lekarzy
16) » » Vinkovcach	80 »	2 »
17) Komitatowy w Gospic	80 »	1 lekarz
18) » » Ogulinie	120 »	1 »
19) » » Petrinji	60 »	1 »
20) » » Glinie	35 »	1 »
21) » » Nowej Gradišce	76 »	1 »
22) » » Belovarze	100 »	2 lekarzy
23) » » Dugaresie	40 »	1 lekarz
24) Gminny w Vukovarze	45 »	1 »
25) » » Rumie	22 »	1 »
26) » » Goricy	40 »	1 »
27) hr. Erdödy w Nowym Marofie	14 »	1 »
28) Prywatny w Virovitiey	4 »	1 »
29) Dworski w Daruvarze	8 »	1 »
30) Fabryczny w Belišće	21 »	1 »
31) Robotników w Vrbanje	30 »	1 »
32) Sióstr miłosierdzia w Diakowo	10 »	1 »
Razem . .	3099 łóżek	59 lekarzy

Nadto bogatsze i większe gminy posiadają urządzone, a mniejsze miejscowości budynki zarezerwowane na wypadek epidemii.

Krajowy zakład dla obłąkanych w Stenjewcu mieści 500 łóżek, około 100 osób służby, robotników i 3 lekarzy. Jest on zawsze przepełniony i zachodzi wielka potrzeba drugiego podobnego zakładu. Roczne utrzymanie Zakładu wynosi około 150 tysięcy koron. Tak tu, jak i w niektórych większych szpitalach, daje się bardzo uczuć brak systemizowanych lekarzy. Płace lekarzy szpitalnych, stosunkowo do wymagań pod względem pracy umysłowej i fizycznej, są nader nędzne. Prymaryusz pobiera 200, sekundaryusz 100 koron miesięcznie.

Krajowa szkoła akuszerek, połączona ze szpitalem dla położnic w Zagrzebiu, kształci rocznie 60 akuszerek. Porodów odbywa się około 300 rocznie. Służbę lekarską pełni dyrektor zakładu i profesor szkoły, jakoteż jeden asystent. Ten ostatni zmienia się co pół roku. Cały kraj posiada około 400 akuszerek na posadach.

Nadto posiadamy w Zagrzebiu zakład dla głuchoniemych i dla ociemniałych.

Od roku 1895 istnieje tu krajowy zakład dla wyrabiania limfy szczepiennej. W roku 1900 dostarczył ten zakład limfy dla 300.000 szczepień.

Szpitale, jak i wyżej wymienione zakłady, odpowiadają w każdym kierunku wymaganiom zdrowotnym i leczniczym.

Kierownicy szpitali i prymaryusze są zawodowo wysoce wykształceni i rutynowani lekar.e, należący przeważnie do nowej generacyi. Między nimi jest wielu specyalistów. I tak: chirurdzy: Dr. Wikerhauser i Dr. Karol Schwarz, dalej Dr. Fischer. Dr. Čačković, Dr. Culumović i Dr. Barković. Interniści: Dr. Rakovac, Dr. Kosirnik i Dr. Kiseljak; specyaliści chorób nerwowych: Dr. Gutschy i Dr. Zirovčić. Okuliści: Dr. Musulin, Dr. Lušic-Matković i Dr. Rechnitzer a specyalista chorób skórnych i wenerycznych: Dr. Mašek. Ginekologowie: Dr. Oskar Weiss. Dr. Malec i prof. Lobmayer. Bakteryolog: Dr. Joanović. Chemik lekarski: prof. Bošnjaković i t. d.

Północno-zachodnią część kraju stanowi ziemia urocza pagórkowata, obfitująca w liczne zdrojowiska, do których zaliczamy 1) Akratotermy: Krapińske toplice, Stubičke toplice, Šutinsko, Sv. Jelena, Slavetić i Lešće. 2) Termy siarczane: Varaždiske toplice i Smrdeće toplice. 3) Szczawa arsenowo-żelazista: Fužine. 4) Kąpiele morskie: Bakar, Kraljevica, Cirkvenica, Selce, Novi, Senj i Karlopag; 5) dalej na południowym wschodzie: Topusko Akratoterma z 50° wodą; 6) a w końcu jeszcze

dalej na wschód, tj. w Sławonii, cieplice jodowo-sodowe: Lipik i tuż obok: 7) Daruvar cieplice żelaziste i nieco na południe: 8) Akratoterma Velika i Valpovo. 9) Wyborne szczawy obfitujące w kwas węglowy w Jamnica, Lasinja, Apatovac i Strekovac.

Kroacya i Sławonia posiadają własną farmakopeę i własną taksę leków. Wszyscy właściciele aptek wraz z samoistnymi prowizorami tworzą gremium. Prezes jest nadzwyczajnym członkiem krajowej Rady zdrowia. Nadto wielu lekarzy w mniejszych miasteczkach posiada apteki domowe. Od r. 1896 urządzono w Zagrzebiu zakład chemiczno-analityczny, przystępny dla rozbiorów z urzędu i dla prywatnych.

Wszystko prawie, co dotychczas uczyniono na polu higieny i zdrowotności, uczynił kraj sam, względnie władza: tylko tu i ówdzie napotkać można ślady dobroczynności prywatnej.

Zakładów dla podrzutków i dzieci nieprawego łoża niema, jakkolwiek potrzeba ich czuć się daje bardzo.

Wydatki krajowe ze strony władzy autonomicznej wynosiły w r. 1900 18·5 miliona koron. Z tego przypada na cele sanitarne pół miliona, oprócz płac lekarzy urzędników i służby, opłacanych z innych etatów. Kasy dla chorych tu istnieją i przynoszą niestety wielką szkodę materyalną dla lekarzy.

Ludność tutejsza zajmuje się chowem bydła i rolnictwem: lekarza wzywa się tu rzadko, jednak stosunkowo ma przecież więcej do niego zaufania, niż u nas w Galicyi. Puszczania krwi i „leków cudownych" nie zdołano jeszcze wykorzenić.

Ludność wiejska żywi się oprócz ziemniaków jarzynami strączkowemi, mięsem wieprzowem, baraniną i koziną. W bogatszych okolicach piją wieśniacy oprócz wódki (śliwowicy), także wino i piwo. Chłop kroacki żeni się bardzo często już przed 20 rokiem życia, tak, że służba wojskowa, która w tym kierunku nie stawia przeszkód, często przerywa młodej parze miodowe miesiące. Bardzo dużo wieśniaków wędruje w celu zarobku do Ameryki: wychodźcy posyłają co roku do domu znaczne zasiłki. Wielka stosunkowo liczba ludności wędruje do Ameryki, ażeby już nigdy nie wrócić. Nie tak trudność zarobku w kraju, ile obiecane góry złotodajne wabią do wychodźtwa.

Z chorób nagminnych największą plagą kraju jest jaglica. W niektórych okolicach choruje na nią 0·52%, to jest na 10,000 mieszkańców 52. Rząd krajowy czynił i czyni bardzo dużo w kierunku zapobieżenia i leczenia: lekarze powiatowi i gminni objeżdżają 2 razy tygodniowo zakażone wioski i poddają ludność swoistemu leczeniu. Osobny lekarz, okulista, kieruje całą sprawą, objeżdża zakażone okolice i poucza lekarzy.

Śmiertelność w błonicy spadła w ostatnich latach z 60% na 11%, dzięki stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej Behringa. W okolicach nad Dunajem, Sawą i Drawą ludność cierpi bardzo na zakażenie zimnicze.

Dur brzuszny zdarza się tylko sporadycznie. Uwagi godne są późne następstwa kiły pod nazwą „Skrljevo". Nazwa ta pochodzi od wioski w okolicy Bakaru (Buccari) na wybrzeżu kroackiem, gdzie choroba ta zniszczyła całą okolicę i ztąd się aż w okolicę Bośni i wzdłuż wybrzeży Dalmacyi od wieków rozprzestrzeniła. Są to trzeciorzędne kilaki zapalne, które niszczą przeważnie policzki i nos, ale występują i na innych częściach ciała w podobnej postaci, jako rozległe rany skórne, próchnica kości, wreszcie wysokiego stopnia niedokrewność, wyniszczenie i ostateczny uwiąd, prowadzący do śmierci. Systematyczne leczenie przeciwkiłowe, połączone z dobrem odżywianiem, zwalcza tę ciężką chorobę, która, Bogu dzięki, z każdym dniem rzadziej się zdarza.

W ostatnich latach stwierdzono kilkadziesiąt przypadków rumienia lombardzkiego (pellagra). *Dr. I. K.*

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

7. Docent L. Haškovec (Praga). **Kilka zagadnień spornych w zapatrywaniu na nerwicę urazową.** Twierdzenia swoje, oparte na podstawie piśmiennictwa i 12 własnych przypadków, podaje prelegent w formie następującego streszczenia: nazwy „nerwica urazowa" nie należy odrzucać; zastrzegamy ją dla chorób czysto czynnościowych lub dynamicznych, dla których brak nam dotąd podkładu anatomicznego. Objawy przedmiotowe nerwicy urazowej, na których obok objawów podmiotowych i zasługujących na zaufanie wywiadów opiera się nasze rozpoznanie, zgadzają się z objawami znanych nerwic i neuro-psychóz *(neurasthenia, hysteria, hypochondria, melancholia, epilepsia)*. Dlatego więc wartość pojedynczych objawów jest w nerwicy urazowej takasama, jak i w tych ostatnich. Żadnych objawów przedmiotowych, cechujących li tylko nerwicę urazową, niema. Choć zdarza się udawanie ze strony chorych, to przecież jest ono rzadkiem, i trzeba je odróżnić od przesadzania chorych przy opisie swych pojedynczych objawów podmiotowych. Okłamanie lekarza doświadczonego jest wprost wykluczone. Do wykrycia symulantów i do ocenienia pojedynczych objawów najlepiej nadają się zakłady i szpitale; lekarz atoli nigdy nie powinien przystępować do badania chorego z uprzedzeniem. Przy badaniu należy zwracać uwagę z jednej strony na każde, choćby nawet nieznaczne zranienie, (dające się często dopiero zapomocą roentgenografii wykryć), z drugiej zaś strony trzeba mieć na uwadze, że bolesność (przy ucisku) niektórych miejsc, oraz przykurczenia pewnych mięśni mogą naprowadzić na myśl o zmianach organicznych danego miejsca. I tak już dziś wyodrębnia się w nerwicy urazowej pewna jej postać, cechująca się nieruchomością kręgosłupa. Rokowanie w tej chorobie jest przy odpowiedniem leczeniu niezłe. W razach, gdzie od decyzyi lekarza zależy rozstrzygnięcie sporów o zabezpieczenie poszkodowanego i t. d., i gdzie lekarz nie jest pewny rozpoznania, najlepiej wyrazić otwarcie *ignoramus* i przypomnieć chlebodawcy, iż wyżej niż nauka stoi — ludzkość.

8. Docent L. Syllaba (Praga). **O wzajemnym stosunku między rozpadem a nowotworzeniem krwinek czerwonych w niedokrewności złośliwej.** Wykrycie bilirubiny w surowicy krwi w pięciu przypadkach niedokrewności złośliwej, nadto wykrycie wolnej hemoglobiny w jednym z tych przypadków, zmusiły już dawniej autora do zapatrywania, że punktem wyjścia choroby Biermera jest rozpad krwinek czerwonych. W obecnej pracy chodzi autorowi o wykrycie przyczyn owej zgubnej „erytro-cyto-lysis". Do rozwiązania tego zagadnienia obrał on drogę doświadczalną. Widząc bowiem, iż cały szereg objawów klinicznych przemawia za toksemicznem pochodzeniem choroby Biermera, podawał S. psom znane zkądinąd trucizny, działające na krew, w celu wywołania powolnej toksemii. Rzeczywiście udało mu się w jednej seryi doświadczeń wywołać ciężką niedokrewność, przebiegającą z żółtaczką, bilirubinuryą, względnie urobilinuryą, dalej z typowem zabarwieniem narządów wewnętrznych, z obrzękiem śledziony i zaczerwienieniem szpiku kostnego. W drugiej zaś seryi naodwrót nastąpiło wzmożenie ciałek czerwonych z równoczesnem zabarwieniem narządów wewnętrznych, względnie bilirubinuryą i wyraźnym odczynem ze strony narządów krwiotwórczych. Przytem jednak u zwierząt pierwszej seryi spostrzegał niekiedy w przebiegu choroby pomnożenie liczby krwinek czerwonych, w drugiej zaś przeciwnie wydarzały się wahania *in minus*. Zjawisko to tłómaczy autor walką między hemolizą i hemopoiezą. Jeżeli rozpad bierze górę, zmniejsza się ilość krwinek i barwika krwi; jeśli zaś przeważa czynność krwiotwórcza, zwiększa się zawartość obu. Zależnie od tego, która z tych czynności zwycięży na stałe, staje się zwierzę niedokrewne, albo też krwiste (pletoryczne).

Jest rzeczą wysoce paradoksalną, iż tensam czynnik, który niszczy tysiące krwinek czerwonych, jest w stanie pomimo tego wywołać i krwistość (pletorę). Widocznie hemoliza sama przez się jest czynnikiem drażniącym dla narządów krwiotwórczych, obecność zaś wytworów rozpadowych we krwi jest bodźcem dla nich.

Wniosek ten wyjaśnia nam odrazu dużo niejasnych spraw w obrazie choroby Biermera. Wytłómaczy on nam łatwo dziwne nieraz zwroty w przebiegu choroby Biermera: nagłe i znaczne po-

większenie ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny. Wtedy pojmujemy także działanie arszeniku i najnowszą terapię tej choroby, zapomocą hemolizy, które przecież, tak jedno jak i drugie rozpuszczają krwinki czerwone *in vitro*.

Jeśli słusznem jest twierdzenie Anschütza, iż moczówka (diabetes) bronzowa ostatecznie powstaje z powodu rozpadu ciałek czerwonych krwi, wtenczas dałoby się wytłómaczyć na podstawie doświadczenia autora, dlaczego dotąd w tej chorobie nie znaleziono rażącego jakiegoś zmniejszenia krwinek, ani hemoglobiny, lecz raczej ich pomnożenie. Z tegoby wynikało, iż w klinice spotykamy się z hemolizą, przebiegającą *a)* z niedokrewnością, *b)* z krwistością; do pierwszej należałoby zaliczyć niedokrewność złośliwą, do drugiej moczówkę *(diabetes)* bronzową i t. zw. hemochromatozę. Właściwa przyczyna obu miałaby swe ostateczne źródło w przewlekłem zatruciu krwi.

Zapatrywanie to, według którego wzmożony rozpad krwinek czerwonych może wśród pewnych okoliczności sprowadzić podrażnienie narządów krwiotwórczych i krwistość (pletorę), znajduje analogię i w innych gałęziach patologii ogólnej. Tak n. p. zwiększona praca mięśnia sercowego przy wadach serca wywołuje przerost serca i wyrównanie następstw zaburzonego wyrównania (kompenzacyi). Niedostateczne przewietrzanie płuc przy zwężeniach krtani prowadzi przez t. zw. „Selbststeuerung des Athmens" do oddechów głębszych, niż w warunkach zwykłych. We wszystkich tych przypadkach istniejąca sprawa chorobowa stara się, ile się da, regulować zmienione stosunki i ratować ustrój od zguby. Należy więc taka samoregulacya zmienionych stosunków we krwi przez hemolizę do zjawisk teleologicznych doniosłej wagi. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 25 lipca.

— Redaktor główny „Przeglądu" Dr. Kwaśnicki, wyjeżdża na kilkotygodniowy wypoczynek. Aż do powrotu zastępować go będzie w redakcyi Prof. Dr. Ciechanowski *(Wielopole 4)*.

— Ś. p. Dr. Buszek przekazał testamentem swój higieniczno-lekarski księgozbiór Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu.

— Komitet gospodarczy XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie wezwał prof. Hlavę do utworzenia czeskiego narodowego komitetu. O komitecie polskim jakoś dotąd nie słychać.

— »Časopis lékářů českých« uskarża się, że na lecznicę dla suchotników zebrano w Czechach dotąd tylko 13.000 koron. Istotnie to niewiele, a jednak przecież więcej, niż w Galicyi.

— Poraz pierwszy otrzymały niedawno w Niemczech, mianowicie w Halle, dyplom lekarski dwie kobiety, pp. Klausner i von Leyden.

— Równouprawnienie kobiet-słuchaczek nastąpiło w uniwersytecie w Helsingfors.

— Amerykański milioner Carnegie ofiarował uniwersytetom swej ojczyzny, Szkocyi, nieprawdopodobnie olbrzymią darowiznę, bo nie mniej, jak 40 milionów marek. Dochód z połowy tej kwoty przeznaczył na udoskonalenie środków naukowych w wydziałach lekarskich i przyrodniczych (budowa i wyposażenie pracowni, zbiorów, bibliotek, tworzenie nowych katedr, zasiłków, stypendyów itd.). Dochód z drugiej połowy daru posłuży na stypendya dla słuchaczy szkockich wszechnic.

— Pisma lekarskie niemieckie nawołują do ostrożności w doświadczeniach z promieniami Röntgena, a to z powodu śmierci fizyka Clausena w Berlinie, który przy tych doświadczeniach odniósł uszkodzenia skóry na ręce, w następstwie zaś zmarł wkrótce pomimo odjęcia chorej ręki. Ostrzeżenie to pism niemieckich nie jest zbyt jasne; prawdopodobnie przyczyną groźnych następstw uszkodzenia skóry było chyba przypadkowe zakaźne powikłanie.

Redakcya otrzymała: Renck i: Ueber die functionellen Ergebnisse nach Operationen am Magen bei Ulcus und gutartiger Pylorusstenose. Odb. z »Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.« Tom 8. Zesz. 3. 1901. Puławski A.: 1) Nowe prądy w terapii chorób nerwowych (odb. z »Gaz. lek.«). 2) Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie. 3) Przyczynek do historyi rozwoju naszych miejscowości leczniczych. [Nałęczów]. (Odb. z »Medycyny«). Malewski Br.: 51 przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych w Zakładzie Nałęczowskim (dto). Uhma: Popęd płciowy i niektóre jego zboczenia. Lwów-Warszawa 1901. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku aorty. (Odb. z »Gaz. lek.«).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Graser przenosi się z Rostocku do Erlangen na miejsce v. Heinekego. Prof. Gulewicz z Charkowa mianowany profesorem chemii lekarskiej w Moskwie; tamże mianowany profesorem anatomii Doc. Karusin. Dr. Monnier mianowany profesorem higieny i medycyny sądowej w Nantes.

Bibliografia.

Medycyna Nr. 29: Orłowski St.: Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varola przy nieuszkodzonej czaszce. Krause: Przyczynek do kazuistyki rzadkich przypadków przepuklin jelita grubego.

— *Kronika lekarska* Zesz. 13: Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 29: Kukula: O autointoxikacich při occlusich střevnich. Šindelář: Několik slov o intubaci hrtanu z praxe venkovské. Khek: Sebevražedná otrava antifebrinem.

— *La Presse médicale* Nr. 56: Bonnaire i Decloux: Wrodzony gruczolak limfatyczny u noworodka. Rabé: Drogi wydalania barwika w moczówce barwikowej. Hartmann: Leczenie nacieku moczowego, przetok moczowych itd. Nr. 57: Debove: O otłuszczeniu bolesnem. Nr. 58: Calmette: Poliklinika przeciwgruźlicza w Lille. Plicque: Ból lędźwiowy i jego leczenie.

— *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 29: Strubell: O wpływie pożywienia na przebieg doświadczalnej mocznicy z dodatkiem uwag o dyetetycznem leczeniu mocznicy u ludzi. Kraus R.: O rozpoznawczej wartości swoistych strątów (w surowicach). Jelinek S.: Rażenie piorunem i wysokie napięcie elektryczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29: Buchner i Geret: O krystalicznym wytworze uodpornienia. Siegert: Doświadczenia nad żywieniem zdrowych i chorych osesków mlekiem v. Dungerna. Lommel: W sprawie wytrzymałości zarazka płoniczego. Braunschweig: O otoku jam kości twarzy. Korff: O znieczulaniu sposobem Schneiderlina. Klaussner: Przypadek luxatio claviculae sternalis duplex congenita. Hoepfl: Spostrzeżenia chirurgiczne. Schanz: Wyprostowywanie znacznych garbów nawykowych. Seggel: Oświetlanie zakładów wychowawczych i szkół. Lenhartz: Endocarditis septica.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29: Leyden: Wyleczony przypadek tężca. Hethold: Cztery przypadki tężca. Kleine: Przypadki ospy w Berlinie. Hippius: Przyrząd do pasteryzowania mleka w domu. Waldeyer: Topografia mózgu. de Lille i Jullien: Nowy prątek kiły.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29: Nagel: W sprawie wytłaczania i przedziurawiania główki następującej. Fehre: Przyczynek do wiadomości o wiądzie rdzenia u kobiet. Hahn: Kilka spostrzeżeń z tegorocznego moru w Bombayu. Hirschfeld: O zmianach wielojądrzastych leukocytów w niektórych chorobach zakaźnych. Hammann: O wybuchu moru w Kapsztadzie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Rok XL. Kraków, 3 Sierpnia 1901. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, docent dentystyki i Prof. Dr. Wachholz, dyrektor zakładu.

II. O uszkodzeniach zębów.

Mechaniczne obrażenia zębów przedstawiają się w postaci zwichnięć (luxatio) i złamań (fractura). Rozróżniamy trojaki stopień zwichnięć: zwichnięcie 1-go stopnia polega na przerwaniu nerwu i naczyń u szczytu korzenia. Jeżeli to przerwanie będzie zupełne, wówczas ząb obumiera, przyczem zmienia pierwotną swą barwę na ciemniejszą. Taki ząb obumarły poznajemy tedy po ciemniejszem zabarwieniu, odróżniającem go od reszty, tj. zębów żywych, oraz po tem, że ząb ten będzie się chwiał w swej osadzie. W otoczeniu takiego zęba wytwarza się łatwo zapalenie okostnej, gdyż drobnoustroje zdolne są wywołać łatwiej w tem mniej odpornem miejscu objawy zapalne. Uratowanie w ten sposób wywichniętego zęba jest możliwe przez opatrunek antyseptyczny przewodu zębowego, do którego dostać się trzeba świderkiem od strony korony. W drugim stopniu zwichnięcia ulegnie ząb przemieszczeniu albo przed, albo poza szereg zębów istniejących. Uderzenie w tym razie musi być, jeżeli zęby były dobrze osadzone, silniejsze, niż w poprzednim. Zresztą wydarza się rzadko, aby pojedynczy ząb uległ przemieszczeniu, częściej znajdziemy ponadto wywichnięcie pierwszego stopnia zębów sąsiednich. Leczenie w tym przypadku jest dłużej trwające, bo oprócz leczenia, wymienionego poprzednio, trzeba odprowadzić ząb na właściwe miejsce i tu go ustalić zapomocą odpowiedniej maszynki, którą uszkodzony musi nosić przez 2—3 tygodni. Trzeci stopień polega na zupełnem wypadnięciu zęba z swej osady w jamie ustnej. W tym razie można popróbować natychmiastowej replantacyi, rozumie się z zachowaniem ostrożności przeciwgnilnych. Taka replantacya może się powieść, jednak najczęściej trzeba uważać ząb zupełnie zwichnięty za stracony i zastąpić go sztucznym. Złamanie zęba może dotyczyć albo części korony, albo jej całości. W pierwszym razie trzeba się przekonać, czy złamanie otwiera jamę, w której się znajduje miazga zębowa. Małe odłamki, a więc utrącenie narożnika, krawędzi zęba, odłamanie całej krawędzi, dadzą się zastąpić kawałkami porcelany bez naruszenia miazgi, tj. bez uczynienia zęba martwym. Skoro jednak raz jama miazgi będzie otwartą, nie da się miazga, a tem samem i ząb, utrzymać. Pierwszym aktem leczenia będzie zatrucie miąższu zębowego zapomocą ciasta (pasty) arszenikalnej, a następnym wyjęcie go, wyczyszczenie przewodu i osadzenie na ćwieczku złotym lub platynowym porcelanowej nasadki w miejsce odłamanej części korony. Te wszystkie dopełnienia odbitych kawałków korony, jakkolwiek na razie wyglądają efektownie, jednak nie zawsze trwale się trzymają, albowiem zależnem to jest od możliwości dokładnego umocowania. Zupełne odłamanie korony przebiega zwykle ku części językowej, tj. odłamek od strony miazgi jest zawsze wyższy, część zaś od strony języka będzie miała krawędź złomu niższą. Korzeń, tkwiący w zębodole, jest, jeżeli nie uległ wywichnięciu, dobrą i stałą podstawą do umocowania nowej sztucznej korony porcelanowej, osadzonej w przewodzie korzenia na ćwieku metalowym (tak zwany ząb ćwieczkowy). Sposób ten stanowi idealne zastąpienie zęba własnego, a umożliwia ono powrót do stanu prawie poprzedniego. Złamania, które łączą się zarazem z pęknięciem korzenia w jego długości, lub które uszkodziły korzeń zbyt głęboko, są w następstwach swoich daleko cięższe, gdyż osadzenie zęba ćwieczkowego jest wówczas niemożliwe i uciec się trzeba do innych sposobów osady zębów sztucznych, zastępujących wyłamane.

Omówione obrażenia zębów zdarzają się bardzo często w praktyce sądowo-lekarskiej, a ocena ich sprawia znawcy trudności o tyle, o ile ustępy ustawodawstw karnych, tyczące się uszkodzeń cielesnych, nie wspominają nigdzie o zębach. Tylko prawo rzymskie orzeka wyraźnie: *qui dentem ex gingiva excusserit libero homini, trecentibus assibus multatur, qui servo, centum et quinquaginta.* Starożytni wogóle krótko się załatwiali z osądzeniem za obrażenie zębów wedle krótkiej zasady „ząb za ząb“ lub „pieniądz za ząb“. Paweł Zacchias[1]) nie uznawał zębów za części ciała *(membra propria vel impropria)* i stąd uważał uszkodzenie zębów za mniej znaczne uszkodzenie, niż obrażenia istotnych części ciała. Zdaniem jego, chociaż zęby służą człowiekowi ku jedzeniu, mowie i ozdobie, przecież mogą być zastąpione przez zęby sztuczne

Przy ocenie obrażeń zębów mogłyby wchodzić w rachubę §§. 411, 152 i 156*a* austryackiej ustawy karnej, względnie §§. 223, 223*a* i 224 niemieckiej u. k., względnie §§. 1477—1482 rosyjskiej u. k., jakkolwiek, jak już nadmieniono, w ustępach tych niema nigdzie wyraźnej wzmianki o obrażeniach zębów. Zasadniczo przy ocenie tych obrażeń idzie o to, czy i kiedy należy je uznać za lekkie, względnie za ciężkie uszkodzenie ciała. W tym względzie trzeba, idąc za słusznem zdaniem Maschki, ściśle indywidualizować, a nie postępować, jak się to najczęściej zdarza, wedle

[1]) Pauli Zacchiae Romani totius status ecclesiastici protomedici generalis Quaestionum medico-legalium tomi tres. (Norimbergae 1726. pg. 414 Cap. XIX—XXII).

jednego, mniejwięcej utartego, szablonu. I tak utarł się u nas szablon uznawania wyłamania przynajmniej jednego zęba przedniego w całości, a drugiego takiego samego w połowie za tak zwane samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała w myśl ostatniego ustępu §. 152 u. k. Powodem tego szablonu jest następujący przypadek, omawiany przez Blumenstoka[2]): pewien mężczyzna rzuciwszy kamieniem z odległości czterech kroków na swego przeciwnika, wybił mu jeden ząb środkowy sieczny zupełnie, drugi zaś odłamał w połowie. Lekarze sądowi orzekli, że uszkodzenie to jest samo przez się ciężkie, a sąd w Korneuburgu zasądził sprawcę za zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała. W zgłoszonem przez zasądzonego zażaleniu nieważności nadmieniono, że powyższe uszkodzenie zębów nie może być w pojęciu prawnem uważane za ciężkie. Za ciężkie bowiem uszkodzenie uważa się te obrażenia, które sprowadzają zaburzenia w czynności jakiegokolwiek ważnego dla życia narządu, albo utratę, względnie bezużyteczność, potrzebnej części ciała. Trybunał Najwyższy odrzucił zażalenie nieważności i wyrok potwierdził, oświadczając, że w przypadku tym zachodzą znamiona przewinienia z §. 152*a* u. k., jeżeli się tylko zważy, że ważny dla zdrowia narząd, tj. uzębienie poszkodowanego, uległ na zawsze naruszeniu i umniejszeniu przez gwałtowne wybicie jednego siekacza, a odłamanie drugiego. Nie wchodząc bliżej w roztrząsanie tego przypadku, musimy stanowczo wystąpić przeciw szablonowemu uznawaniu wybicia półtora, względnie dwóch zębów za ciężkie uszkodzenie ciała; ocena bowiem w tych razach winna zależeć od licznych okoliczności ubocznych, a przedewszystkiem od tego, czy obrażone zęby były mlecznymi, czy też stałymi, czy były w całkiem dobrym, tj. zdrowym stanie, czy też przeciwnie w schorzałym. Wybicia zębów mlecznych, utrzymanych mimo dojrzałego wieku, lub u dzieci w wieku, w którym odbywa się drugie ząbkowanie, nie można uważać za samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała. Wprawdzie utrata zębów mlecznych bez względu na wiek dziecka jest mniej doniosłą z uwagi na to, że w miejsce ich występują zwykle zęby stałe, które brak ten potem wyrównają; jednak, jeźli utrata tych zębów spotka dziecię na dłuższy czas przed pojawieniem się drugiego ząbkowania, w takim razie pociągając za sobą upośledzenie żucia, uszkadza tak ważną dla dziecka czynność trawienia, a nadto wpływa niekorzystnie na rozwój szczęki i rozwój oraz ustawienie przyszłych zębów stałych. Usunięcie zębów mlecznych, dokonane w nieprzyjaznym zamiarze, może nieraz być dla uszkodzonego wręcz korzystnem, jak się to okazało w przypadku Gleitsmanna[3]). Pewien nauczyciel ludowy, trudniący się z amatorstwa wyjmowaniem zębów, ukarał ośmiu swych uczniów w wieku od 9 do 10 lat za niewłaściwe zachowanie się w ten sposób, że im powyjmował po jednym do trzech zębów mlecznych, za co oskarżony przez rodziców tych dzieci o ciężkie uszkodzenie ciała, stanął przed sądem. Zgodnie z tłomaczeniem się obwinionego stwierdził Gleitsmann, że usunięte przez nauczyciela zęby były zębami mlecznymi, w dodatku spróchniałymi i już ochwianymi, a wobec tego wyniku badania orzekł G., że czyn obwinionego nie sprowadził żadnej szkody dla zdrowia uczniów, lecz raczej był dla nich pewnem dobrodziejstwem. Sąd uwolnił nauczyciela od odpowiedzialności, natomiast władza szkolna wdrożyła przeciw niemu dochodzenie o niestosowne karcenie uczniów. Podobnie nie można uważać za ciężkie uszkodzenie ciała wybicia zębów spróchniałych, ropą dookoła otoczonych i stąd obluzowanych, jak to wynika z następującego orzeczenia, podanego przez Maschkę[4]): A. T., 45-letnią kobietę, uderzyła druga pięścią w twarz. Wezwany chirurg stwierdził zaraz wybicie jednego zęba siecznego i ochwianie dwu innych. Oględziny sądowo-lekarskie opiewały: 1) dziąsła są w szczęce dolnej jakby od zębów odciągnięte i mało jędrne, ani nie nabrzmiałe, ani nie zaczerwienione; 2) pierwszego górnego zęba siecznego i drugiego lewego dolnego zęba siecznego brak, jednak już od dawna, jak poszkodowana podaje i miejsca owe są zupełnie zabliźnione; 3) z pierwszego zęba siecznego dolnego lewego widać szczątek korzenia zgniłego, obydwa sieczne prawe nieco się chwieją. Orzeczenie: „Co się tyczy wybicia pierwszego lewego dolnego siecznego zęba i ochwiania dwu prawych dolnych siecznych, to nie można na pewne rozstrzygnąć, czy zmiany te wywołał uraz, gdyż ze stanu jamy ust można dojść do wniosku, że zęby te już przed urazem się chwiały. Jeżeli jednak przypuścimy, że uraz rzeczywiście miał miejsce, to następstwa, jakie wywołał, uważać musimy za lekkie uszkodzenie ciała ze względu na stan jamy ust, jaki znajdujemy“.

Ponieważ ustawodawstwa karne wymieniają między innemi kwalifikacyami ciężkiego uszkodzenia ciała także oszpecenie i to „w oczy wpadające“ (§. 156*a*. austr. u. k.), „znacznego stopnia“ (§. 224 niem. u. k.), „nie dające się zatrzeć“ (§. 1477 ros. u. k.), przeto zdarza się nieraz, że znawca lekarski korzysta z tej kwalifikacyi w przypadkach uszkodzeń przednich zębów i uznaje je za ciężkie, połączone z oszpeceniem poszkodowanego, nie zwracając wcale uwagi na to, że podciągnięcie uszkodzenia zębów pod cechę oszpecenia czyni zeń uszkodzenie, zagrożone w odnośnych ustawach bardzo ciężką karą (w Austryi karą ciężkiego więzienia od 5—10 lat; w Niemczech więzienia do 5 lat; w Rosyi zesłaniem na Sybir lub ciężkiemi robotami przymusowemi od 4—6 lat). I tak spotkaliśmy się niedawno z podobnem orzeczeniem, wydanem przez dwóch lekarzy, którzy bez namysłu uznali wybicie zapomocą łopaty dwóch zębów siecznych górnych i jednego dolnego u 73-letniego, wcale nieestetycznego i już do piękności światowej nie mającego pretensyi wiejskiego żebraka, za ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z wpadającem w oczy oszpeceniem! Skoro badanie dokonane przez jednego z nas (Wachholz) wykazało w wardze górnej po stronie wyłamanych zębów o brzegach dosyć gładkich, krwawe podbiegnięcie dziąseł w miejscu wyłamanych zębów, a nadto zęby wyłamane w stanie zupełnie zdrowym, przeto wydane przez nas orzeczenie opiewało: „obrażenia powyższe były wynikiem urazu, zadanego narzędziem tępokrawędzistem, którem mogła być łopata. Skoro wyłamane zęby były całkiem zdrowe, przeto wyłamanie trzech siecznych zdrowych zębów stanowi samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała po myśli ostatniego ustępu §. 152 u. k.; jednak uszkodzenie to nie sprowadziło bynajmniej oszpecenia, o jakiem mowa w §. 156*a* u. k.“. W po-

[2]) Lehre von den Verletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung. Maschka's Handb. d. ger. Med. Tübingen 1882. T. 1

[3]) Ausziehen von Zähnen als Mittel der Schuldisciplin. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1891. Berlin. Str. 83.

[4]) Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten Prag 1858.

wyższym przypadku wynikała niewłaściwość orzeczenia, uznającego wybicie trzech siekaczy za uszkodzenie, połączone z oszpeceniem, z niezrozumienia znaczenia tej kwalifikacyi. O oszpeceniu w pojęciu rzeczonych ustaw w danym przypadku już dlatego nie należało wspominać, że poszkodowany był starcem, a brak zębów jest do pewnego stopnia właściwością starczego wieku, oraz, że był on żebrakiem wiejskim, dla którego względy estetyczne nie mają żadnego znaczenia. Pomijając już przytoczony przykład, który ze względu na podniesioną mylność orzeczenia, wydanego przez pierwszych znawców, nie jest w praktyce sądowo-lekarskiej bynajmniej odosobniony, musimy nadmienić, że żadne z obrażeń zębów przednich, nawet u osób młodych, nie usprawiedliwia podciągnięcia go pod ustawową kwalifikacyę oszpecenia, a to dlatego, ponieważ oszpecenie to nie jest takiem, które nie dałoby się zatrzeć. Skoro sztuka dentystyczna nawet zupełnie bezzębnym przywraca zęby, wprawdzie sztuczne, ale czyniące zadość wszelkim wymaganiom estetycznym, przeto nawet wyłamanie wszystkich zębów przednich nie sprowadza trwałego i nie dającego się usunąć oszpecenia, a tylko o takiem mówią odnośne przepisy ustawowe.

Ocena uszkodzeń zębów zależeć musi od ich jakości, poprzednio już omówionej, oraz od ilości zębów dotkniętych obrażeniem. Samo przez się jest zrozumiałe, że niezupełne zwichnięcie zębów, które nie pociąga za sobą ich utraty, lub pęknięcie, względnie złamanie zęba, które się potem wygaja, nie może być zrównoważone z utratą całego zęba lub znaczniejszej jego części; obrażenia takie należy zatem uważać raczej za lekkie, niż za ciężkie uszkodzenie ciała. Odnośnie do ilości nie można utraty jednego zęba w całości lub części uznawać za ciężkie uszkodzenie ciała, albowiem wynikające stąd naruszenie nie jest tak znacznem, a nadto daje się ono zwykle z łatwością sztucznie wyrównać. Tem bardziej należy uważać za lekkie uszkodzenie ciała utratę zęba, który, czy to wskutek braku, czy wskutek wadliwego ustawienia zębów nie posiada antagonisty, albowiem ząb taki nie mógł żadną miarą spełniać przy żuciu swego zadania. Uszkodzenia większej liczby zębów stanowią już bez względu na swą jakość ciężkie uszkodzenie ciała (§. 152 austr. u. k.), albowiem dowodzą one większej siły zadanego urazu, upośledzają narząd żucia i do pewnego stopnia czynność trawienia, czynią (przy uszkodzeniu zębów przednich) mowę niezrozumiałą, zmniejszają naturalny wdzięk u osób młodych, zwłaszcza kobiet, a wreszcie przez możliwość silnego krwawienia lub następowego zakażenia jadem ropnym mogą stać się powodem dłużej trwającego naruszenia zdrowia, a nawet śmierci, wskutek przeniesienia się ropienia z szczęki górnej na opony podstawy mózgu, jak to np. miało miejsce w przypadku Paltaufa.

Na ocenę obrażeń zębów musi także wywierać wpływ szczególne ich zadanie w zawodzie poszkodowanego. I tak np. wedle dawnych przepisów, tyczących się uwalniania popisowych od służby wojskowej przy poborze, czynił brak przednich zębów bezwzględnie niezdolnym do tej służby, a to z tego powodu, że żołnierz musiał odgryzać koniec ładunku przed włożeniem go do strzelby. I dziś jeszcze widzimy, że np. szewc, chociaż nie musi, to jednak chętnie posługuje się zębami przy naciąganiu dratwy, że szwaczka zamiast przeciąć nitkę nożyczkami, odgryza ją itd Jeżeli w powyższych przykładach nie można mówić jeszcze o tem, iż szewc lub szwaczka tracą przez wybicie zębów przednich zdolność do zawodowej pracy, to przecież są zawody, które zębów wymagają koniecznie. Tak n. p. akrobaci i siłacze, walczący na płaską dłoń, dalej trębacze, potrzebują zębów do wykonywania swego zawodu. Przy zapasach siłaczy zachodzi nader silne zwarcie szczęk, raz wskutek samego przejęcia się i zapału, powtóre w chwili, gdy przeciwnik dokonywa dozwolonego chwytu pod brodę. Do jednego z nas (Łepkowski) zgłosił się taki zawodowy siłacz z prośbą o sztuczne uzębienie w miejsce naturalnego, dotkniętego próchnicą. Sporządzono mu dwie protezy, jedną do żucia pokarmów, drugą bezzębną w postaci silnej kauczukowej szyny, któraby dozwalała na silny szczękościsk przy zapasach. Mimo dokładnego sporządzenia tej szyny i dalszych, łamały się one przy każdych zapasach, wobec czego, gdy sztuka dentystyczna była tu niezdolną zastąpić braków uzębienia naturalnego, siłacz ów, zawodowy zapaśnik, musiał dotychczasowy swój zawód porzucić. Trębacz, pozbawiony zębów przednich, nie może już oprzeć o nie za pośrednictwem warg nasady trąby, a wobec tego nie może się zdobyć na wydobycie czystego tonu z instrumentu. I tak pewnego muzykanta, grającego na trąbce, w chwili nagłego zatrzymania się całej orkiestry w pochodzie trącił przed nim idący kolega tak silnie w trąbkę, trzymaną przy ustach, że nasadka trąbki wybiła mu dwa dolne siekacze. Nastąpiła niezdolność do pracy zawodowej, tj. grywania na trąbce, którą usunięto (Łepkowski) dopiero przez wprawienie dobrze oklamrowanych zębów sztucznych. Brak zębów uniemożliwia wykonywanie swego zawodu u ludzi, popisujących się gwizdaniem przez zęby, naśladującem śpiew ptaków, a upośledza w wysokim stopniu wywiązywanie się z zawodowego zadania artystom dramatycznym, śpiewakom, mowcom i t. d. W tych przytoczonych zawodach, z wyjątkiem akrobatów i siłaczy, brak naturalnego uzębienia w zupełności zastąpi sztuczne, nie pociągając za sobą niezdolności wykonywania nadal swego zawodu, jednak w każdym razie będzie ten brak u nich o wiele donioślejszym co do znaczenia, niż u ludzi innych zawodów.

Uwzględniając powyższe uwagi, dochodzimy do przekonania, że tylko orzeczenie, zastosowane do każdego przypadku obrażeń zębów z osobna, uwzględniające różne a omówione już okoliczności, może odpowiedzieć wymaganiom nauki, a tem samem i sprawiedliwości. W każdym tedy przypadku podobnych obrażeń winien znawca oprzeć swą ocenę na rozważeniu następujących okoliczności: 1) jakość i ilość uszkodzonych zębów; 2) wiek poszkodowanego, w szczególności, czy uszkodzone zęby były mlecznymi, czy stałymi; 3) jakim był stan zębów uszkodzonych przed zaszłem uszkodzeniem, tj. czy one były zdrowe i całe, czy schorzałe i nadwerężone; 4) jakie znaczenie ma dla poszkodowanego utrata danych zębów ze względu na żucie i wykonywanie zawodowej pracy; 5) czy i w jaki sposób powstałe wskutek urazu ubytki zębów naturalnych dadzą się zastąpić zębami sztucznymi i czy te sztuczne zęby będą w stanie i w jakim stopniu zastąpić zęby naturalne; wreszcie, 5) czy i w jakim stopniu uległy uszkodzeniu tkanki okoliczne, tj. kości szczękowe i części miękkie, oraz czy to uszkodzenie wywołało lub mogło było wywołać poważniejsze zaburzenia w reszcie ustroju. Zarazem musi znawca w swem orzeczeniu określić sposób powstania danego obrażenia zębów, oraz

narzędzie, którem je zadano. Powyższe uwagi wystarczą znawcy także i wtedy, gdy będzie miał za zadanie swego urzędu określić z obrażeń zębów utratę zdolności zarobkowania ze względu na ustawy o ubezpieczeniach od wypadków. (C. d. n.)

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii.

Grasica. — Przysadka mózgowa. — Jajniki.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Dokładniejsze nieco, a w każdym razie liczniejsze i ściślejsze, są badania drugiego narządu, którego znaczenie fizyologiczne do niedawna równie było ciemne, jak grasicy, badania przysadki mózgowej. Najwcześniej może zwróciła na nią uwagę patologia, upatrując w jej schorzeniu możliwą przyczynę powstawania akromegalii, choroby nie częstej, ale ciekawej, polegającej przedewszystkiem na zjawianiu się zmian przerostowych wogóle, zwłaszcza zaś w kościach. Ze stanowiska anatomii patologicznej wiele przemawia za związkiem takim. W najnowszych czasach popierają go także dokładne badania mikroskopowe Bendy[19]), który w kilku przypadkach akromegalii mógł stwierdzić wyraźne zmiany w utkaniu przysadki. Nie należy jednak zapominać, że podobne obrazy anatomo-patologiczne stwierdzano także w dwóch innych chorobach: w obrzęku śluzakowym i w matołectwie. W pierwszej z nich spotykał je dwukrotnie Ponfick[20]), w drugiej ten sam nawet Benda[21]). Dowodzi to z jednej strony, że schorzenia przysadki nie zawsze pociągać za sobą muszą akromegalię, z drugiej zaś uzasadniać może przypuszczenie, wypowiadane w ostatnich czasach dość głośno, że między czynnością gruczołu tarczykowego, a czynnością przysadki istnieje bliższy związek fizyologiczny.

W każdym razie na podstawie szczegółów, dostarczonych przez anatomię patologiczną, należałoby się spodziewać, że patologia doświadczalna powinna wyjaśnić biologiczne znaczenie przysadki, że przez usuwanie jej i śledzenie zmian, spowodowanych w ustroju przez wykluczenie tego narządu, da się określić jego rola, a przynajmniej utrwalić związek patologiczny między schorzeniami jego i tymi obrazami chorobowymi, w których schorzenia takie stwierdzano. I była istotnie chwila, w której na podstawie doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, dochodzono do dodatnich w tym kierunku wyników. Nie udawało się wprawdzie wywołać doświadczalnej akromegalii, ale za to stwierdzano [Sacchi[22]), Vassala[23]), Gatta[24])] występowanie chery z towarzyszeniem kurczów drgawkowych i tężcowych; lub, jak w doświadczeniach Casseli[25]), cukromoczu, — wszystko szczegóły, dostrzegane wielokrotnie po wycięciu gruczołu tarczykowego. Pośrednie, ale nie podrzędne znaczenie miały także doświadczenia Hoffmeistra, Gleya, Rogowicza, wykazujące, że po wycięciu gruczołu tarczykowego u zwierząt przerasta przysadka mózgowa. Tego rodzaju wyniki stanowiłyby już poważny dowód na uzasadnienie pokrewieństwa biologicznego między gruczołem tarczykowym, a przysadką, oraz na ugruntowanie stanowiska fizyologicznego i ważności biologicznej samej przysadki mózgowej. W ostatnich jednak czasach osłabił bardzo ich znaczenie Friedmann[26]), który pospołu z Mossem przedsiębrał podobne badania. Zwierzęta, pozbawiane przez nich przysadki, znosiły bardzo dobrze ten rękoczyn, zupełnie nie chorowały, a zabite po kilku miesiącach nie okazywały pod względem obrazu anatomicznego żadnych takich szczegółów, któreby uprawniały do twierdzenia, że przysadka jest narządem niezbędnym do życia, lub też, że w razie jej braku zastępcze czynności obejmują inne gruczoły, zwłaszcza gruczoł tarczykowy. Tak więc drogą fizyologicznego wykluczenia nie udawało się osiągnąć pewnych i jednolitych wyników.

Więcej światła rzuciły na całą sprawę inne doświadczenia, posługujące się metodą wprost przeciwną, polegającą na wprowadzaniu do ustroju istoty, otrzymanej z przysadki i na śledzeniu wpływu tej istoty w różnych warunkach. Drogą tą poszli najpierw Oliver i Schäfer[27]) i oni pierwsi poznali wpływ wyciągów z przysadki na krążenie, stwierdzili doświadczalnie, że po wstrzykiwaniach takich wyciągów podnosi się parcie krwi. Szczegół ten potwierdzony został następnie przez innych badaczy, jak: Hovel[28]), Livon[29]), Cyon[30]), a w ostatnich czasach Osborne[31]). Nadto Livon znalazł, że w chwili działania wyciągów drażnienie nerwu błędnego nie wywołuje spadku parcia, ale przeciwnie, wzrost parcia i wolne, a nader silne wahania w jego wysokości.

Najdokładniejsze ze wszystkich są badania Cyona, który przeprowadził cały szereg doświadczeń i bardzo systematycznie zajmował się przysadką. Według jego poszukiwań wyciągi tak świeżego, jak i suszonego gruczołu, wstrzyknięte wprost do żył, wywołują zwolnienie tętna, podniesienie parcia krwi, wzmożenie siły skurczów serca, działają przeto na nerw błędny, względnie na jego ośrodek. Podobny skutek wywiera także bezpośrednie drażnienie przysadki, lub drażnienie, zwłaszcza chemiczne, rozgałęzień nerwu trójdzielnego w błonie śluzowej nosa, o ile zwierzęciu poprzednio nie usunięto przysadki, lub nie przecięto nerwów błędnych. Pod wpływem zadrażnienia nerwu błędnego rozszerzają się, jak to Cyon wykazał, naczynia gruczołu tarczykowego i wypełniają się obficiej krwią, a skutkiem tego słabszy staje się dopływ krwi do naczyń czaszkowych.

Zadanie fizyologiczne przysadki polegałoby zatem według Cyona na miarkowaniu krążenia i na regulowaniu dopływu krwi do mózgu. Gdy dopływ za obfity, ciśnienie śródczaszkowe za wysokie, ulega gruczoł silniejszemu po-

[19]) Benda: Deutsche med. Wochschft, 1900. VB. S. 47 i 288.

[20]) Ponfick: Zeitschft. f. kl. Med. T. XXXVIII.

[21]) Benda: Deutsche med. Wochschft. 1901. VB. S. 10.

[22]) Sachi: cyt. wedł. Caselliego Ref. Centrlblt. f. Stoffwechsel- u. Verdauungskrankheiten 1900, S. 157.

[23]) Vassale: *ibidem*.

[24]) Gatta: *ibidem*.

[25]) Casseli: Ref. Centrblt. f. Stoffwechsel u. Verdauungskrankheiten 1900, S. 157.

[26]) Friedmann: Deutsche med. Wochschft. 1900, VB. 271.

[27]) Oliver i Schäfer: Deutsche med. Wochschrift 1897, LB. S. 81.

[28]) Hovel: Deutsche med. Wochschft. 1898. LB. S. 128.

[29]) Livon: *ibidem*. LB. S. 171.

[30]) Cyon: Pflügers Archiv. LXXI S. 431, LXXIII S. 483, LXXXI S. 267.

[31]) Osborn: Deutsche med. Wochschft. 1900, LB. S. 58.

drażnieniu. wydziela w większej ilości właściwą mu istotę, ta podrażnia nerw błędny, wywołuje pośrednio zwężenie tętnic, a za to rozszerzenie naczyń gruczołu tarczykowego, które stanowią jakby rodzaj przyrządu regulacyjnego dla krążenia mózgowego; stąd mniejszy dopływ krwi do naczyń czaszkowych i spadek ciśnienia śródczaszkowego.

Nie zajmując się bliżej rozbiorem wyników doświadczeń, ani też hipotezą Cyona i nie poddając jej krytyce, podnieść w każdym razie należy wielokrotnie stwierdzony wpływ przysadki na krążenie, już z tego powodu, że podobnie działają przetwory gruczołu tarczykowego. Tem prawdopodobniejszy staje się przez to przypuszczalny związek fizyologiczny obydwóch wzmiankowanych narządów. Zdaje się, że polega on nie tyle na działaniu zastępczem, ile na uzupełnianiu się wzajemnem i równorzędnem w czynnościach fizyologicznych. Za takiem pojmowaniem rzeczy przemawiać by mogły także badania Schiffa[32]), zmierzające do poznania wpływu przysadki mózgowej na przemianę pierwiastków. Oznaczenia, wykonywane u 3 chorych, wykazały, jako stałe następstwo, wzmożone wydzielanie fosforu, przy braku wybitniejszych różnic w przemianie istot azotowych. A więc czynna istota, hipofizyna, jak ją Schiff nazywa, działa w pierwszym zakresie podobnie jak tyroidyna. Jakie ciała, względnie tkanki, zawierające fosfor, ulegają rozkładowi, orzekać naturalnie nie można, tak, jak nie można kruszyć kopii o to, czy słusznie, lub nie słusznie widzi Schiff powód większego wydzielania we wzmożonym rozpadzie kości, a powstawanie akromegalii skłonny jest pojmować jako następstwo rozpadu zmniejszonego, wywołanego wygaśnięciem czynności przysadki.

Praktyczne korzyści ze wszystkich dotychczasowych badań są prawie żadne. Sądzićby wszakże wypadało, że wpływ przysadki na krążenie zużytkować można w tych przypadkach, w których zależy na usuwaniu przekrwienia naczyń mózgowia, lub na podniecaniu włókien hamujących nerwu błędnego; być może, że wtedy działałaby przysadka skutecznie, przynajmniej jako lek objawowy, w niektórych przypadkach nerwic sercowych lub choroby Basedowa. Jest to wszakże tylko teoretyczne przypuszczenie, jakkolwiek nie pozbawione pewnych podstaw i logicznego uzasadnienia w badaniach fizyologicznych. Czy i o ile słusznie, — na to odpowiedź dać może tylko klinika, potwierdzić mianowicie wyniki doświadczeń na zwierzętach i utrwalić ostateczne, wysnute z nich wnioski, dorzucić w ten sposób poważny okruch do miary wiadomości naszych o przysadce mózgowej. Przesądzać jej w żadnym razie nie wolno. Może wypaść twierdząco, ale niebyłoby zbyt wielką niespodzianką, gdyby doświadczenie kliniczne nie potwierdziło odnośnie do chorych teoryi fizyologicznej, tak samo, jak w sprawie akromegalii nie utrwala poglądu patologii. Mimo wszelkich danych z anatomii patologicznej, wskazujących, że źródła tej choroby szukać trzeba w schorzeniu przysadki, mimo stwierdzonego doświadczalnie wpływu przysadki na wydzielanie fosforu, nie daje tak bardzo ponętna terapia substytucyjna istotnych wyników w tej chorobie. Przyznają to sprawozdania Rollestona[33]) i Broadbenta[34]), a jakkolwiek Cyon[35]) w ostatniej swej publikacyi mówi o wpływie korzystnym „swoistego" leczenia, to jednak i on nie osiągnął nic więcej, jak tylko zmniejszenie się niektórych objawów, nie stwierdził zupełnego ustąpienia zmian przerostowych w kościach.

Przysadkę stosowali jeszcze w padaczce Mairet i Bosc[36]) i bynajmniej nie zachwalają jej działania; niekiedy nastawało nawet pogorszenie, napady stawały się częstsze i cięższe.

Tak więc znaczenie tego narządu w organoterapii jest prawie żadne, podobnie zresztą, jak i znaczenie omawianej poprzednio grasicy. Nie wynika z tego jednak, aby kliniczną stronę badań zostawić zupełnie na uboczu — i owszem, badania takie są bardzo pożądane i właściwe, chociażby dla tego tylko, że uzupełniać mogą wiadomości fizyologiczne i doświadczalno-patologiczne i ułatwiać dalsze badania, wskazując im cel i kierunek. (C. d. n.)

III. Wyciągi.

Schmidt. **W sprawie żywotności zarazka płonicy.** (*Münch. med. Woch.* 1901, Nr. 20). Drobnoustroje chorobotwórcze posiadają rozmaitą siłę zakaźną: dla odry podawano czas 2—3 tygodni, w którym drobnoustroje mogą wywołać zakażenie: dla płonicy czas ten ma być znacznie dłuższy; Sörensen, jako *maximum*, podaje 8 tygodni. Na dowód, że zakażenie może nastąpić i znacznie później, przytacza autor przypadek ciężkiej płonicy u położnicy, u której zakażenie nastąpiło w pierwszym dniu połogu wskutek przeniesienia jej na łóżko męża, który przed trzema miesiącami podczas służby wojskowej przebywał płonicę, obecnie jednak nie okazywał żadnych zmian. *P.*

Witthauer. **Przypadek porodu gwałtownego.** (*Münch. med. Wochens.* 1901 Nr. 21). Autor opisuje niezwykły przypadek porodu gwałtownego u wieloródki, która po użyciu większej ilości środka przeczyszczającego, zupełnie bez żadnych bólów i bezwiednie urodziła płód donoszony do naczynia nocnego. Podnosząc się dopiero z nocnika zauważyła oderwaną pępowinę, wiszącą z rodzącego się już ze szpary sromowej łożyska. Płód zupełnie był prawidłowo rozwinięty, lecz utopił się w treści nocnika. *P.*

Bünting. **W sprawie zastępczego krwawienia miesięcznego.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901 Nr. 23). Autor przytacza przypadek krwawienia zastępczego z pęcherza, pojawiającego się zazwyczaj na dwa dni przed rozpoczęciem się miesiączki. Z chwilą wystąpienia właściwej regularności krwawienie ustaje, a mocz staje się zupełnie czysty i nie okazuje żadnych zmian nieprawidłowych. *P.*

Glaerecke. **Opadnięcie cewki moczowej u kobiet.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901 Nr. 23). G. przytacza opis całkowitego wynicowania i opadnięcia cewki moczowej u 11-letniej dziewczynki, wyleczony zabiegiem operacyjnym. Według zdania G. opada tylko błona śluzowa cewki bez współudziału warstw głębszych: opadnięcie może być częściowe lub całkowite i dochodzić do bardzo znacznych rozmiarów, nawet do wielkości jaja kurzego. Znaczna wielkość pochodzi z obrzęku i zapalenia opadniętej części, która czasem nawet wskutek drażnienia może uledz zgorzeli. Za przyczynę tej choroby uważa G. zwiotczenie tkanek, czy to wskutek bardzo licznych porodów, czy też złego odżywienia, zwłaszcza u osób bardzo młodych, albo starych. Czynnikami wywołującymi jest parcie i uporczywy kaszel. Do objawów tego cierpienia należy ból przy siedzeniu i chodzeniu, utrudnione oddawanie moczu i częste krwawienie; zresztą objawy zależeć będą od wielkości opadniętej części i od zmian, jakie na niej powstały. Przy rozpoznaniu rozstrzygającem jest odszukanie światła cewki, przez które z łatwością cewnik do pęcherza wprowadzić się daje. Leczenie w początku polega na odprowadzeniu opadniętej części, noszeniu odpowiedniej podpaski, później na przyżeganiu opadającej części błony śluzowej, a w końcu na operacyi. Przechodząc różne sposoby operacyjne, daje G. pierwszeństwo sposobowi Singera, polegającemu na wycięciu od góry płatu owalnego, od dołu

[32]) Schiff: Zeitschft. f. kl. Med. XXII S. 285.

[33]) Rolleston: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897. S 351.

[34]) Broadbent: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 564.

[35]) Cyon: Pflügers Archiv. LXXIII S. 483.

[36]) Mairet i Bosc: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896, S. 1348

trójkątnego, którego szczyt sięga aż do błony śluzowej pochwy, podstawa zaś zwrócona ku górze. Powstałe rany zeszywa G. poprzecznie, przez co światło cewki podnosi się ku górze i zwęża. *P.*

Oppenheimer (Monachium). **O karmieniu noworodków mlekiem nierozcieńczonem.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXI, Zeszyt V i VI). Nie kusząc się wcale o otrzymanie pokarmu dla oseskόw, równowartościowego z mlekiem kobiecem, starał się autor to ostatnie zastąpić w sposób najkorzystniejszy dla ustroju oseska. Badania swoje przeprowadzał w sposób racyonalny, trzymając się wskazówek, podanych przez Czernyego; materyał swój podzielił na trzy grupy: 1. oseski zdrowe, 2. oseski z chorobami przewodu pokarmowego, i 3. oseski uwiędłe (atroficzne). Podawał on z początku mleko rozcieńczone po połowie z wodą i zwiększał stopniowo ilość mleka co drugi dzień o 100 grm., a ilość wody zmniejszał o 100 grm. W pierwszym miesiącu życia podawano dziennie 500·0, w drugim 450·0, a w 3-cim i 4-tym miesiącu 1000·0 dziennie, przy czem liczba dawek w pierwszych trzech tygodniach nie przekraczała ośmiu, w drugim do czwartego miesiąca — siedmiu, a w późniejszych miesiącach 5—6 dawek dziennie. Korzyścią podawania mleka nierozcieńczonego jest naturalnie łatwość jego przyrządzania, a przytem przyrost na wadze i rozwój ogólny znacznie lepszy. Liczby bowiem, otrzymane przez autora, są bezwarunkowo wyższe, aniżeli podane przez Camerera i Biederta. Wyniki te zachęcają zatem do stosowania tego sposobu żywienia noworodków z wyżej przytoczonemi zastrzeżeniami. *Jan Landau.*

Th. Tuffier. **Znieczulanie kokainą drogą rdzenia pacierzowego.** (*La Presse médicale*, 1901, Nr. 33). Tuffier wykonał czterysta operacyj w znieczuleniu drogą rdzenia i kładzie bardzo silny nacisk na technikę tego rękoczynu. Znieczulenie powinno się odbywać poza obrębem sali operacyjnej, dla uniknięcia wzruszeń wynikłych z widoku przygotowań i asystencyi. Do wstrzykiwań należy się posługiwać wyjałowioną, niezbyt dużą strzykawką z igłą włosowatą, a nie dość wielkim trójgrańcem, jak to czynili Corning i Bier. Nakłówanie trójgrańcem bowiem jest postępowaniem na ślepo, przy czem nie wiemy, czy jesteśmy już pod oponą pajęczą. Tuffier poleca do wstrzykiwań dwuprocentowy roztwór chlorku kokainy. Inne środki, jakoto: sztuczna surowica, eukaina, tropakokaina Mercka i roztwory izotoniczne z płynem mózgowo-rdzeniowym, wywołują słabsze znieczulenie, lub nie wywołują go wcale. Słabsze roztwory kokainy, niż 2-procentowe, wywoływały krótkotrwałe lub niedostateczne znieczulenie, a wstrzykiwania większej ilości roztworu należy unikać z powodu zwiększania się napięcia śródrdzeniowego. Nakłócie uskutecznia się w linii, łączącej kolce kości biodrowych, w pozycyi siedzącej chorego tak, aby powiększyć przestrzenie międzykręgowe. Z chwilą wypływu płynu mózgowo-rdzeniowego należy wstrzykiwać nader powoli, jeden gram płynu dłużej, niż minutę. Znieczulenie rozpoczyna się w kończynach dolnych lub częściach płciowych, co zależy od stosunku miejsca wkłócia do przebiegu nerwów.

Do stron ujemnych tej metody należy zaliczyć wymioty podczas operacyi, a bóle głowy po operacyi. Zaburzenia nerwowe są jednak przelotne i mijają bez śladu. Co do dotychczasowej śmiertelności 6 na 2000 przypadków, to po dokładnem rozpatrzeniu znanych dotąd przypadków śmiertelnych widoczną jest rzeczą, że były one już *à priori* bezwarunkowo stracone, (gruźlicze zapalenie opon mózgowych, ostra gruźlica ogólna), lub były to przypadki niedokładnie obserwowane, a które nie uległy autopsyi. *Dr. M. Blassberg.*

Bier. **Przyczynki do znieczulania drogą rdzeniową.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 34). Badania Biera odnoszą się do trzech punktów:

1) Zastępował on kokainę eukainą *B.* Do wywołania znieczulenia na mniejszej przestrzeni u dorosłych potrzeba 0·015—0·02 grm., operacye zaś powyżej miednicy wymagały dawki od 0·02—0·03 grm.

2) Przykre zjawiska zatrucia, pojawiające się często z powodu wstrzykiwań, jakoto: silne i długotrwałe bóle i zawroty głowy, wymioty, nudności, utrata łaknienia, bezsenność, dreszcze, podniesienie się ciepłoty ciała i uczucie ogólnego schorzenia mają swe źródło w działaniu na mózg i rdzeń przedłużony substancyj trujących, zawartych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uchronienia mózgu należy wywołać przekrwienie w czaszce, którego następstwem jest wypchnięcie ztamtąd płynu mózgowo-rdzeniowego. Do tego celu służy opaska kauczukowa, obciśnięta dokoła szyi, która powinna sprowadzić widoczny napływ krwi do twarzy, lecz bezwarunkowo nie powinna wywoływać innych poważniejszych zaburzeń. Zakłada się ją natychmiast po wstrzyknięciu kokainy i zostawia przez dwie godziny. Nie należy jej używać u chorych, dotkniętych miażdżycą tętnic. Postępowanie to znacznie zmniejsza przykre przypadłości.

3) Autor obniżał siłę trującą znieczulających substancyj, rozcieńczając je silniej i stosując roztwór, mający 5—8 mlgr. kokainy na 5—8 ctm³ wody. Ilość tę wstrzykuje w okolicę lędźwiową po wyciągnięciu wprzód takiejsamej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego. W ten sposób otrzymywał znieczulenie, sięgające aż do wysokości ramion. Mniejsze dawki, silnie rozcieńczone, można stosować tylko u chorych bardzo inteligentnych, gdyż one tylko znoszą czucie bólu, nie zmieniając czucia dotyku i ciepłoty. Chory zdaje sobie bardzo dobrze sprawę ze wszystkiego, co się robi. *Dr M. Blassberg.*

Carlo Ferrai (Genewa). **O pośmiertnem trawieniu.** (*Vjschr. f. g. M.* T. XXI, Z. 2, 1901). Z szeregu doświadczeń, wykonanych na psach, które autor po podaniu im pewnej ściśle oznaczonej ilości skrzepłego białka natychmiast zabijał, a w różny czas potem badał treść żołądka, wysnuwa on następujące wnioski: żołądek zwierzęcia, które w chwili rozpoczętego trawienia zostało zabite, trawi dalej po śmierci. Pośmiertne trawienie skrzepłego białka w żołądku psa trwa około 7—8 godzin, a trwa ono tem dłużej, im wyższą jest ciepłota środowiska, w którem zwłoki spoczywają. Ciepłota ta wywiera większy wpływ na natężenie trawienia, które osiąga swój szczyt przy zewnętrznej ciepłocie 28°—30° C. Jeśli ciepłota wynosi więcej, niż 28°—30° C., wtedy jest żołądek zwłok w stanie w ciągu 10 godzin tyle strawić, ile żołądek zwierzęcia żywego w ciągu jednej godziny. Jeśli śmierć zwierzęcia następuje w chwili, w której trawienie już się rozpoczęło, to natężenie pośmiertnego trawienia nie zależy od tego, czy trawienie za życia mniej lub więcej postąpiło; jeśli jednak śmierć zwierzęcia nastąpiła w chwili rozpoczęcia jedzenia, to wówczas pośmiertne trawienie nie jest wybitne. Trawienie pośmiertne stoi w odwrotnym stosunku do ilości treści żołądka, to znaczy, że występuje tem słabiej, im więcej treści. *Horoszkiewicz.*

L. Bork. **Przyczynek do nauki o guzach torebki nerkowej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Guzy, wyrastające z torebek i osłonek nerki, rzadko bywają przedmiotem operacyi. Dotychczas stało się to w 24 przypadkach (w tem dwa spostrzeżenia nowe). Klinicznie guzy te nie dają żadnych swoistych objawów, a sami chorzy zwracają na nie uwagę, gdy się już znacznie rozrosną. Anatomicznie bywają to tłuszczaki, tłuszczako-włókniaki, śluzako-tłuszczaki, bardzo rzadko mięsaki. Najczęściej przeto przy badaniu dają uczucie chełbotania i z zasady rozpoznaje się torbiele lub bąblowce. Ba, nawet podczas operacyi nierzadko trudno się zoryentować, z czem się ma do czynienia, i to tem trudniej, że wyrastając z wnęki nerek, obrastają i pokrywają zupełnie ten narząd. Nie dziw tedy, że na 24 operacyj 15 razy równocześnie najniepotrzebniej usunięto i nerkę. W przypadkach, przez autora opisanych, w jednym chodziło o tłuszczaka, wyrastającego z torebki nerki prawej u dziecka jeden rok liczącego; w drugim zaś o tłuszczako-śluzaka, który u 51-letniej kobiety wyrastał z torebki nerki lewej. W obu przypadkach usunięto guz, pozostawiając nietkniętą nerkę. *Herman.*

Hegar. **Niezwykłe uwłosienie.** (*Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Bd. IV.). Opisując pacyentkę, 21 lat liczącą, z uwłosieniem męzkiem całego ciała, u której znalazł nieprawidłowe sfałdowanie pochwy, nadto zagłębienie na przedniej wardze macicznej, tworzące jak gdyby podwójne ujście zewnętrzne, przytacza autor znaną mu literaturę. Według opisanych obserwacyj nadmiernego uwłosienia występuje ono często przy rozmaitych anomaliach, schorzeniach macicy, przy guzach jajników i sutków, przy akromegalii, chorobach umysłowych i u suchotników. *P.*

Beely. **Przyczynki do techniki wytwarzania kikutów przy amputacyach i eksartykulacyach na kończynie górnej.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Na podstawie przypadku wyłuszczenia ręki w stawie nadgarstkowym, dokonanego na płodzie śródmacicznie, radzi autor, aby końce kości pokrywać grubymi płatami mięsistymi i ścięgna przyszywać do skóry. Wytworzyć się wówczas może ryjek mięsisty, — jak w przypadku spostrzeganym, — poruszany czynnie we wszystkich kierunkach, który okaleczonemu nieocenione może oddawać usługi. *Herman.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stasiński: **Airol w postaci proszku lub maści w cierpieniach oka (szczególnie wrzodu rogówkowego).** (*Therapie der Gegenwart* V. 1901). W przypadkach wrzodów rogówki zastosował autor swój sposób leczenia, polegający na tem, że po przepłókaniu oka sublimatem 1:5000, oczyszczeniu dna wrzodu, smaruje je nalewką jodową, wstrzykuje 1—½ ctm. 5% roztworu soli kuchennej pod rogówkę, następnie przepłókuje sublimatem i wrzód cały posypuje airolem; w końcu zakłada opatrunek. W 6 godzin

zmienia opatrunek, wkrapla atropinę z kokainą i zasypuje airolem; w razie znacznej *myosis* można łączyć zasypkę airolową z atropiną *(atropin sulf. 0.03, airol 10.0)*. Gdy rana zaczyna się oczyszczać, zamiast zasypki airolowej stosować można maść airolową według następującego przepisu:

Rp. *Airoli 1.0.*
Atrop. sulf. 0.05.
Acid. boric. 0.4.
Vaselini albi 100, S. Maść.

Na podstawie kilkudziesięciu przypadków twierdzi autor, że postępując w powyższy sposób można obejść się bez zabiegów operacyjnych. *G.*

Dr. A. Schenk: **Leczenie niedokrewności fersanem.** *(Aerztl. Central-Zeitung* XIII. Nr. 16, 1901). Autor stosował fersan w przypadkach niedokrewności i błednicy z wynikiem dodatnim, gdyż odsetka hemoglobiny i ilość ciałek czerwonych się zwiększyła. Podawał fersan przez 6—8 tygodni, 3—6 łyżeczek dziennie w mleku lub wodzie ocukrzonej. Dzieciom podawano przetwór ten jako wyciąg fersanowo-słodowy w postaci powidełek. *G.*

Dr. Hrach: **Fersan w niedokrewności, powstałej po wrzodzie okrągłym żołądka.** *(Wiener med. Wochschft.* Nr. 23, 1901). Autor podawał fersan u 21-letniego żołnierza, wyniszczonego po wrzodzie okrągłym żołądka. Wynik był znakomity, gdy bowiem na początku leczenia ilość hemoglobiny wynosiła 40% (Fleischl), to po 5 tygodniach używania fersanu ilość ciałek czerwonych się zwiększyła, procent hemoglobiny wynosił 60%, a ciężar ciała wzrósł o 5 klg. *G.*

Dr. Friedländer: **O asterolu.** *(Deutsche Aerzte-Zeitung* Z. 8, 1901). Asterol jest to połączenie sulfo-fenyl-rtęciowe, zawierające 15% Hg. Rozczyn 4% asterolu odkaża w tym stopniu, co 1% rozczyn sublimatu. Według Schaergesa otrzymać można 8% rozczyn asterolu, gotując asterolu 8 gr., kw. borowego 6 gr., wody 60 gr., 25 gr. *liq. ammon. caust. dupl.* (20%) — a następnie odparowując z 100 cm. wody. Zaletą tych rozczynów asterolowych jest to, że nie niszczą narzędzi (nie strącają bowiem białka) metalowych ani gumowych.

Wstrzykiwania śródmiąższowe z rozczynu 5% lub 8% asterolu stosowane w kile są mniej bolesne, a co do skuteczności równają się wstrzykiwaniom sublimatowym. Rozczyn 5% asterolu stosować można w nieżytach pęcherzowych bez wywołania objawów zapalenia i bólów (sublimat w takich przypadkach używać można w rozczynach 1:20.000). *G.*

Dr. Stekel: **Leczenie gruźlicy w wieku dziecięcym.** *(Centralblatt f. gesammte Therapie, Mai* 1901). Autor nie podziela ogólnego zdania, że gruźlica u dzieci jest nieuleczalną, lecz na podstawie długoletnich spostrzeżeń twierdzi, że jest uleczalną przy odpowiedniem leczeniu fizykalno-dyetetycznem. Autor zwraca głównie uwagę na poprawę odżywienia, którą sprowadza przez podawanie siroliny. Sirolina jest zdaniem autora nietylko lekiem niejako swoistym dla gruźlicy, lecz działa także jako *stomachicum;* pobudza bowiem łaknienie i wpływa korzystnie na trawienie. W przypadkach, w których stosowano sirolinę, w krótkim czasie objawy przysłuchowe ustępowały, a stan ogólny znacznie się poprawiał. Autor podaje dzieciom do 2 lat po 2 łyżeczki dziennie, starszym dzieciom 2—3 łyżki stołowe; po tygodniu podaje dziennie 4 łyżki siroliny. Nawet przy długiem stosowaniu żadnych ubocznych objawów sirolina nie wywoływała. *G.*

V. Listy z Syberyi.

W czerwcu 1901 r.

Nieco o wiejskiej i miejskiej służbie zdrowia. Ociemniali w Syberyi według sprawozd. Oddziału ocznego.

Dzisiejszą moją korespondencyę poświęcam choć w ogólnych zarysach pomocy lekarskiej, udzielanej ludności we Wschodniej Syberyi. Na wszelkich polach pracy widzimy tu niezaprzeczony postęp. Dzięki ułatwionej komunikacyi kolejowej staniały produkty żywności i wszelkie artykuły przywozowe. Prócz wciąż napływających przesiedleńców, przybyło sporo ludzi z t. zw. inteligencyi, bądź jako urzędnicy kolejowi i sądowi, bądź jako handlarze i przedsiębiorcy. Zwiększono także liczbę i etat policyi, wprowadzono t. zw. naczelników włościańskich i t. p., lecz — najmniej reform dotarło do stanu lekarskiego i jego instytucyj, traktowanych jak dawniej po macoszemu. Prawda, liczba lekarzy w bardziej zaludnionych punktach Syberyi znacznie się powiększyła, wytwarzając i tu konkurencyę; wielu specyalistów zakłada w większych miastach lecznice, nawet zaczęli się osiedlać lekarze wolnopraktykujący, których dawniej w Syberyi nie było, lecz ludność wiejska na tem mało zyskała, gdyż dzięki ogromnym przestrzeniom często bywa pozbawioną zupełnie pomocy lekarza, apteki i szpitala. Nie mam tu na myśli północnej części Syberyi, obwodu jakuckiego, przymorskiego lub przyamurskiego, gdzie na ogromnych obszarach zrzadka tylko rozrzucone są jurty koczowniczych krajowców, a lekarz nie ma wcale pola do działania; tysiące ludzi ginie od głodu i zimna, kiła, trąd lub choroby nagminne mnóstwo zabierają ofiar, bliżej zaś miast pijaństwo i wyzysk kupczących wyczerpują siły nieszczęśliwej ludności, skazanej na powolne wymarcie. Klimat surowy, ziemia pozbawiona prawie roślinności, pożywienie marne, składające się przeważnie z ryby, wytwarzają tu warunki bytu, których nawet bardziej cywilizowana ludność nie mogłaby wytrzymać. Czynność lekarska ogranicza się tu wyłącznie do formalności kancelaryjnych, a obowiązki lekarza prawie się nie różnią od obowiązków zwykłego urzędnika policyjnego. Inaczej przedstawia się gubernia jenisejska i irkucka, szczególniej pierwsza z bogatą w swych południowych częściach glebą, obfitością zwierzyny i ryb; w ostatnich latach zaludnili je przybysze z Rosyi europejskiej, a obecnie zaczęła tu podążać i nasza ludność z kraju zachodniego, a w części z Królestwa; ogólną liczbę wychodźców do Syberyi w ostatnich 3 latach obliczają na przeszło 1 milion, co równa się $1/6$ całego zaludnienia Syberyi. Od r. 1897 wprowadzono wprawdzie we wschod. Syberyi nową organizacyę pomocy lekarskiej po wsiach, lecz nie widać dotąd skutków tego zarządzenia. Ze sprawozdań urzędowych dowiadujemy się, iż z szeregu szpitali, które miały powstać w gub. jenisejskiej przed trzema laty, otwarto dotąd tylko 3, a zamiast 220 stałych miejsc istnieje tylko 110. Lecznice mieszczą się w prostych chatach włościańskich, najmowanych przez gminy wiejskie; oto, jak jedną z nich opisują gazety miejscowe: „W Jałaniu izba w chacie chłopskiej z trzema łóżkami; mężczyźni i kobiety leżą razem; dodatkowe czwarte łóżko postawione w wązkim przedpokoju. Wentylacyi brak zupełny, powietrze nieznośnie ciężkie, na ścianach pełzają tarakany. W przedpokoju sąsiednim mieści się apteka i tu też przyjmuje się chorych. W trzecim pokoju mieszka położna, jednocześnie zawiadująca częścią gospodarczą.“ We wsi Tasiejewie chorych na ospę przeniesiono podczas epidemii do t. zw. trupiarni, gdzie wynoszą zmarłych. Brak lekarzy przy ogromnych przestrzeniach gubernii, zbyt skąpe środki wyznaczone na lekarstwa, stwarzają dla pomocy lekarskiej po wsiach warunki wielce trudne, a nieraz zupełnie paraliżują jej działalność. O podziale i wielkości okręgów lekarskich sądzić trudno przy nieustannym ruchu przesiedleńczym. W ostatnich latach osadzono pustkowia, leżące w powiatach kańskim, minusińskim i aczyńskim i ilość wsi prawie wszędzie się podwoiła. Wedle zestawień oddziału syberyjskiej kolei w ciągu ostatnich tylko 3 miesięcy 1895 r. przybyło w gub. jenisejskiej 7400 osadników, a z wiosną 1896 roku przybyły jeszcze dziesiątki tysięcy. Przybysze przynieśli choroby, mało tu przedtem znane, odrę, płonicę, błonicę, które panują teraz nagminnie i czynią wielkie spustoszenia wśród ludności. Nowe zupełnie warunki życia, ciężka praca, niedostateczne odżywianie, przyczyniają się również do rozwoju różnych chorób i ogromnej śmiertelności pośród przesiedleńców, a lekarze okręgowi (uczastkowi), obarczeni ogromną pracą, poprostu nie mogą nawet przelotnie zaglądać do rozrzuconych po tajdze, nowo założonych wsi. Utrudnia jeszcze pomoc lekarską niewłaściwy podział okręgów, jakby w szachownicę, tak iż jeden przecina drugi. Niejeden okręg jest oddalony od mieszkania lekarza o dziesiątki wiorst, nieraz więc epidemia sama wygasa,

zanim lekarz lub felczer zdołają przybyć na miejsce. Nie lepiej dzieje się ze środkami leczniczemi. Według urzędowego okólnika wartość lekarstw na chorego przychodniego nie powinna przenosić 5 kop., a w lecznicy 3 kop. dziennie; często chorzy całymi tygodniami nie dostają wcale lekarstw, gdyż przesyłka ich przez policyę idzie nadzwyczaj wolno. Nic też dziwnego, iż coraz bardziej rozwija się znachorstwo, jako skutek ciemnoty i braku cywilizacyi; o walce z niem lekarze prawie myśleć nie mogą, bo wprost brak do tego środków. W czasie n. p. rzadkich przejazdów w odległej tajdze zwraca się do lekarza chory z zastarzałą zimnicą lub nieżytem żołądka; lekarz udziela mu szczyptę jakiego lekarstwa i na tem się leczenie kończy, lub na całe miesiące odkłada: cóż wówczas innego może zrobić chory, jak nie szukać pomocy u bab i znachorów. Ten stan rzeczy wywołuje skargi lekarzy, ze wszech miar słuszne; wszak wedle nowej ustawy, obowiązującej od lat trzech w tych guberniach, jeden i ten sam lekarz musi leczyć chorych przychodnich, prowadzić lecznicę, jest lekarzem sanitarnym, znawcą sądowym i otrzymuje za to 1500 rub. Jego również obowiązkiem jest spieszyć w okręgu z pomocą położnicom, ciężko chorym, ranionym, walczyć z chorobami zakaźnemi, stawiać się na wezwanie sądu lub policyi, robić obdukcye sądowe, w przypadkach nagłej śmierci wydawać orzeczenia, przeprowadzać oględziny sanitarne miejscowości, wody, produktów żywności itp. Nadto on również sprawuje nadzór nad felczerami, akuszerkami, zajmuje się szczepieniem ospy, wreszcie część gospodarcza i prowadzenie rachunków w lecznicy, często dosyć obszernych. Czyż w tych warunkach można od lekarza żądać sumiennego wypełniania tak licznych i różnorodnych obowiązków?

Jeżeli taki stan istnieje w guberniach, w których wprowadzono już reformę sanitarną, to cóż mówić o obwodzie zabajkalskim, gdzie obowiązuje jeszcze dawna ustawa a pomoc lekarska literalnie równa się zeru. Ogromny ten kraj, większy niż nie jedno z państw europejskich, jest bardzo słabo zaludniony; na 690 tysięcy ludności $^1/_3$ stanowią koczujący Buryaci (220 tys.) a z pozostałej reszty 50 tysięcy Staroobriadcy różnych sekt, którzy zupełnie się nie udają do lekarzy, uważając to za grzech; Buryaci zaś zadawalniają się swymi buddyjskimi łamami (do których częstokroć zwracają się i Rosyanie), pozostaje więc 470 tysięcy, które się udają do lekarzy. Z ludności tej przypada wedle stanów $^2/_3$ na włościan, a $^1/_3$ na kozaków. Sprawy sądowe, obdukcye, orzeczenia i wszelkie czynności sanitarno-policyjne są zadaniem lekarzy okręgowych, a pomoc lekarską dla ludności wiejskiej nieść mają lekarze t. zw. uczą̨stkowi wraz z kilku felczerami. Okręgi włościańskie posiadają jednego wiejskiego lekarza, okręgi zaś kozackie po dwóch uczą̨stkowych; ich pieczy powierzone są wsie, rozrzucone na ogromnych przestrzeniach. W paru gminach istnieją wprawdzie lecznice na kilka łóżek, lecz tylko na papierze. Dla ludności kozackiej są dwa szpitale na 30 łóżek, lecz często z powodu odległości chorzy nie mogą z nich korzystać, nieraz brak też lekarstw i odpowiedniego dozoru, tak że szpitale te są raczej przytułkiem dla starców i niedołężnych. Ludność włościańska i tego jest pozbawioną. Lekarz wiejski, jeden na cały okrąg, ciągnący się nieraz na przestrzeni 1000 wiorst, z ludnością od 80—150 tysięcy, bywa zaledwie co parę lat w odleglejszych wsiach i to wówczas, gdy trzeba stwierdzić jakąś chorobę zakaźną. Częściej nawiedzają chorych felczerzy, których w okręgu bywa 3 do 4. Ludność miejska ma wprawdzie dostateczną pomoc lekarską i 3—4 szpitali, utrzymywanych przez miasta, lecz szpitale te wiele pozostawiają do życzenia. W Czycie, mieście obwodowem, żydowsko-urzędniczem, istnieje lecznica na 10 łóżek, mieszcząca się w chacie o dwóch izbach, przedzielonych przegródką, nie sięgającą powały; tu mieszczą się razem chorzy, kobiety i mężczyźni, izba dla przyjmowania chorych przychodnich, felczer i usługa. W Troickosawsku i Wierchnieudinsku lecznice są nieco lepiej urządzone; jednakże w tem ostatniem zapełniają ją przeważnie przybysze z istniejącego tam centralnego więzienia i żołnierze, tak że dostęp dla miejscowej ludności jest wielce utrudniony. Zarządy miast, szczególniej Troickosawska, uważają szpital za rodzaj przedsiębiorstwa, które powinno przynosić pewne korzyści i pobierają od swych mieszczan po 15 rs. miesięcznie, a od chorych innych stanów po 25, na co niewielu chorych zdobyć się może. Mówiąc o pomocy lekarskiej wspomnieć muszę o aptekach, których w kraju zabajkalskim jest 6, z nich 3 są własnością miast, a wszystkie wskutek złej administracyi wiele pozostawiają do życzenia.

Leży przedemną broszurka „O ślepych w Syberyi“, sprawozdanie ruchomego oddziału okulistycznego, wysłanego przez rząd do Syberyi z funduszów komisyi przesiedleńczej przy współudziale kuratoryum ociemniałych. Oddział ten, wysłany w lutym 1900 r. w celu niesienia pomocy chorym na oczy w Syberyi, składał się z głównego lekarza Dr. Puciaty, Kerszbaumera, 3 lekarzy pomocników, felczerki i siostry miłosierdzia; wymagał on znacznych nakładów, gdyż prócz przejazdów musiał pielęgnować operowanych. Stąd też utrzymanie oddziału kosztowało miesięcznie przeciętnie przeszło 2500 rubli, w czem przyszła mu w znacznej części z pomocą dobroczynność publiczna. Czynność oddziału zześrodkowała się wzdłuż linii zachodniej kolei syberyjskiej w obwodzie akmolińskim gub. tomskiej, w części w guberniach tobolskiej i jenisejskiej, w miejscowościach, gdzie zamieszkuje największa ilość przesiedleńców. Oddział w ciągu 9 miesięcy przyjął przeszło 9 tysięcy chorych, przyczem operacyj dokonano 3500. Lekarze oddziału rozdzielili się w celu spieszenia z pomocą bardziej oddalonym chorym; pobliscy miejscowi lekarze przyjmowali również udział w czynności oddziału, dopełniając w ten sposób swe wiadomości w zakresie chorób ocznych. Z udających się o pomoc ogromny odsetek był nieuleczalnie ślepych (28%); z pozostałych tylko połowie można było udzielić pomocy. Wśród chorych przychodnich spotkało się najrozmaitsze narodowości, w tej liczbie miejscowi sybiracy, inorodcy, kirgizi, tatarzy, ostjacy itd.

Wedle sprawozdań nie ma nigdzie tak znacznej liczby chorych na oczy, jak w Syberyi i nigdzie tylu ślepych, jak w zachodniej Syberyi. Oddział oczny zwrócił się więc do ofiarności publicznej, proponując otworzenie przytułku dla ślepych w jednem z miast syberyjskich; obecnie ci nieszczęśliwi wszelkiej prawie pomocy są pozbawieni. Oprócz kliniki przy uniwersytecie Tomskim (na 10 łóżek), małej lecznicy dla ślepych imienia cesarzowej Maryi Aleksandrowny w Usoliu (pod Irkuckiem), jednego łóżka przy szpitalu minasińskim nie ma w Syberyi żadnych zresztą lecznic i zakładów dla chorych na oczy; przytem bardzo niewielu miejscowych lekarzy zajmuje się temi chorobami; wschodnia Syberya jeszcze w gorszem położeniu. Nowy oddział oczny zamierza w roku bieżącym objechać gub. jenisejską i irkucką, a w roku 1902 odwiedzić obwód zabajkalski i kraj nadamurski, w nadziei że wobec ważności tego przedsięwzięcia ofiarność publiczna przyjdzie mu z pomocą.

Jan Iłgowski.

VI. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r.

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

Jak mało który z poprzednich, powiódł się pod każdym względem Zjazd XI. Złożyło się na to wiele warunków: zapobiegliwość stałego prezesa, gościnność i szczera ochota obecnego gospodarza kliniki chirurgicznej krakowskiej, niezwykle liczny Zjazd chirurgów i lekarzy, szczególnie chirurgią uprawiających, wreszcie obfity program. Na listę uczestników obecnego Zjazdu wpisało się prawie 70 członków, a liczbę tę znakomicie powiększali goście, głównie

z grona profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego i wybitniejszych lekarzy krakowskich.

Szczególnie mile widzianymi byli dyrektorowie szpitali prowincyonalnych, którzy w tym roku stawili się liczniej, niż kiedykolwiek. A szczerem sercem i braterskim uściskiem dłoni witaliśmy lekarzy Polaków, którzy przybyli z dalekiego wschodu, z Kijowa i z Baku.

W poniedziałek (15 b. m.) o godzinie 8-mej rano przedstawił Prof. Kader swą klinikę i pozostających w niej chorych, poczem o 9-tej rano otworzył Radca Dworu Profesor Rydygier pierwsze posiedzenie. Z radością witając przybyłych stwierdził, że ilość członków i dobór wykładów zgłoszonych pozwalają jak najlepiej wróżyć obecnemu Zjazdowi. W dłuższem przemówieniu oddał cześć pamięci niedawno zmarłego Drobnika, najczynniejszego członka naszych Zjazdów. Przemówienia tego wysłuchali zebrani stojąc. Poczem w ogólnych zarysach przedstawiwszy dobytek z ubiegłych 10-ciu Zjazdów, prosi przewodniczący o uchwałę, pozwalającą na wydrukowanie, choćby tylko w streszczeniu, sprawozdań z tych „Zjazdów“, z których „Pamiętnik“ nie został wydrukowany.

Po ukonstytuowaniu się prezydyum (prezes Radca Dworu Prof. Rydygier, sekretarz Docent Bossowski, skarbnik Prof. Trzebicky) zaproszono przez aklamacyę na wiceprezesa Prof. Kadera, na prezesów honorowych: Prof. Wehra, Dra Oderfelda, Dra Rostka, Dra Bogdanika, Dra Czaplickiego; a na sekretarza honorowego Dra B. Kozłowskiego z Drohobycza.

Rozprawy o raku.

Pierwszy wykład wygłosił:

1. P. Kučera (Lwów). **Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka** (z demonstracyami).

Szukając przyczyny raka wzbogacono w ostatnich latach w niejednym kierunku i znajomości dotychczasowe o *histogenezie*, o samym sposobie powstawania raka. Dawny spór Virchowa z Remakiem, czy rak może pochodzić ze składników tkanki łącznej, czy też jest on pochodzenia przybłonkowego, rozstrzygnięto w myśl Remaka, że każda komórka miąższowa raka powstała z komórki przybłonkowej (Thiersch-Waldeyer).

Bujanie rakowe może rozpoczynać się tylko na pewnem, ściśle ograniczonem miejscu (Ribbert), lub może ono zaczynać się w kilku oddzielnych miejscach równocześnie (Hauser, Petersen), lub nawet cały organ może okazywać skłonność do zwyrodnienia rakowego (Waldeyer).

Znacznie przyczynili się do zrozumienia biologii raka Hansemann i Hauser, którzy udowadniają, że rozwój raka może polegać tylko na zasadniczej zmianie charakterów biologicznych komórki przybłonkowej (anaplazya) i tylko dzięki takiej wewnętrznej zmianie komórka przybłonkowa nabywa własności, rzeczby można, pasorzytniczych. Autorowie ci nie zgadzają się z zapatrywaniem Ribberta, według którego bujanie rakowe przybłonka jest sprawą następową po zmianach twórczych w tkance podprzybłonkowej.

Wyliczając następnie właściwe *teorye etyologiczne*, zaczyna sprawozdawca od zapatrywania Thierscha, którego zdaniem przyczynę raka stanowi zanik tkanki łącznej na starość, upadanie jej w walce z przybłonkiem, w walce, która istniała przez całe życie. Dziś jednak wiedząc, że często właśnie przybłonek prędzej ulega zanikowi, niżeli tkanka łączna, i znając złośliwy przebieg raka u osobników młodych, przyznajemy czynnikowi Thierscha tylko znaczenie pomocnicze.

Cohnheim upatruje punkt wyjścia raków, jak i przyczynę nowotworów wogóle w tem, że cząstka jakiejś tkanki w czasie rozwoju dostaje się w nieodpowiednie miejsce. Jako teoryę histogenetyczną przyjmujemy zapatrywanie to dla niektórych nowotworów (guzy Grawitza w nerkach, nowotwory typu potworniakowego), lecz co do etyologii, to sam fakt takiego zabłąkania tkanek nie wystarcza do wyjaśnienia przyczyny.

Niektórzy autorowie (pierwszy już Virchow) wprowadzają *uraz* w bezpośredni związek przyczynowy z rakiem. Zapatrywanie to opierają na danych statystycznych, na różnych spostrzeżeniach klinicznych (n. p. iż raki występują po urazach drobnych, powtarzających się, w bliznach, wrzodach, toczniu, po kamicy i t. d.) i na doświadczeniach na zwierzętach (Brosch). Uraz ma niewątpliwe znaczenie w powstawaniu raka, a nawet sam przez się może być wystarczającą przyczyną niektórych raków, (np. raków skórnych wargi), lecz w przeważnej części przypadków ułatwia on tylko działanie właściwego czynnika przyczynowego.

Podobnie i cały szereg innych czynników, przytaczanych w etyologii raka, n. p. dziedziczność, wpływ pokarmów i napojów, wpływy teluryczne, stosunki higieniczne itd. mogą odgrywać co najwyżej rolę podrzędną, pomocniczą. W końcu zwraca się K. do badań nad pasorzytniczem pochodzeniem raka. To zapatrywanie starają się poprzeć jego zwolennicy przytoczeniem analogii między pewnymi objawami klinicznymi raka *(carcinosis miliaris)* i szerzeniem się gruźlicy (*tbc. miliaris*), następnie zapomocą przeszczepiania raka na zwierzęta itd. Jednakże analogia ta jest tylko pozorną, gdyż n. p. oba wymienione zjawiska wyjaśnia nam mechanizm przerzutów, zwykłe przeszczepienie bez żadnego zarazka.

Co do opisywanych pasorzytów raka, to są one albo przypadkowem zanieczyszczeniem, [wszystkie opisywane bakterye rakowe lub drożdże (*saccharomycetes*)], albo nie są one wcale pasorzytami, lecz poprostu zmienionymi składnikami ustroju, lub samego raka („inkluzye“ rakowe, kokcydya, rhizopodya). Doświadczalnie nie udało się dotąd żadnemu z autorów wywołać raka zapomocą rzekomych pasorzytów; wszystkie opisywane nowotwory doświadczalne są to tylko sprawy twórczo-zapalne, wywołane przez wprowadzone drobnoustroje.

Nie znaczy to, jakoby rak wogóle nie mógł z pasorzytami stać w żadnym związku, lecz tylko tyle, że do dziś związku tego nie udowodniono niczem. Zapatrywanie swoje streszcza sprawozdawca w następujących zdaniach:

1. Rak jest objawem pewnego rodzaju zwyrodnienia przybłonka, pewnej wewnętrznej zmiany w charakterze komórek przybłonkowych, objawiającej się nieograniczonym rozrostem miejscowym i czasowym i spowodowanej wśród pewnych warunków usposabiających czynnikiem szkodliwym.

2. Ta wewnętrzna zmiana komórek przybłonkowych, dążąca do emancypacyi samodzielność komórek, jest pierwotnem dziełem owego szkodliwego czynnika, a nie jest zjawiskiem następowem, (jak twierdzi Ribbert).

3. Zwyrodnieniu rakowemu może uledz — i z reguły ulega — każdy prawidłowo ułożony przybłonek, a wcale nie jest koniecznem jego przemieszczenie (teorya Cohnheima, Ribberta).

4. Jako czynnik usposabiający można przyjąć naruszoną równowagę między pojedynczemi tkankami n. p. w starości (teorya Thierscha), dalej działanie urazów i odziedziczone osłabienie tkanek. Wątpliwym jest wpływ innych czynników (pokarmu, stosunków higienicznych i t. d).

5. Ostateczny czynnik szkodliwy nie jest jeden, lecz może być różnorodny:

a) Jednym z czynników takich może być uraz, który w takim razie z czynnika usposabiającego (4) staje się przyczyną główną.

b) Innym takim czynnikiem mógłby być pasorzyt, lecz dotąd go nie znamy, a nawet dowodów, zmuszających nas do przyjęcia pasorzyta, niema. (Autoreferat).

2. S. Ruff (Lwów). **O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.**

Omówiwszy pokrótce historyę teoryi urazowego pochodzenia nowotworów, rozbiera sprawozdawca krytycznie najnowsze w tym względzie zapatrywania Broscha i innych. Obszerna statystyka wykazała, że tylko pewna i to dość mała część nowotworów może mieć za przyczynę uraz. Sprawozdawca badał materyał kliniki chirurgicznej lwowskiej w tym kierunku, trzymając się następujących wytycznych: 1) nowotwór musi powstać w miejscu urazu; 2) musi być niewątpliwie stwierdzone, że przed zadziałaniem urazu nie było nowotworu; 3) pomiędzy zadziałaniem urazu a powstaniem nowotworu nie może upłynąć czas zbyt długi (3—4 lat). Wyniki tych badań są następujące: Na 242 nowotworów złośliwych było tylko 10 takich, które stanowczo można było odnieść do urazu, jako głównej przyczyny, zatem 4,1%. Wyniki te zgadzają się z wynikami badań, ogłoszonych niedawno z klinik niemieckich, a podających 2—3—4%.

Na tej podstawie wyraża mowca zapatrywanie, że w pewnej (stosunkowo małej) ilości przypadków można uraz uważać za czynnik bezpośrednio etyologiczny w powstaniu nowotworów złośliwych. Zapatrywanie to popiera liczną kazuistyką, nie wdając się w krytykę wszystkich teoryj powstawania nowotworów, których wyrażone zapatrywanie nie wyklucza. (Autoreferat).

3. Juras (Kraków). **O leczeniu raków arszenikiem.** J. przedstawia kilkunastu chorych z oddziału Prof. Trzebickyego, przeważnie z rakiem wargi dolnej, leczonych pędzlowaniem 1% roztworem kwasu arsenowego (Černý i Truneček). Mimo stosowania tego leczenia przez czas dłuższy u żadnego chorego nie zauważono poprawy. J. odmawia przeto temu sposobowi leczenia jakiegokolwiek korzystnego wpływu na raki.

Dyskusya:

Browicz przypomina swe wykłady o pasorzytniczej teoryi nowotworów i przeszczepialności raka, wypowiedziane na Zjeździe chirurgów w roku 1893 i 1894, w których na podstawie badań własnych wykazał, iż twory wewnątrzkomórkowe, spotykane w komórkach raka, posiadające znaczną różnorodność pod względem

kształtów, a opisywane i uważane za twory pasorzytnicze, mogą być wytworami komórek, przeobrażonemi krwinkami czerwonemi i białemi, spotykał je bowiem w różnych tkankach, chorobowo zmienionych, w sprawach chorobowych etyologicznie wyjaśnionych, a niemających nic wspólnego z rakiem, spotykanych w organizmach, w których nigdzie śladu raka niema. Morfologia wytworów chorobowych komórek nie jest dotąd dokładnie znana, a jako dowód tego i różnorodności postaci wytworów komórki przedkłada Browicz ryciny komórek wątrobnych z przypadków żółtaczki, powstałej na tle kamieni żółciowych. Twory te, leżące w cytoplazmie komórek wątrobnych, okazujące naturalne zabarwienie barwikiem żółci, powstały wskutek zatrzymania żółci w komórce wątrobnej i wykazują podobieństwo do komórek jądrzastych, drożdży pączkujących, tworów warstwowych, pęcherzyków zawierających ziarna różnego kształtu i wielkości. W komórkach wątrobnych spostrzegał Browicz także twory kuliste, odpowiadające ciałkom Russela, a powstałe z krwinek czerwonych, pochłoniętych przez komórkę.

Wówczas wypowiedział Browicz zdanie, iż różnorodne te twory, napotykane w komórkach raka, nie są pasorzytami, i że badania mikroskopowe nie dostarczyły dowodu pasorzytniczego pochodzenia raka, niemniej zaznaczył, iż przeszczepialność raka nie może służyć jako poparcie teoryi pasorzytniczej raka. Późniejsi badacze, nawet gorący zwolennicy teoryi pasorzytniczej raka, doszli również do tegożsamego przeświadczenia, czego dowodzi dyskusya w tej mierze na zeszłorocznym międzynarodowym Zjeździe w Paryżu. Komórki tkanek obdarzone są normalnie pewnym stopniem zdolności twórczej, nie przekraczającej jednak pewnej miary. Ażeby wrodzona komórkom zdolność twórcza mogła się objawić, muszą zajść pewne zmiany we wzajemnym stosunku komórek między sobą, w ich odżywieniu. W ten sposób działają wpływy zewnętrzne, czynniki mechaniczne, chemiczne, termiczne i t. d., odgrywające rolę niejako podniet, *causae occasionales*. Ażeby się w jakiemś miejscu wytworzyła, przerosła tkanka łączna, muszą te czynniki zadziałać. Nie mamy jednak żadnej wskazówki, a tem mniej dowodu na to, iżby te czynniki zewnętrzne mogły obdarzyć komórkę nadmierną zdolnością twórczą, przechodzącą na komórki potomne, dzielące się prawie w nieskończoność.

Rozsadnikami raka są komórki nabłonkowe, transportowane drogami limfatycznemi, krwionośnemi, wciskające się w otaczającą tkankę. Mamy więc zjawisko przeszczepiania się komórek, jako takich, nadających charakter histologiczny tkance nowotworowej, zjawisko przeszczepienia się komórek, w których tkwi pewien plan organizacyjny, bo w tem miejscu tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się komórek nabłonkowych w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozwijających się naczyń i tkanki łącznej.

Bardzo ważnym argumentem przeciwko teoryi pasorzytniczej raka, zdaniem Browicza, są prace Wilmsa, wskazujące, iż bez wszelkiego lub przynajmniej późniejszego udziału komórki plemnikowej może z komórki jajowej w pewnych warunkach wytworzyć się płodziak *(embryoma)* składu różnorodnego, złożony z komórek wszystkich listków płodowych w bezładnem ugrupowaniu, lub też z wytworzeniem się cząstek narządów. Do tego niejako dziewicorództwa *(parthenogenesis)* potrzeba działania jakiejś podniety, która umożebnia objawienie się twórczości komórek, ale nie udzielającej twórczości komórkom. Analogicznie i inne komórki w korzystniejszych warunkach odżywienia, po usunięciu pęt, tamujących objawienie się twórczości, rozmnażać się mogą w komórkach potomnych ponad miarę fizyologiczną, która to nadmierna zdolność twórcza tkwić już musi w komórce. Pierwotna heterotopia nowotworowych tkanek polegać może tylko na istnieniu z czasów rozwoju płodowego zawiązków, ognisk tych tkanek, na przemieszczeniu, niełądzie komórek iście zarodkowych w toku rozwoju tkanek organizmu płodowego. Pojawianie się różnych nowotworów lub też różnych odmian jednego nowotworu w jednym i tymsamym organizmie przemawia również za tem, iż w pewnych wrodzonych własnościach komórek tkwić może podstawa nowotworu, właściwa tylko pewnym organizmom, w przeciwnym razie wobec częstości, codzienności działania czynników zewnętrznych na tkanki byłyby nowotwory zjawiskiem powszednim. (Str. wł.).

Wehr w dłuższem przemówieniu zaznacza, iż w przeważnej części zgadza się z zapatrywaniami Kučery. Mniema jednak, a opiera się na spostrzeżeniach klinicznych, że w etyologii raków czynnik zakaźny odgrywa wybitną rolę. W tym kierunku badać trzeba dalej i dążyć do odkrycia rzeczywistej etyologii nowotworów złośliwych. Nie sądzi, aby uraz miał w tym kierunku jakiekolwiek znaczenie, tak dalece, że pytany w sądzie wykluczyłby stanowczo związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Może po odkryciu istotnej przyczyny raka uda się nam wynaleźć odpowiednie leczenie. Dotychczasowy sposób operacyjny leczenia nowotworów złośliwych jest nieodpowiedni, daje bowiem bardzo nieznaczny procent wyleczeń trwałych. Zniechęcony wynikami, operuje W. w praktyce tylko zupełnie świeże przypadki.

Klecki przypomina obecne badania nad cytotoksynami. W pewnych warunkach mogą w samym ustroju powstać t. zw. autotoksyny, które działając pobudzająco na komórki nabłonkowe, mogłyby wywołać ich wzrost nad miarę i w kierunkach nieprawidłowych, i w ten sposób możnaby tłómaczyć sobie powstawanie złośliwych nowotworów nabłonkowych.

Bogdanik przyjmuje pośredni przyczynowy związek między nowotworem złośliwym z jednej strony, a urazem z drugiej i to w tem znaczeniu, że pytany o to np. w sądzie przyznałby, że dany uraz mógł wśród innych okoliczności spowodować wzrost nowotworu złośliwego. Z praktyki własnej przytacza B. przykład 5-letniego chłopaka, który miał ten zwyczaj, że okolicą kości krzyżowej przy każdej nadarzonej sposobności uderzał o ścianę, o drzwi i t. d. i to tak silnie, że zawsze w okolicy tej stwierdzić można było sińce. Po pewnym czasie w okolicy tej wyrósł mięsak, i to bardzo złośliwy.

Kader polemizując z Wehrem sądzi, że operować się winno każdy przypadek raka, czy mięsaka, bez względu na rozległość jego, byle był jeszcze *„casus operabilis“*. Ogółem udaje się osiągnąć 4% trwałych wyleczeń we wszystkich rakach i mięsakach.

Rosner sądzi, że teorya pasorzytnicza w wielu razach zawodzi i zwraca uwagę między innymi na t. zw. *deciduoma*, t. j. bardzo złośliwą postać raka, rozwijającą się z resztek jaja płodowego, zatrzymanego w macicy, przyczem komórki pochodzenia płodowego wrastają w ustrój matki. Przypomina, że budowa histologiczna błony doczesnej niczem niemal nie różni się od mięsaka o olbrzymich komórkach.

Bar ą cz podobnie, jak Ruff i Bogdanik, uznaje związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Z własnej praktyki przytacza przykład chłopaka, u którego po odjęciu podudzia w miejscu ucisku szczudła powstał mięsak. I jego, podobnie jak Wehra, nie zadowalniają wyniki operacyjne w nowotworach złośliwych. Operuje tylko w samym początku cierpienia.

Rydygier przyznaje, że wyniki operacyjne co do trwałości wyleczenia w rakach i mięsakach nie są najlepsze. Zwraca jednak uwagę na to, że niektórzy operatorowie nawet w rakach macicy osiągali 50% trwałych wyleczeń. Trzeba jednak wcześnie i naprawdę doszczętnie operować. Usprawiedliwione są dążenia wyszukania jakiegoś środka, któryby dawał lepsze wyniki, obecnie jednak nad nóż lepszego niema.

Chlumsky stosował swego czasu w klinice Mikulicza u 15-tu chorych na raka pędzlowanie arszenikiem — stale jednak bez skutku.

Rydygier takiesamo spostrzeżenie zrobił w swej klinice.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

9. Docent A. Heveroch (Praga). **Przemijające ponapadowe porażenie poprzeczne u epileptyków.** Autor miał sposobność spostrzegać u trzech chorych na padaczkę po szeregu napadów, utratę odruchów i porażenie kończyn dolnych. Zachowanie się pni nerwowych przy ucisku, oddawanie moczu i kału zboczeń nie okazywały, jeden chory tylko skarżył się na bóle w kończynach. Dwóch z tych chorych umarło podczas napadów (jeden na porażenie serca, drugi na gruźlicę płuc), trzeci zaś przebywa obecnie już po raz czwarty porażenie obu kończyn dolnych, które za każdym razem trwało około miesiąca.

Badając rdzeń drobnowidowo znalazł H. w obu przypadkach zwyrodnienie komórek rogów przednich na wysokości 3—4 kręgu lędźwiowego (?), nadto w pierwszym przypadku także i przekrwienie.

W piśmiennictwie znalazł autor dotąd jeden tylko przypadek przemijającego porażenia kończyn po napadzie padaczkowym (Legrand du Saulle), inne zaś napozór podobne przypadki dotyczą albo padaczki Jacksona, albo innych chorób (pląsawicy t. zw. *paralityc chorea*, histeryi, wiądu rdzenia, porażenia postępującego, — moczówki, alkoholizmu).

Ciekawe są porażenia poprzeczne po uśpieniu chloroformowem, lub znieczuleniu kokainą (przy wstrzyknięciu pod opony [Je-

dliska]). Najciekawsze jednak w tym zakresie są napadowe porażenia rodzinne (Consot, Goldflam i t. d.).

10. Dr. O Kose (Praga). **O zmianach w krążeniu przy zatorach płucnych.** Dotąd nieznane są szczegółowo zmiany w krążeniu po zatorach tętnicy płucnej, jak również niewiadomo, w jaki właściwie sposób następuje w tych razach śmierć. Prelegent wprowadzał psom przez żyłę jarzmową *(vena jugularis)* do serca powietrze lub rozmaite ciała obce i badał zapomocą kimografu parcie krwi i zachowywanie się wszystkich narządów. Wynikiem badań tych jest zapatrywanie autora, iż ani niedostateczne napełnianie się naczyń wieńcowych krwią, ani rozszerzenie prawej komory, ani zatrucie kwasem węglowym nie są głównemi przyczynami powstrzymania krążenia krwi, jak dotąd nauczano, lecz przyczyna tkwi w utrudnionym odpływie krwi do komory lewej i wynikającem ztąd upośledzeniu jej czynności.

11. Prof. J. Kuffner (Praga). **Sprawozdanie o psychozach opilczych, spostrzeganych w klinice psychiatrycznej od 1895—1900 r.**

12. Dr. F. Formánek (Slaný). **Przyczynek do leczenia cholery azyatyckiej.** Dziś wprawdzie znamy już przyczynę cholery, znamy swoisty jej zarazek *(vibrio cholerae)*, ostateczny jednak rodzaj działania tego mikroba, skład jadów, przez niego wytwarzanych, pozostaje i nadal nieznany, a w leczeniu kierujemy się dotąd tylko pojedynczymi objawami.

Uderzające podobieństwo obrazu klinicznego cholery do zatrucia arszenikiem naprowadza na myśl, że istnieje pewne pokrewieństwo między przyrodą jadu (toksyny) cholerycznego i owemi truciznami, które wytwarzają się w ustroju przy zatruciu arszenikiem. Czyby więc, pyta prelegent, nie udało się zadziałać przeciwko jadom cholery w tensam sposób, jak przeciwko zatruciu arszenikiem? Z tego względu radzi autor w czasie epidemii cholery próbować podskórnych wstrzykiwań *ferrum oxydat. dialysat.* (5—10 ctm³) tembardziej, iż jest to zresztą, jak się sam przekonał, zabieg nieszkodliwy. Pewne poparcie swojego zapatrywania znajduje autor w kilku doświadczeniach na morskich świnkach: te zwierzęta, którym wstrzyknięto obok hodowli zarazka cholery wspomniany środek, dłużej pozostały przy życiu, niżeli zwierzęta w doświadczeniach porównawczych.

13. Dr. J. Pelnář (Praga). **Stosunek między zmianami postaciowemi i czynnością nerwów w okresie zapalnym.** Dotychczas w sprawie tej przyjmowano zapatrywania Erba i Ziemssena, według których przewodzenie w danym nerwie zależnem jest od utrzymania włókna osiowego, pobudliwość zaś elektryczna od stanu osłonki rdzennej. Mimo, że Erb stosował w swoich doświadczeniach tylko przecinanie nerwów, to jednak wnioski, z badań tych wysnute, uogólnia się dziś i rozciąga także na zapalenie nerwów.

Aby więcej zbliżyć się do obrazu klinicznego, starał się Pelnář przez wstrzykiwanie $^1/_2$—$^3/_4$ ctm³ wyskoku 96% w udo żab (80 doświadczeń) wywołać „neuritis toxica", przyczem zwracał uwagę na zachowanie ruchów dowolnych i na pobudliwość elektryczną obnażonego nerwu kulszowego i obu *musc. gastrocnemii.* Nerwy wycięte badał sposobem Bethego (na włókienka w nitce osiowej), mięśnie utrwalał w sublimacie. W ten sposób rzeczywiście zdołał otrzymać obrazy makroskopowo (zgrubienie nerwów, zaczerwienienie) i drobnowidowo (przekrwienie, wybroczyny), daleko więcej zbliżające się do obrazu „zapalenia" nerwów, niżeli do „zwyrodnienia".

Co się tyczy zmian funkcyonalnych, to autor stwierdził 10 razy zupełną utratę pobudliwości elektrycznej po stronie uszkodzonej. Na te 10 razy 6 razy równocześnie utrzymane były ruchy dowolne w chorej kończynie, czyli stwierdzono ogólnie znaną t. zw. dysocyacyę pobudliwości. Zmiany histologiczne jednak nie odpowiadały w tych ostatnich przypadkach wcale zapatrywaniom Erba. Bo pomimo tego, iż pobudliwość elektryczna była w odnośnych nerwach zupełnie zniesioną, (według Erba), powinnaby więc być zniszczona osłonka rdzenna, to oprócz włókien w całości zwyrodniałych, znajdował P. inne, całkowicie zachowane wraz z osłonką i wybornie utrzymaną budową włókienkową. Liczba tych włókien z zachowanemi osłonkami wcale nie była tak małą, aby można przypuszczać, że nie wystarcza ona na oddziałanie na bodziec elektryczny.

Natomiast zwrócił autor uwagę na inną ciekawą okoliczność, która jego zdaniem tłómaczy ową dysocyacyę, mianowicie na rozmieszczenie włókien zwyrodniałych i włókien zachowanych. W przypadkach, gdzie brak było pobudliwości elektrycznej, włókna zwyrodniałe zajmowały warstwy obwodowe nerwu, z któremi oczywiście przedewszystkiem stykały się elektrody; na utrzymanie przewodnictwa samodzielnego zaś wystarczała zachowana wiązka włókien w środku nerwu.

Ostateczny więc wynik badań autora, który on ogranicza tymczasem tylko do zapalenia nerwu po wstrzyknięciu wyskoku brzmi, iż przewodnictwo zależnem jest od ilości pozostałych nieuszkodzonych włókien, zaś stopień pobudliwości elektrycznej od stanu włókien, stykających się z elektrodami.

14. Dr. O. Kodym (Praga). **O rokowaniu w gruźlicy.** Podstawą tego referatu jest statystyka z 228 przypadków gruźlicy, spostrzeganych w czeskiej poliklinice (prof. Thomayer). Chorzy ci podlegali stałemu spostrzeganiu przez rok, lub przynajmniej wystarano się po upływie tego czasu o dokładne lekarskie sprawdzenie ich stanu. Z liczby tej w przeciągu jednego roku umarło 35·5%, pogorszyło się 21·5%, na tymsamym stopniu rozwoju pozostało 23·2%, poprawiło się lub wyzdrowiało 19·7%.

Przebieg choroby zależał przedewszystkiem od rozwoju zmian w płucach i tak: z 81 przypadków poczynającej się gruźlicy umarło 1·2%, podczas gdy na 72 przypadków gruźlicy już rozwiniętej 64% skończyło się w przeciągu tego jednego roku śmiercią, a tylko 5·5% doznało poprawy. Ważnym czynnikiem w rokowaniu jest gorączka (z gorączkujących zmarło 50%, z przypadków bez gorączki tylko 12%). Dalej rokowanie mąci przyspieszenie tętna: między zmarłymi naliczył autor 83% takich, u których za życia tętno przekraczało 100 na min. Bezwzględnie niekorzystnego znaczenia jednak objaw ten niema. Oprócz wyliczonych objawów zmniejszanie się wagi ciała, niedokrewność, poty należą do zwiastunów niekorzystnych. Podobnie i odczyn diazowy, białkomocz i krwotoki płucne. Z powikłań najniekorzystniejszą jest gruźlica krtani (przeszło 50% umiera), otrzewnej i kiszek (wszystkie przypadki skończyły się śmiercią).

Dziedziczność niema znaczenia w rokowaniu. Co się tyczy wieku, to choroba do 30-go i po 50-tym roku przebiegała gorzej, niż od 30-go do 50-go. Przebieg gruźlicy u chorych wiejskich nie różnił się od przebiegu u chorych z Pragi.

Bezwzględnie stanowczych danych dla rokowania w gruźlicy niema, i tylko wszystkie okoliczności i objawy, razem wzięte, rozstrzygają o dalszym przebiegu.

W dyskusyi zaznaczył prof. Thomayer, iż z statystyki tej nie nabiera się przekonania — iż gruźlica jednak gorzej przebiega, aniżeli odnosi się wrażenie bez dokładnego zestawienia — wobec tego, iż dotyczy statystyka ta wyłącznie chorych przychodnich, i rozciąga się tylko na przeciąg jednego roku.

15. Docent K. Švehla (Praga). **Stosunek zołzów do gruźlicy.** Pomimo ogólnego prawie przekonania (szczególnie u patologów), iż zołzy należy zaliczyć do gruźlicy, sądzi prelegent, że istnieją choroby, dające się rozpoznawać klinicznie, jako zołzy, w których nie można wykazać prątków gruźliczych, lecz inne mikroby (kokki), a dalej, że samem działaniem prątków gruźliczych nie można wytłómaczyć całego szeregu zjawisk, właściwych zołzom: pojawianie się zołzów przeważnie u dzieci, uogólnianie się tej sprawy, uporczywość i łatwe nawroty choroby, znikanie objawów w okresie dojrzałości.

Autor więc jest przekonanym, iż przy usunięciu słowa „zołzy" (*scrophulosis*) samej sprawy usunąć niepodobna, i że istnieć ona dalej będzie, jako choroba osobna, pod innem nazwiskiem (n. p. *»status lymphaticus«* Paltauf, Kundrat). Zołzy według niego nie są gruźlicą młodych lat, lecz odrębnem zboczeniem ustroju, objawiającem się nader wielką wrażliwością tkanek, wskutek czego już w następstwie najdrobniejszych bodźców powstają długotrwałe sprawy zapalne z małą skłonnością do gojenia się, a wielką do nawrotów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 1 sierpnia.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Uprzejmie donoszę Szanownej Redakcyi wskutek uwagi, jaką znajduję w Nr. 30 »Przeglądu lekarskiego«, a dotyczącej wezwania prof. Hlavy do utworzenia komitetu czeskiego dla XIV kongresu międzynarodowego lekarskiego, że i ja listem, datowanym 1 Lipca, podobne odebrałem wezwanie od przewodn. komitetu kongresowego prof. Juliana Calleji i Dr. Fern. Caro do utworzenia komitetu narodowego polskiego. Wezwanie przyjąłem, a do utworzenia komitetu przystąpię po wakacyach. *Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.*

— Dyrektor zakładu leczniczego w Nałęczowie, kol. Puławski, przesłał nam następujące pismo:

Przy blizkiem już przejściu spółki udziałowej zakładu leczniczego Nałęczowskiego na towarzystwo akcyjne, zamierzonem jest powiększenie kapitału spółki przez wypuszczenie większej liczby 250-rublowych akcyj. Chociaż dopiero 10 akcyj daje prawo głosu, jednak i właściciele pojedynczych akcyj uczestniczą w zebraniach, a łącząc się

zyskują na każde 10 akcyj głos dla jednego z pośród siebie. Dla rozwoju zakładu szczególnie pożądani są akcyonaryusze lekarze, którym leży na sercu rozwój naszych miejscowości leczniczych, mających po temu odpowiednie warunki. Dla tego właśnie zawiadamiam uprzejmie o przyjmowaniu zapisów na akcye w kancelaryi zakładu. Przy zapisie pobiera się 10% deklarowanej kwoty, jako zaliczkę, zapewniając od niej 5 procent do chwili doręczenia akcyj. Bliższych wiadomości udziela kancelarya zakładu lub niżej podpisany.

Nałęczów w Lipcu 1901 r. *A. Puławski.*

— Niezwykłego rozgłosu nabrał w ubiegłym tygodniu w całym świecie, dzięki prasie codziennej, wykład Kocha na zjeździe w sprawie zwalczania gruźlicy w Londynie. W wykładzie tym jedno jest twierdzenie nowe i nieoczekiwane, a ze wszech miar ważne: oto, że mylono się, uważając perlicę bydła rogatego i gruźlicę ludzką za jedno i tosamo, że są to dwie sprawy pokrewne, ale odrębne. Zapomocą prątka gruźlicy ludzkiej nie zdołał Koch u bydła wywołać gruźlicy, z czego, jak i z innych jeszcze danych wnosi, że i odwrotnie, gruźlica bydła nie przenosi się na ludzi. Nawet stanowcze stwierdzenie pierwszego faktu nie zdaje się jednakże uprawniać do drugiego przypuszczenia. Toteż twierdzenie to Kocha spotkało się natychmiast bądź z wyraźnemi zaprzeczeniami, bądź z poważnemi zastrzeżeniami ze strony badaczy, w których przedmiotowość, ani znajomość rzeczy wątpić nie można. Mimowolnie przypomina się z tego powodu historya tuberkuliny, której odkryciu towarzyszył podobny, przedewszystkiem dziennikarski rozgłos i co do której odrazu i zbyt pochopnie zajęli zarówno przeciwnicy, jak i sam wynalazca stanowisko zbyt skrajne. Mimowolnie też nasuwa się pytanie, czy i teraz nie wystąpiono z rzeczą przedwcześnie, a to tem więcej, że gdyby sprawdziły się twierdzenia Kocha, następstwem byłby przewrót w pojęciach i w postępowaniu praktycznem i osądzenie wyłożonych w ostatnich latach pracy i środków za poniekąd stracone. Przed ogłoszeniem jednak szczegółowego sprawozdania Kocha nie można nawet ocenić, czy wogóle oparł on swe twierdzenia na wystarczającej podstawie doświadczalnej, czy badania jego były dość obszerne i dokładne, aby mógł rzucić w świat śmiały swój pogląd. Na sprawdzenie zaś tych twierdzeń trzeba będzie w każdym razie wytrwałej pracy, podjętej na szerokie rozmiary z pomocą rządów, gdyż nie wystarczą tu środki prywatne, a sprawa cała wiąże się ściśle z żywotnemi zagadnieniami ekonomicznemi społeczeństw. Z tego też względu byłoby rzeczą pożądaną, aby dzienniki, które wykładowi Kocha nadały tak znaczny rozgłos, wyjaśniły teraz swym czytelnikom, iż jak na dziś twierdzenia Kocha są jedynie hasłem do nowych badań i dociekań, a na ostateczny wyrok nauki cierpliwie lat kilka, a może kilkanaście czekać jeszcze wypadnie.

— Na ogólnych posiedzeniach 73 go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu (22 do 28 września 1901) wykładać będą: Lecher: O odkrytych przez Hertza falach elektrycznych; Hofmeister: O chemii komórki; Boveri: O sprawie zapłodnienia; Curschmann: Medycyna a żegluga; Nernst: Znaczenie elektrycznych teoryj i sposobów dla chemii; Reinke: Siły przyrody działające w ustrojach. Na posiedzeniu wszystkich sekcyj będą przemawiać w sprawie rozwoju atomistyki (jony i elektrony), jako sprawozdawcy: Kaufmann, Geitel, Paul i His jun.

— We wrześniu b. r. odbyć się ma Zjazd..... partaczy lekarskich w Niemczech. Głównym celem Zjazdu jest zapobiedz zakazowi »praktyki«, który mają władze niemieckie podobno nakoniec wydać.

— Rząd francuski wysłał wyprawę naukową dla zbadania febry żółtej do Rio de Janeiro, powierzając kierownictwo wyprawy Instytutowi Pasteura.

— W Baden-Baden mają odbywać się kursa balneologiczne dla lekarzy.

— W Bernie słuchaczki medycyny przeważają obecnie liczebnie nad słuchaczami (190:174); w Genewie prawie im dorównują (168:183); zato w Bazylei liczy wydział lekarski tylko 4 słuchaczki. W Niemczech kształci się w tym dziale obecnie 95 kobiet.

— Wakuje katedra anatomii patologicznej w uniwersytecie w Sydney. Roczna płaca wynosi 18.000 marek; po 20 latach emerytura 8.000 mk. rocznie. Na koszta podróży przeznaczono 2.000 mk. Podania wnosić należy do 14 września b. r. do generalnego Agenta Nowej południowej Walii. Londyn SW. Victoriastreet 9.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29: Pechkranz: Przyczynek do nauki o kostniejącem zapaleniu mięśni. Zalewski: O leczeniu polipów usznych. Nr. 30: Sterling W.: Mięsak rozlany serca, nerek i gruczołu krokowego. Zalewski: O leczeniu polipów usznych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30: Kraushar: O stosowaniu intubacyi w błonicy krtani w praktyce prywatnej. Orłowski: Przypadek bezpośredniego zranienia mostu Varola przy nieuszkodzonej czaszce (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Ser. XIII. Z. 4. Ahlfeld: Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsyi (tłóm. Zweigbaum).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30: Kukula: O autointoxikacích při occlusich střevních. Sitta: Přispěvek ku histopathologii systemu nervového. »Beri-beri«.

— *La Presse médicale* Nr. 59: Chauffard i Gouraud: Globulinurya z galaretowaceniem moczu za dodaniem kw. octowego. Hartmann: Postępowanie wobec ciał obcych w cewce moczowej.

— *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 30: Donath i Landsteiner: O surowicach antylitycznych. Karajan: Przyczynki do patologii przewodu pępkowego i uchyłku Meckela. Chiari: Choroba aktora Krastla.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30: de la Camp: Kwas chinowy a dna. Hensay: O ptyalinowem trawieniu węglowodanów w żołądku. Ad. Schmitt: O operacyach brzusznych bez uśpienia. Torggler: Przyczynek do łagodzącego leczenia raków macicy, nie nadających się do operacyi. Grünwald: W sprawie powstawania i leczenia ropówek *(phlegmone)* gardła. Gerson: Opaska przylepcowa w mniejszych opatrunkach ran. Seggel-Eversbusch: Oświetlanie zakładów wychowawczych i t. d.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30: Ebstein: Badanie odbytnicy od zewnątrz i jego zastosowanie lecznicze. Völcker: Istota Schüllerowskich pasorzytów rakowych. Pförringer: Mydło wyskokowo-pumeksowe w stanie stałym jako środek odkażający skórę i ręce. Uhlenhuth: Dalsze wiadomości o praktycznem zastosowaniu mojego sposobu wykrycia krwi ludzkiej i zwierzęcej. Kurth: O durowatych zachorowaniach, wywołanych przez dotychczas nieopisany prątek *(Bacillus bremensis febris gastricae)*. Blumenthal: Przyrząd do pasteryzowania mleka w domu (dok.). Hoppe: O mnogich wybroczynach na twarzy i na spojówkach.

Redakcya otrzymała: Wydawnictwa czeskiej Akademii Umiejętności: 1) Velich: Pokusy o působeni štávy nadledvinkové a piperidina na cévstvo při zánětu a jiných pathologických pochodech. 2) Štolc: O zaživáni a tvoženi se uhlohydrátů u pelomyxa palustris. 3) Stych: Stavy dušeni se z nadbytku kysličniku uhličitého a z nedostatku kysliku. 4) Weigner: Nervus acusticus, n. facialis a n. intermedius. 5) Formánek: O působeni chloridu mono- -di- a trimethylaminu na oběh krevni. 6) Srdinko: Přispevek k'poznáni vývinu nadledviny u amphibii. 7) Haškovec: O učinku štavy thyreoidalni na ústředni cívstvo. 8) Haškovec: O učinku alkoholu na srdce a oběh krevni. 9) Hnátek: Reflex gastrolienalni.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Rok XL. Kraków, 10 Sierpnia 1901. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O znaczeniu reakcyi indykanu w moczu w przypadkach cukrzycy.

Podał
Dr. W. D. Moraczewski (Karlsbad).

Jeżeli do 10 sz. cnt. moczu dodamy 10 sz. cnt. stężonego kwasu solnego i po kropli wpuszczać będziemy roztwór podchlorynu wapniowego, wtedy zabarwienie brunatne przejdzie albo w lekko różowe i fiołkowe, albo w zielone i błękitne. (Jaffé). Reakcya ta wykazuje obecność grupy indykanu, która pod wpływem środków utleniających przechodzi w indygo, albo w czerwień indygową (Indigoroth).

Mocze prawidłowe dają zabarwienie fiołkowe. Zabarwienie ciemnofiołkowe, ciemnoniebieskie, albo zgoła czarne, dowodzi zwiększonej ilości indykanu.

Przywykliśmy przytoczoną reakcyę spostrzegać w moczach w przypadkach zaburzeń kiszkowych, nawykowego zatwardzenia, rozwolnienia, zapalenia otrzewnej i t. d. Uważamy, że świadczy ona o silnem gniciu w kiszkach, które wytwarza z białek alkohole aromatyczne, jak fenol, indol i t. p. Fenole te łączą się z kwasem siarkowym w związki etero-siarkanów i przechodzą w mocz w postaci soli rozpuszczalnych, które z barytem osadu nie dają. Eterosiarkany, albo tak zwana siarka aromatyczna, jest tedy miarą stopnia gnicia i dopełnia omówioną poprzednio reakcyę indykanu. Siarkany moczu w zatruciu fenolem całkowicie bywają pochłonięte przez fenole i mocz nie daje reakcyi na siarkany z chlorkiem barytowym. Baumann, któremu zawdzięczamy odkrycie eterosiarkanów w moczu, przypisywał ich powstawanie gniciu białek. Owo gnicie zależne jest: od ilości drobnoustrojów, od czasu, który zawartość kiszek przebywa w przewodzie pokarmowym, zatem wytwarzanie fenolów daje możność oznaczenia stopnia procesów gnicia i mierzy się bezpośrednio ilością indykanów, pośrednio ilością eterosiarkanów, które oczywiście od ilości fenoli zupełnie zależą. Baumann próbował odkażać przewód pokarmowy, aby usunąć drobnoustroje i zapanować nad rozkładem białek. Udało mu się wykazać, że przy podawaniu kalomelu, ilość eterosiarkanów się zmniejsza. Ściślejsze doświadczenia przekonały nas, że zmniejszenie eterosiarkanów należy przypisać szybkim i częstszym wypróżnieniom, nie zaś odkażeniu, o które w przewodzie pokarmowym dosyć trudno.

Bądźcobądź upowszechniło się zdanie, że na wytwarzanie się eterosiarkanów i indolu ma wpływ tylko gnicie w kiszkach i zazwyczaj się bada reakcyę indykanu w przypadkach, kiedy zaburzenia kiszkowe są podejrzewane.

Chcę zwrócić uwagę, że reakcya na indykan nietylko świadczy o gniciu w kiszkach, lecz że występuje w licznych chorobach, które z kiszkowemi cierpieniami nic wspólnego nie mają, że jest w takich razach trochę inną i dla rozpoznania bardzo doniosłą.

Ktokolwiek przywykł robić stale próbę Jaffego z moczem każdego chorego, nietylko cierpiącego na zaburzenia kiszkowe, tego uwagi nie uszła szczególna różnica w barwach otrzymanego płynu.

Reakcya podług Jaffego, — a dodam w nawiasie, że osobiście przekładam ją nad reakcyę Obermeyera, — polega jak wiadomo na ostrożnem dodawaniu do moczu, zaprawionego jednaką ilością stężonego kwasu solnego, roztworu podchlorynu wapna, dopóki nie wystąpi *maximum* zabarwienia. Otóż w pewnych przypadkach płyn przybiera odcień różowy, potem fiołkowy i przy ostrożnem chlorowaniu dochodzi do ciemnoniebieskiego z wyraźnym odcieniem fiołkowego. W innych przypadkach pierwsza kropla podchlorynu wapniowego wywołuje zabarwienie czysto niebieskie, które skombinowane z barwą moczu robi wrażenie zielonego. Przy dalszem utlenianiu występuje barwik czysto błękitny, a w razie wielkiej ilości — ciemnoniebieski, prawie czarny. Różowego, fiołkowego odcienia nie widać wcale, ani w początku, ani przy końcu. Zjawisko to, które każdy przy jakiejtakiej uwadze spostrzedz musi, nie polega oczywiście na niczem innem, tylko na tworzeniu się w pewnych razach barwików innych, tak zwanej czerwieni indygowej (Indigoroth), a może innych wytworów barwnych, pochodnych skatolu i t. d. Nie mam zamiaru rozwodzić się nad tem, ponieważ celem tego artykułu jest przedewszystkiem zwrócenie uwagi, że zwiększona ilość indykanu w moczu niezawsze jest wywołana przez zaburzenia kiszkowe, że spostrzegamy znaczne zwiększenie indykanu w licznych przypadkach, które z nieżytem kiszek, zatwardzeniem albo rozwolnieniem nic wspólnego nie mają.

Stwierdzono wzmocnioną reakcyę indykanu w moczu dzieci zdrowych; dalej w czasie głodzenia się, w chorobach, prowadzących do zaniku sił, n. p. w przypadkach nowotworów, długotrwałego ropienia. Zapalenie otrzewnej i gruźlica jelit należą do tejsamej kategoryi, chociaż w tych przypadkach kiszki bywają zajęte i trudno wytłómaczyć przeciwnego zdania badaczom, że wpływ gnicia w kiszkach odgrywa tu może rolę podrzędną wobec przeważającej roli ogólnego wyczerpania i zaniku sił. Zauważono dalej wzmocnioną reakcyę w licznych zaburzeniach wątrobowych, w oksaluryi i w cukrzycy.

Szczególniej w tych razach, kiedy cukru jest bardzo niewiele, albo kiedy występuje chwilowo, niestale, albo kiedy przy właściwej dyecie znika; — wtedy ilość indykanu przybiera wielkie rozmiary i właśnie wtedy w całym szeregu wyżej wymienionych przypadków barwa płynu jest

wyraźnie niebieska. Podobnież rzecz się ma w przypadkach oksaluryi.

Oksalurya, czy oksalaturya, nie należy zdaniem O. Minkowskiego do chorób *sui generis*. Występowanie szczawianów w moczu jest jednak objawem tak pospolitym, a w każdym razie nieprawidłowym, że godzi się gromadzić wszelkie zjawiska, któreby nam powody tej nieprawidłowości wyjaśniły. Szczawian wapna występuje w moczu ludzi, którzy uchodzą za nerwowych, i właśnie z tego względu nazywam kryształy szczawianu wapna „solą hipochondryków“. Źródła ich nie należy szukać w pokarmach, albowiem najobfitsze w szczawiany są jarzyny, a wszyscy prawie, których mocz zawiera szczawiany, jarzyn nie używają, żywią się przeważnie mięsem. Zazwyczaj mocz bywa blady, lekki, mocno kwaśny, w osadzie, obok szczawianów, dużo kwasu moczowego; wszystko to przeczy, jakoby szczawiany, wydzielane z moczem, pochodziły z jadła. Większe postacie kryształów uchodzą za mniej groźne, niż drobne, zapewne dlatego, że wydzielanie dużych kryształów następować musiało powoli, że wykrystalizowały z roztworu rozcieńczonego. Natomiast małe osadzały się szybko, co świadczy o stężeniu roztworu. Więcej niż kryształy charakterystyczne jest wejrzenie chorych, którzy zawsze się czegoś obawiają, czemś niepokoją i trapią i prawie bez wyjątku uchodzą za nerwowych. Owa nerwowość „szczawiowa“ jest jednym z licznych skutków pewnej leniwości w przemianie materyi, leniwości, która czasem wynika z jednostronnego odżywiania się, a czasem jest skutkiem gorszej jeszcze monotonności życia, pozbawionego wszelkich wrażeń, wszelkich rozrywek, życia nudy i bezczynnej, choć ruchliwej, wegetacyi, życia przeciążonego pracą, która nie bawi, pełnego trosk, odbierających ochotę do użycia, pełnego zajęć, które wycieńczają, a nie dadzą choćby drobnego bodźca do pracy.

Taka przemiana materyi doprowadza między innemi do oksalaturyi i indykanuryi. Zresztą ilość spotykanych szczawianów wcale nie świadczy o ilości wydzielonego kwasu szczawiowego. Odczyn kwaśny utrudnia wydzielenie się kryształów, zatem w moczach kwaśnych musi być dużo kwasu w roztworze. Salkowskiemu zawdzięczamy dokładną metodę oznaczania kwasu szczawiowego, ale metoda ta mało jest w użyciu i zainteresowanie się tą sprawą nie przeszło granic instytutu berlińskiego, a przecie systematyczne badanie moczów w tym kierunku przyniosłoby niewątpliwie więcej wyników dodatnich, niż wiekuiste oznaczanie mocznika i chlorków.

Nad zatruciem kwasem szczawiowym pracowano dość dużo i objawy zatrucia przewlekłego są znane. Caspari pracując pod kierownictwem Zuntza wykazał, że kwas szczawiowy prowadzi do rozpuszczania wapna w ustroju, do pewnego rodzaju krzywicy. Straty wapna są bardzo znaczne. Spostrzeżenie to jest w pewnym związku z wynikiem badań H. Meyera, który znalazł we krwi kociej po zatruciu szczawianami, nie tylko kwasem szczawiowym, zmniejszoną ilość kwasu węglowego t. j. zmniejszoną alkalizacyę. Bardzo być może, że powodem tego zmniejszenia był brak wapna. Według licznych autorów (Kobert i Küssner, Krohl i t. d.) zatrucie szczawianami wywołuje cukrzycę i chociaż v. Nathusius i Caspari temu przeczą, inni, szczególnie wyżej wymienieni, obstają przy swojem, zwracając uwagę na objawy, przypominające cukrzycę: — powiększoną ilość moczu, utratę wapna i indykanuryę.

Ostatnie spostrzeżenie, które nas szczególniej zajmuje i które dało powód do niniejszego artykułu, zrobiła panna Elza von der Leyen pod kierownictwem E. Harnacka. Przez podanie szczawianów do żołądka albo podskórnie otrzymuje się w moczu bardzo silną reakcyę indykanową, która, — jak mi listownie prof. Harnack łaskawie doniósł, zawsze ma odcień czysto niebieski. Reakcya występuje na dzień po otruciu i trwa dosyć długo, 2—5 dni.

Reasumując to, co wyżej powiedzieliśmy, zestawimy fakty analogiczne obok siebie, a wniosek sam się wysnuje.

W oksaluryi mamy dużo moczu, który oddziałuje kwaśno, zawiera dużo wapna oraz amoniaku i daje silną reakcyę indykanu. Oksalaturya występuje u osób nerwowych.

W cukrzycy mamy także dużo moczu, ktory oddziałuje kwaśno, zawiera dużo wapna i amoniaku (Toralbo, Neumann, Tenbaum, Moraczewski i inni) i daje silną reakcyę indykanu, zawiera często szczawiany. Cukrzyca występuje u osób nerwowych.

Tendencyjne zestawienie cech, występujących w moczu, prowadzi nas do wniosku, że oksalaturya ma dużo wspólnego z cukrzycą.

Badania moczu i krwi w cukrzycy na zawartość kwasu szczawiowego, które w najbliższym czasie mam zamiar przedsięwziąć, rzuca pewne światło na tę sprawę, która bez tych doświadczeń jest tylko zestawieniem faktów, dających dużo do myślenia.

Na zakończenie udamy się trochę w dziedzinę hipotez.

Czem jest kwas szczawiowy w cukrzycy? czy jest to jedyny powód wzmocnionej reakcyi indykanu, czy cukier sam bez względu na obecność szczawianów wywołuje reakcye indykanu w moczu?

Szczawiany bardzo często napotykamy w cukrzycy, a napotykalibyśmy może częściej, gdyby nie wielkie rozcieńczenie moczu, które przeszkadza wytwarzaniu się kryształów.

Czy powstawanie kwasu szczawiowego w ustroju jest skutkiem niewłaściwego spalania, czy skutkiem zbytecznego wydzielania z narządów? Wiadomo bowiem, że narządy obfitują w szczawiany i że ciało ludzkie zawiera 0·2 grm. kwasu szczawiowego; [1]) — ilość występująca w moczu, dochodzi do 0·02 grm. na dzień (Fürbringer). Podobne pytanie dręczy dotąd wszystkich teoretyków cukrzycy. Czy cukier się nie spala, czy się wydziela z wątroby?

A potem nie mniej zawiłe pytanie: dlaczego kwas szczawiowy, dlaczego szczawiany doprowadzają do większej ilości indolu?

Gdyby to było przyspieszenie gnicia, mielibyśmy obok indolu skatol, czerwień indyga; dla czego reakcya występuje odmiennie, dając zawsze charakterystyczny odcień niebieski (Harnack). Zawartość cukru we krwi prowadzi do wystąpienia czyraków *(furunculosis)*, usposabia do rozkładu; bardzo być może, że białka rozpadają się w kierunku odmiennym w tych roztworach słodkich lub szczawiowych. A może brak wapna wpływa na rodzaj rozkładu, może brak wapna przy procesach fermentacyjnych wywołuje inne produkty?

---

[1]) Cipolini w pracowni Salkowskiego wykonał oznaczenie kwasu szczawiowego w narządach. (Berl. klin. Woch. Nr. 22, 1901).

Wreszcie mamy ów indoksyl, albo w ogóle ciała formy:

$$C_6H_4 - COH \diagdown NH \diagup CH$$

Czy brak utlenienia nie jest powodem, że grupa styrolu, zamiast przejść w benzol, pozostaje bez zmiany, że łańcuch boczny cząsteczki nie spala się do kwasu węglowego, że azot nie oddziela się w formie amoniaku, tylko że cała cząsteczka, opierając się utlenieniu, pozostaje w postaci indolu, dając materyał na wytworzenie indyga? Jeżeli zwrócimy uwagę na prace P. Mayera, dotyczące kwasu glikuronowego i występowania tego ciała w moczu w cukrzycy, to musimy przyznać, że badanie niecałkowitego spalania cukrów w ustroju obiecuje dużo ważnych wyników. Cukier, kwas glikuronowy, kwas szczawiowy. Te trzy postacie spalania dotąd oddzieliliśmy z chaosu produktów.

Jako odczynnik uważać należy odczyn indykanu w moczu.

II. **Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.**

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, docent dentystyki i Prof.
Dr. Wachholz, dyrektor zakładu.

(Ciąg dalszy).

III. O uszkodzeniach zadanych zębami.

Uszkodzenia, zadane zębami, zowiemy ranami kąsanemi. Rany te mogą być zadane zębami człowieka lub zwierząt, a kształt ich łukowaty i wejrzenie, będące odciskiem zębów, którymi ranę zadano, pozwalają rozpoznać, czy rana była zadaną ludzkimi czy też zwierzęcymi zębami. W prawidłowem, zupełnem uzębieniu człowieka górne siekacze środkowe są najszerszymi i dłuższymi od siekaczy bocznych; toteż i ślad, względnie rany, zadane górnymi siekaczami środkowymi będą głębsze i dłuższe, niż ślad lub rany, zadane przez siekacze boczne. Jeśli w ukąszeniu brały udział i kły, a więc sześć zębów przednich, to po bokach odcisku na skórze z każdej strony będzie lejkowate zagłębienie, odpowiadające ostremu zakończeniu kła, zazwyczaj dłuższego i wystającego ponad inne zęby. Dolna szczęka ma wszystkie zęby sieczne prawie równe, kły trochę wystające, odcisk więc sześciu dolnych siecznych zębów ludzkich będzie miał 4 równe, linijne ślady, lub ranki a z jednej i z drugiej strony po jednem zagłębieniu lejkowatem od ucisku kłów. Zależnie od tego, jaka część ciała i w jaki sposób została przy ukąszeniu uchwyconą, ślady wyżej wymienione będą się znajdowały po jednej i drugiej stronie ukąszonego narządu. Jeżeli między zęby dostał się fałd skóry, np. tłustej ręki, policzka lub sutka, pozostały odcisk będzie elipsowaty. Odcisk taki, w którym nie przyszło do podbiegnięć krwawych, zdarcia naskórka, lub rany, zostawia ślad nadzwyczaj krótkotrwały i dlatego nie posiada on praktycznego sądowo-lekarskiego znaczenia. Zazwyczaj spotykamy się ze zmianami głębszemi pod postacią podbiegnięć krwawych, zdarcia naskórka i ran o charakterze miażdżonym lub wejrzeniu ran ciętych zależnie od tego, czy zęby były tępe na swych krawędziach, czy też ostre, czy ukąszenie nastąpiło z siłą większą lub mniejszą. Zwykle rany kąsane bywają zadane zębami siecznymi, a najdalej przez kły i przez pierwsze dwuguzickowe. Zębami trzonowymi może człowiek zadać rany tylko na dłuższych i małej objętości częściach ciała, np. na palcach, wsuniętych w jamę ustną. Te ostatnie uszkodzenia przedstawiać będą charakterystyczne, kształtom korony zębów trzonowych odpowiadające odciśnienia lub rany, wyraźnie miażdżone. Ukąszenia zębami ludzkimi dotyczą zwykle miejsc ciała, stale obnażonych, a szczegół ten odróżnia je od ukąszeń zwierzęcych. Zęby ludzkie rzadko są tak ostre, a ukąszenie tak silne, iżby zęby przegryzły ubranie i zadały rany w powłokach ciała. Wyjątkowo tylko może się zdarzyć tak silne ukąszenie, któreby przeniknęło ubranie, zwłaszcza grubsze, np. obówie. W przypadku Wachholza[5]) pewna dziewczyna ugryzła aresztującego ją stójkowego przez but w wielki palec u nogi tak, iż palec ten uległ zgorzeli.

Miejsca, które ulegają najczęściej ukąszeniu, są nieokryte suknią, np. ręka z palcami, ucho, nos, twarz, wyjątkowo prącie, wargi sromne i sutki u kobiet. Odgryzienie zupełne kawałka nosa, palców, wreszcie małżowiny usznej należą do rzadkości. Hofmann[6]) powiada, że odgryzienia małżowiny usznej zdarzają się z zemsty albo z zazdrości w niektórych okolicach Tyrolu. Miał też on sposobność, będąc w Innsbruku, po trzykroć wydawać w sprawach takiego odgryzienia swoje orzeczenie. Brzegi rany w miejscu, w którem odgryziono kawałek ciała, są silnie krwią podbiegnięte i posiadają często charakterystyczne odciski zębów siecznych.

Rany kąsane mają podobnie jak i zadrapania paznogciami doniosłe znaczenie sądowo-lekarskie, albowiem są one dowodami walki, staczanej przez napadniętego z napastnikiem. Obecność ich może zatem umożliwić rozstrzygnięcie pytania, czy w danym przypadku zachodzi morderstwo lub samobójstwo, lub czy wogóle był zadany gwałt ze strony drugiej osoby. Tak np. w przypadku zadzierzgnięcia sznurem, względnie zadławienia pewnego mężczyzny przez własną jego żonę i jej kochanka, którego zwłoki mordercy powiesili w celu upozorowania, że tu nie było morderstwo lecz samobójstwo, Wydział lekarski[7]) oświadczył się za morderstwem na podstawie stwierdzonej na sekcyi obecności na twarzy i szyi zwłok otarć naskórka i sińców, a zwłaszcza rany kąsanej na palcu wskazującym, której denat sam sobie zadać nie mógł. Czasem i blizna po ranie kąsanej może rozświetlić wątpliwy przypadek. Jeżeli rana kąsana była zadana uzębieniem zupełnem, to blizna pozostająca po niej jest nieznacznie przerywaną lub linijną, odpowiadającą łukowi zębów; blizny zaś po ranach, zadanych przedniem uzębieniem niezupełnem, zdefektowanem, przedstawiają odpowiednie brakom zębów przerwy. Podobna blizna po ranie, zadanej zdefektowanem uzębieniem posłużyła Brouardelowi[8]) do wykrycia sprawcy morderstwa, podjętego na staruszce nazwiskiem Crémieux. Zauważywszy przy sekcyi jej zwłok niezupełne uzębienie, polecił Brouardel sporządzić z niego odlew. Skoro po upływie pewnego czasu przytrzymano potem w Belgii domniemanego sprawcę, i znaleziono

---

[5]). Podręcznik med. sąd. Kraków 1899. str. 167.

[6]) Hofmann: Lehrbuch d. gerichtl. Medizin 1893 str. 264.

[7]) Wachholz: III serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydz. lek. Uniw. Jag — Przegląd lek., 1897.

[8]) Amoëdo: l. c. przyp. 46. str. 405.

na jego ręce bliznę, porównano ją z odlewem uzębienia denatki i okazało się, że odlew odpowiadał najdokładniej bliźnie, a tem samem zostało stwierdzonem, że posiadający tę bliznę był mordercą pani Crémieux [9]). Bardzo często spotyka się rany kąsane na ciele mężczyzn, którzy usiłowali lub dokonali gwałcenia niewiasty, a w takim razie rany te stanowią dowód zadanego gwałtu. W przypadku Emmerta [10]) obwiniała jedna kobieta pewnego mężczyznę o usiłowanie gwałcenia jej i podała, że w obronie swej czci ugryzła swego napastnika w górną część prawego ramienia. Emmert potwierdził słuszność i prawdziwość jej podania, znalazłszy w rzeczonem miejscu ramienia sprawcy blizny poprzęczne, po których dało się rozpoznać, że były one następstwem ran, zadanych zębami siecznymi. W przypadku Dębczyńskiego [11]) zaskoczył 22-letnią dziewczynę młody wieśniak i zmusił ją groźbą zadławienia do przyzwolenia na wprowadzenie swego członka do jej ust. Dziewczyna ukąsiła go dwukrotnie w prącie, a stwierdzone przez D. rany kąsane na prąciu stanowiły dowód prawdziwości obwinienia.

Jeszcze w granicach fizyologicznego popędu płciowego zdarza się, że wśród spółkowania kąsa mężczyzna kobietę lub odwrotnie kobieta mężczyznę w chwili pobudzenia płciowego. W tych razach znajdą się zwykle rany kąsane na twarzy, ramionach, piersiach, sutkach i t. d. Częściej już spotyka się takie rany u osób dotkniętych zaburzeniem popędu płciowego w postaci sadyzmu, masochizmu itd. względnie u osób, które spółkowały cieleśnie z osobami o takiem zaburzeniu płciowem. I tak wspomina Wachholz [12]) o spostrzeżeniu Reissa, który stwierdził u pewnego ucznia szkół średnich wrzód twardy na skórze klatki piersiowej w miejscu ukąszenia go w czasie spółkowania przez prostytutkę; uczeń ów przyznał, że ukąszenie to nastąpiło na jego życzenie, albowiem nie doznawał on zadowolenia płciowego wśród spółkowania, jeśli mu kobieta nie zadawała bolu *(masochismus)*. Z zestawionych przez Wachholza [13]) 130 przypadków morderstwa z lubieżności w 4 znaleziono rany kąsane, zadane przez mordercę swej ofiarze. I tak opisany przez Lombrosa Verzeni pogryzł uda jednej ze swych ofiar nazwiskiem Motta; w jednym z przypadków, podanych przez Tardieugo, odgryzł nieznany zbrodniarz lewą brodawkę sutkową zabitej przezeń 68-letniej E.; w przypadku Emmerta stwierdzono na zwłokach ofiary morderstwa z lubieżności rany kąsane na nosie i na policzku; rana na policzku przedstawiała dokładny odcisk u góry 5, u dołu zaś 6 zębów; w przypadku Leppmanna pogryzł pewien dymisyonowany oficer 4—5-letniemu chłopcu między innemi policzki.

Rany kąsane spotyka się niekiedy na wargach ust lub na języku, a pochodzą one albo od ukąszenia się przypadkowego lub od ukąszenia przez drugą osobę. Przypadkowe rany kąsane zdarzyć się mogą przy nieostrożnem i chciwem spożywaniu pokarmów, lub przy nagłem, niespodziewanem zwarciu szczęk, np. wskutek uderzenia lub ucisku, wywartego na żuchwę. Emmert [14]) znalazł w zwłokach zaduszonej rękami kobiety tak głębokie wgryzienie się górnego siekacza w jej dolną wargę, że celem oswobodzedzenia zęba trzeba było wargę w tem miejscu przeciąć. Przypadkowe rany kąsane warg, a częściej jeszcze języka, są zwykle nieznaczne; większe i głębsze zdarzają się tylko przy upadku lub np. w chwili napadu drgawkowego, np. padaczkowego, jeźli język w chwili nagłego zwarcia szczęk był wysunięty poza łuki zębowe. Toteż po bliznach na języku przypuszcza się istnienie napadów drgawkowych. Mniej ważnemi co do znaczenia sądowo-lekarskiego są obrażenia języka, wywołane przez nieprawidłowo ustawione lub spróchniałe zęby o ostrych krawędziach, lub otarcia wędzidełka podjęzykowego o przednie zęby dolne przy wysuwaniu częstem języka, np. wśród kaszlu (kokluszu u dzieci), lub przy częstych praktykach nierządu przeciw naturze, zwanego *cunnilinguus*.

Obrażenia warg lub języka w postaci ran kąsanych zadawanych przez drugą osobę, są wyjątkowe. I tak wspomina Mayr [15]) o przypadku, w którym młody mężczyzna, rozstając się ze swą narzeczoną, odgryzl jej w chwili pocałunku 2 ctm. długi kawałek końca języka.

Dentyści są szczególnie narażeni na rany kąsane i wogóle na obrażenia zadane zębami, które mają o tyle sądowo-lekarskie znaczenie, o ile mogą być przedmiotem oceny lekarskiej w kierunku wynikającej z nich niezdolności do pracy (w przypadku ubezpieczenia od wypadku). Obrażenia te, niemal zawsze dotyczące palców, mogą być następstwem ukąszenia przez chorego wskutek mimowolnego zwarcia szczęk w czasie bolesnego zabiegu, dokonywanego w jamie ustnej, lub następstwem zesunięcia się ręki operującego tak zwaną kozią stópką w chwili wyważania nią zęba i uderzenia się ręką o sąsiednie zęby, lub wreszcie następstwem uderzenia ręki operującego o ząb (najczęściej górny dwuguzikowy), właśnie wydobyty, który jak migdał z swej łupiny wyśliznął się z siłą z pomiędzy ramion kleszczy. Przeciw tym obrażeniom stosują czasem dentyści stosowne ochraniacze palców.

Odnośnie do pytania, jakie w praktyce sądowo-lekarskiej może się nasunąć, czy można zębami sztucznymi zadać ranę kąsaną, musimy nadmienić, że jest to możliwe, jeźli zęby sztuczne są mocno osadzone, np. jeźli są przytwierdzone na ćwieczkach, mostkami, klamrami itd. Jeźli natomiast istnieją całe szczęki sztucznego uzębienia, to te nie są zdolne zadać rany kąsanej w powłokach ciała, gdyż w chwili ukąszenia przednimi zębami odchyla się tylna część protezy i zapobiega wywarciu potrzebnego do zadania rany ucisku.

Ocena sądowo-lekarska ran kąsanych musi mieć na względzie ich umiejscowienie, rozległość, a wreszcie możliwe powikłania. Ponieważ rany te mają zazwyczaj brzegi przy-

[9]) Nie tylko po ranach kąsanych, znajdowanych na ciele ofiar, można przez porównanie ich ze szczęką sprawcy stwierdzić jego tożsamość, lecz i po odbiciu jego uzębienia w jakimkolwiek podatnym przedmiocie, n. p. spożywanym przezeń chlebie. W przypadku Dra Couliaux stwierdzono tożsamość jednego ze złodziei, którzy napadli na dworek wiejski, po tem, że sporządzony odlew negatywny z uzębienia, odbitego w spożywanym przezeń a pozostawionym kawałku chleba z masłem, odpowiadał najzupełniej jego zębom. Innym razem odbicie uzębienia w jabłku posłużyło do stwierdzenia tożsamości złodzieja; na cygarniczce zaś do stwierdzenia tożsamości mordercy pewnego bankiera w Petersburgu (Amoëdo *l. c.*).

[10]) Lehrb. d. ger. Med. Leipzig 1900. Str. 146.

[11]) Gazeta lek. 1896. Nr. 26.

[12]) Podręcznik med. sąd. l. c. str. 490.

[13]) Przegląd lek. 1900.

[14]) *L. c.* Str. 145.

[15]) Friedreich's Blätter für gericht. Med. 1897.

najmniej nieco miażdżone i ponieważ niemal zawsze ulegają zakażeniu już w chwili swego powstania wskutek obecności licznych drobnoustrojów w jamie ustnej każdego człowieka, przeto stanowią najczęściej ciężkie uszkodzenie ciała, czasem zaś sprowadzają nawet śmierć ukąszonego, jak się to np. zdarzyło w przypadku, podanym przez Janikowskiego[16]), w którym 59-letni mężczyzna zmarł wskutek posocznicy w 8 dni po ukąszeniu go przez przeciwnika w wielki palec lewej ręki. Na wzmiankę zasługuje wreszcie możliwość zakażenia rany kąsanej jadem kiły.

Rany kąsane, zadane przez zwierzęta, mogą przedstawiać również charakterystyczne dla danego uzębienia kształty, po których, znając anatomiczne cechy zębów zwierzęcych, można wyjaśnić, czy ranę zadało zwierzę mięsożerne, czy trawożerne, przeżuwające i t. d. Rany kąsane, zadane przez zwierzęta, przedstawiają cechy ran ciętych i miażdżonych; z powodu znacznej zwykle rozległości i głębokości są one groźne dla życia. W naszych warunkach najczęstszemi są rany, zadane przez zwierzęta domowe, w pierwszym rzędzie przez psy, koty, konie, osły, świnie i t. d. Rany kąsane, zadane przez psy, są częste; rzadko atoli są one tak rozległe, żeby sprowadzić mogły śmierć wskutek upływu krwi z przerwanych naczyń, lub z obrażenia narządów ważnych dla życia. O takich poszarpaniach śmiertelnych ludzi, najczęściej dzieci, przez psy wspominają Hofmann[17]) i Chauvel[18]). Dość częstemi są rany kąsane, zadane przez konie lub osły, a to nawet osobom, które ze zwierzętami temi stale obcują. Zdarza się nieraz, że żołnierze konnicy ranią lub odcinają sobie palce, aby się uwolnić od wojska, a pociągnięci do odpowiedzialności podają, że im n. p. koń odgryzł palec. Rozstrzygnięcie, czy utrata palca była następstwem odgryzienia, jest stanowczo możliwe wtedy, gdy mamy przed sobą część odgryzioną; w przeciwnym razie może ono być tylko prawdopodobnem. Wedle zestawień Gillettea rany kąsane, zadane przez zwierzęta, najczęściej bywają umiejscowione na kończynach górnych, potem na dolnych, w końcu na policzkach i klatce piersiowej. Ponieważ człowiek, napadnięty przez zwierzę, broni się zwykle ręką, przeto i rany najczęściej dotyczą rąk.

Rany kąsane, zadane przez zwierzęta, goją się również powoli i wśród ropienia, mogą zatem również stać się źródłem ogólnego zakażenia jadem ropnym; ponadto mogą być powodem śmierci przez zakażenie wścieklizną lub nosacizną, jeżeli zwierzę, które zadało ranę, było temi chorobami dotknięte.

Zwierzęta zadają rany kąsane nietylko człowiekowi żywemu, lecz także i ludzkim zwłokom. Tak n. p. zwłoki dzieci, zwłaszcza noworodków, wrzucone do kloak (przez dzieciobójczynie), stają się pastwą szczurów; ubytki, wywołane przez szczury, są zwykle kształtu okrągławego i mają brzegi wyzębione, jakby zapomocą kończystego narzędzia. Rzadziej stają się zwłoki ludzkie pastwą kotów domowych, a niemal nigdy psów. Przed niedawnym czasem mieliśmy sposobność (Wachholz) sekcyonować zwłoki noworodka donoszonego, zmacerowanego w łonie matki, którego całą niemal twarz wraz z lewą gałką oczną i lewą połową żuchwy, oraz częściowo językiem pożarł kot domowy; brzegi ubytku były strzępiaste i tu i ówdzie okazywały rynienkowate odbicia zębów. W zakładzie sądowo-lekarskim w Wiedniu dokonano przed kilku laty sekcyi na zwłokach kobiety, której już po śmierci własny jej piesek pożarł wargi sromowe, a brzuch jej podrapał. Rozpoznanie ran takich, jako po śmierci zadanych, nie przedstawia zwykle trudności, a opiera się na znanych zasadach. (C. d. n.)

[16]) Dwutygodnik medycyny publicznej 1878.

[17]) Lehrb. d. g. Med. *l. c.* str. 264.

[18]) »Plaie«, artykuł w »Diction. encyclop. des Sciences médicales«

III. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii.

Grasica. — Przysadka mózgowa. — Jajniki.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Na biologiczne znaczenie jajników zwracał uwagę jeszcze Brown-Séquard, przypisując im, względnie otrzymywanym z nich wyciągom wpływ na czynności biologiczne, zupełnie podobny, jak znanej brownséquardynie. Ale wtedy nie zajęto się nimi bliżej, nie badano ani ich wpływu fizyologicznego, ani też leczniczego. Nastało to dopiero nieco później, gdy ucierać się zaczął pogląd, że czynność jajników nie ogranicza się li tylko na spełnianiu zadań płciowych, gdy, w myśl teoryi Fehlinga, przyjmującej wpływ jajników na sprawę odżywiania się kości, częściej wykonywać zaczęto trzebienie (kastracyę) w rozmiękczeniu kości i przekonano się o jej względnej skuteczności. Stanowiło to pośredni dowód, że jajniki w danych warunkach mogą wpływać niekorzystnie na układ kostny, przez wydzielanie, jak sądzi Kehrer, w nadmiernej ilości właściwej im istoty. Tak więc z niejednego względu zależeć musiało na bliższem poznaniu właściwości i działania tej przypuszczalnej substancyi, a co za tem idzie i czynności jajników. Otworem stały dwie drogi: niszczyć narząd i śledzić wpływ zniszczenia — i druga, polegająca na wprowadzaniu do ustroju tego właśnie narządu w większej ilości i spostrzeganiu, czy i jakie zmiany występują w czynnościach fizyologicznych.

Sposoby pierwszego badania nie obchodzą nas bliżej w tej chwili. Wspomnieć się wszakże godzi na tem miejscu o dwóch zajmujących pracach, które miały za cel poznać wpływ trzebienia na przemianę materyi. Pierwsza z nich, wykonana przez W. Popiela[37]) wskazuje, że w tym kierunku nastają bardzo poważne zmiany po wycięciu jajników. Zwierzęta trzebione zyskują widocznie na wadze, przyswajają w nadmiernej ilości tłuszcz, czego dowodzą wagowe oznaczenia wydzielanego przez zwierzę bezwodnika kwasu węglowego, a zato spotrzebowują nie tylko całą ilość azotu, wprowadzonego z pokarmami, ale także część azotu, względnie białka własnego ustroju. Wielka szkoda, że autor tej pożytecznej i mozolnej pracy nie postarał się o określenie przemiany pierwiastków u zwierząt wytrzebionych, pod wpływem wstrzykiwań wyciągów z jajników, lub spożywania samych jajników. Brak ten do pewnego tylko stopnia uzupełniają doświadczenia Richtera i Loevyego[38]), wykazujące, że u suk, pozbawionych jajników, kołaczyki ooforynowe podnoszą ilość zużytego tlenu i wydzielonego

[37]) Popiel: Pam. Tow. Lek. Warsz. 1897. S. 310

[38]) Richter: Deut. med. Wochschft. 1899. VB. S. 269.

kwasu węglowego. Z oznaczeń tych pośrednio wnosićby można, że korzystniej wtedy układa się bilans azotu i wraca pewna równowaga w przemianie materyi.

Wobec powyższego przypuszczenia byłoby bardzo wskazane i bardzo pożądane dokładne poznanie przemiany istot azotowych. Pomijając już sprawę czysto naukową, teoretyczną, zyskaćby można w wynikach takich oznaczeń ściślejsze podstawy dla stosowania jajników w pewnych zaburzeniach odżywczych, przydarzających się u dziewcząt w okresie pokwitania i u kobiet w okresie ustawania i po ustaniu miesiączki. Dotychczasowe badania w tym kierunku zupełnie nie mogą wystarczyć do wyrobienia pewnego zdania, bo przedsiębrano je w warunkach niezupełnie odpowiednich. I tak Thumin[39]), który nie stwierdził wpływu jajników na wydzielanie azotu, przeprowadzał swoje badania na chorej, pozbawionej drogą rękoczynu wewnętrznych narządów rodnych; w klinice zaś Senatora[40]), gdzie znaleziono zwiększone wydzielanie azotu, wykonywano oznaczenia w wydalinach chorej z rozmiękczeniem kości. Do takich oznaczeń nadawaliby się przedewszystkiem ludzie zdrowi, a znakomite uzupełnienie badań stanowiłyby doświadczenia, przeprowadzane na zwierzętach trzebionych.

Rozbiory moczu i kału, wykonywane na chorej Senatora, mają donioślejsze znaczenie z innego powodu. Wskazują one, że jajniki, podawane wewnętrznie w postaci kołaczyków, wpływają wcale dosadnie na wydzielanie moczu, podnoszą jego ilość, są więc środkiem moczopędnym; a dalej, że wywołują zwiększone wydalanie wapna tak w moczu jako też i w kale. Wpływ jajników na wydzielanie fosforu jest wątpliwy. Z tablic Senatora, przedstawiających przeciętne liczby dzienne z kilku okresów, zdawałoby się wynikać, że i w tym kierunku działają jajniki podniecająco. Ten sam wpływ dostrzedz można także odnośnie do ciał aloksurowych.

Badania Richtera i Senatora są, jak dotychczas, jedynemi pracami doświadczalnemi, które, posługując się organoterapią, jako jednym z najnowszych sposobów używanych przy badaniach fizyologicznych, miały za cel uzasadnić organoterapię jajnikową, jako sposób leczenia. Tak pojmowali je obaj niemieccy lekarze. Czy przez to cel zamierzony osiągnęli, nie można stanowczo orzekać. Niemniej wszakże przyjąć trzeba, że istota, która sprowadza jakiekolwiek zmiany w ustroju, która wpływa na przemianę pierwiastków, pośrednio czy bezpośrednio, która powoduje pewne zmiany wydzielnicze, nie jest istotą obojętną, nieczynną, że może być tem samem środkiem leczniczym. Doświadczenie kliniczne zdaje się że potwierdza powyższe wnioski, a przetwory wyrabiane z jajników zyskują obok tyroidyny wcale poczesne stanowisko w lecznictwie.

W przedmiotowych i zasługujących na wiarę sprawozdaniach klinicznych wiele już jest danych po temu, aby dojść do przekonania, że przetwory te działają korzystnie przedewszystkiem w tych przypadkach, w których czynność jajników jest nieprawidłowa, gdzie ustaje zupełnie, lub gdzie występują zboczenia ogólne po wycięciu jajników. Jest to więc zakres dla leczenia zastępczego — terapii substytucyjnej — w całem słowa tego znaczeniu. Jako najbardziej wyrazisty przykład posłużyć tu mogą dwa spostrzeżenia Monda[41]), w których po wycięciu jajników, uskutecznionem w klinice ginekologicznej w Kilonii, wystąpiły cięższe objawy ze strony układu nerwowego, a ustały po podaniu kołaczyków owarynowych Mercka.

Przypadki, jak dwa wyżej przytoczone, nie należą do codziennych. O wiele częściej zgłaszają się po poradę kobiety w okresie przejściowym, u których równocześnie z ustawaniem miesiączki zjawiają się różnorodne przypadłości i zboczenia, poczytywane przez wielu lekarzy chorób kobiecych, nie bez znacznej słuszności, za następstwo zmian w czynności, względnie za skutek nieczynności jajników. I w tych razach zupełnie uzasadnione jest leczenie zastępcze, polecane najpierw przez Landaua, a następnie stosowane przez wielu lekarzy, często z bardzo dobrym skutkiem, jak o tem świadczą sprawozdania Saalfelda[42]), Seeligmanna[43]), Kleinwächtera[44]), i in. Podnoszą one skuteczność przetworów jajnikowych, stosowanych przeciw przypadłościom nerwowym, dla chorych niekiedy bardzo przykrym. Na miejscu może będzie, jeśli wspomnę tu o ciekawym przypadku, który sam miałem sposobność spostrzegać w ubiegłym roku. Dotyczył on osoby, 48 lat liczącej, u której równocześnie z ustawaniem miesiączki zjawiły się napady duszności, występującej w dość stałych 3—4 tygodniowych odstępach czasu, trwającej 3—4 dni. Najdokładniejsze badanie narządu oddechowego i narządu krążenia nie wykazywało żadnych zboczeń, napady, wprost przez wykluczenie, uważać należało za czysto nerwowe. Okresowość ich wzróciła uwagę moją na możliwość związku między nimi a ustawaniem miesiączki i z tego powodu podawałem chorej kołaczyki jajnikowe. Przy używaniu tego przetworu nie pojawiały się napady przez przeciąg dwóch miesięcy. Później straciłem chorą z oczu. Wnoszę, że miała się dobrze. Nie chcę wyznawać zasady *post hoc, ergo propter hoc*, pragnę tylko zwrócić uwagę na to spostrzeżenie. Być może, że podobne leczenie okaże się skutecznem i w innych przypadkach duszności, przydarzającej się w okresie przejściowym; wszak znamy postać t. zw. *asthma uterinum*. Wskazania dla t. zw. leczenia zastępczego nie ograniczają się bynajmniej do przypadków tak zwanych nerwowych. Przetwory jajnikowe wpływają także na sprawy anatomiczne. Saalfeld i Seeligmann polecają je bardzo gorąco w niektórych chorobach skóry, przydarzających się podczas okresu przejściowego u kobiet, jak w trądziku pospolitym, wyprysku, świerzbiączce, a nawet, jak to opisuje Seeligmann, w łuszczycy, odnawiającej się w kresie przejściowym. Jako typowy przykład skuteczności jajników w chorobach skóry podaje Saalfeld opis przypadku, w którym po wytrzebieniu u młodej, 20-letniej kobiety, wystąpił na całem ciele nader uporczywy wyprysk, nie dający się usunąć mimo bardzo energicznego leczenia. Znaczną poprawę sprowadziły dopiero kołaczyki jajnikowe. Dodatni wpływ jajników na choroby skóry, występujące w czasie ustawania miesiączki, spowodował dwóch wspomnianych autorów do czynienia prób także u kobiet młodych, okazujących zmiany na skórze. Próby te wypadały pomyślnie, zwłaszcza u chorych

[39]) Thumin: Therapie d. Gegenw. 1900. H. 10.
[40]) Senator: Deut. med. Wochschft. 1897. VB. S. 28.
[41]) Mond: Therap. Monatshefte. 1896. S. 461.
[42]) Saalfeld: Therap. Monatshefte 1898, S. 153 i 522.
[43]) Seeligmann: Therap. Almanach 1899, S. 82.
[44]) Kleinwächter: Deutsche med. Wochschft. 1898. TB. 15.

niedokrewnych, u których niedokrewność zdawała się zależeć od zboczeń w narządzie rodnym.

Spotkać dalej można w piśmiennictwie ginekologicznem dość liczne wzmianki o działaniu odtłuszczającem przetworów jajnikowych w tych przypadkach otłuszczenia ogólnego, które przydarzają się w okresie przejściowym. Wspominał o tem już Landau, a potem stwierdzili to samo Fränkel [45]), Saalfeld, Kleinwächter i in. Spostrzeżenia kliniczne godzą się w tym względzie najzupełniej z wynikami doświadczeń Richtera i Loevyego, wykazującemi zwiększone spalanie się tłuszczu w następstwie podawania jajników. Pożądaną byłoby wobec tego rzeczą poznać działanie jajników także w innych przypadkach otłuszczenia, a to tembardziej, że Burghart [46]) opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do młodej osoby, u której po podaniu kołaczyków jajnikowych, obok korzystnego wpływu na stan ogólny, zwłaszcza psychiczny, stwierdzono znaczny ubytek wagi ciała.

Według sprawozdań niektórych lekarzy można osiągnąć pomyślne wyniki przez podanie przetworów jajnikowych w zaburzeniach w miesiączkowaniu, szczególnie zaś w braku miesiączki. Spostrzeżenia takie opisują: Stehman [47]), Tamburini [48]), wspomina o nich także de Campoulas [49]).

Najwięcej wszakże zajęcia z pośród wszystkich usiłowań leczniczych, podjętych z przetworami jajnikowymi, budziły próby leczenia błednicy w typowej jej postaci, występującej u dziewcząt w okresie pokwitania. W chorobie tej, tak dokładnie poznanej co do objawów i przebiegu klinicznego i tylokrotnie opracowywanej, a mimo to tak zawsze jeszcze niejasnej co do patogenezy, oddawna zwracało uwagę, że początki jej przypadają, jeśli nie zawsze, to w każdym razie bardzo często, na okres rozwoju płciowego, pojawiają się równocześnie z występowaniem miesiączki. Ztąd wniosek, zupełnie logiczny, że między chorobą a rozwojem płciowym zachodzi bliższy związek, ztąd teorya Immermanna, przyjmująca, że powód choroby leży w niedorozwoju narządów rodnych i odmiana jej, hipoteza Noordena, przypuszczająca możliwość zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem jajników w myśl nauki Brown-Séquarda. To samo przypuszczenie mamy odwzorowane także w teoryi Spillmanna i Etiennea [50]), którzy, wyszedłszy z założenia, że u kobiet surowica krwi, uzyskana przed wystąpieniem miesiączki, okazuje w wyższym stopniu własności trujące, sądzą, że zadanie krwawień miesięcznych polega na uwalnianiu ustroju od toksyn, że błednica jest wyrazem zatrucia, wywołanego pozostawaniem pewnej ilości ciał trujących, a że winę tego ponoszą niedostatecznie czynne jajniki.

W takim razie znów wdzięczne pole dla leczenia zastępczego. Wspomniani wyżej lekarze stosowali je w 6-ciu przypadkach. Jako wynik podnoszą poprawę stanu ogólnego i wzrost liczby ciałek czerwonych. O dodatnich wynikach w kilku spostrzeżeniach wspomina także Kleinwächter [51]), którego wymienialiśmy już wyżej. Bezwzględnym wreszcie zwolennikiem teoryi jajnikowej o powstawaniu błednicy i leczenia zastępczego tej choroby przetworami jajnikowymi jest między innymi de Gottal [52]), lekarz belgijski, który spostrzeżenia swoje ogłaszał w r. 1899.

Wogóle jednak nie zyskał ten sposób leczenia pierwszeństwa przed dawniejszymi, a nawet spotykał się wprost z ostrą opozycyą, jak np. w publikacyi Cavallotiego [53]), który nie wyznaje ani teoryi jajnikowej, ani też nie przyznaje racyi bytu leczeniu zastępczemu. W najnowszych, większych pracach, poświęconych błednicy, np. w pracy Laachego [54]) z r. 1900, spotkać można w ustępach, omawiających leczenie, wzmianki o organoterapii i o jajnikach, ale sąd ogólny o skuteczności takiego leczenia nie jest bynajmniej korzystny. Mimo to nie uważałbym za stosowne przechodzić nad całą sprawą do porządku dziennego. Właściwą byłoby rzeczą określić bliżej przypadki, w których widoczny był jakikolwiek wynik leczenia, oddzielić je od tych, gdzie żadnego nie dostrzegano skutku, utrwalić, jeśli nie wskazania, to przynajmniej odpowiedni zakres dla dalszych prób. Być może, że jajniki, jakkolwiek nie są istotnym środkiem leczniczym, to jednak okażą się środkiem pomocniczym, wspierającym leczenie znanymi oddawna sposobami i środkami, ułatwiającym uzyskanie szybszego i trwalszego działania przetworów żelazistych.

Za zupełnie natomiast poronione uważać trzeba próby leczenia rozmiękczenia kości. Myśl stosowania przetworów jajnikowych w tej chorobie w samem założeniu, jak się zdaje, nie była szczęśliwą. Jeśli nawet prawdziwa jest teorya Fehlinga, to przetwory jajnikowe w żadnym razie nie mogą być właściwym środkiem dla usuwania przyczyny choroby, na którą korzystnie wpływa trzebienie. Analogia między leczeniem wola tyroidyną, a leczeniem, o którem mówimy, stawiana jako usprawiedliwienie prób leczniczych, jest bardzo tylko pozorna. Tam gruczoł tarczykowy przerasta, ulega zwyrodnieniu, bo przypuszczalnie podołać nie może zwiększonym wymaganiom biologicznej pracy; w rozmiękczeniu kości niema podobnego przerostu jajników, a jak na podstawie swych badań podaje Bulius [55]), niema nawet wcale zmian anatomicznych. Tak przedstawia się sprawa ze stanowiska więcej teoretycznego. Klinika zdaje się potwierdzać słuszność tych zapatrywań. Sprawozdania lekarskie o wynikach leczenia rozmiękczenia kości zapomocą przetworów jajnikowych brzmią bez wyjątku niepomyślnie. Należą do nich publikacye Latzki i Schnitzlera [56]), Bernsteina [57]), Kleinwächtera [58]), Jollyego [59]) i in. Do tego samego wyniku doprowadziły także próby, przedsiębrane w klinice krakowskiej około r. 1897. W żadnym przypadku nie można było dostrzedz jakiegokolwiek wpływu kołaczyków jajnikowych ani na stan ogólny chorych, ani też na sprawę rozmiękczenia kości jako taką.

[45]) Fränkel: *vide* ref. pracy Kleinwächtera.
[46]) Burghart: l. c.
[47]) Stehmann: Deutsche med. Wochschft. 1897. T. B. S. 15.
[48]) Tamburini: *ibidem* T. B. S. 62.
[49]) De Campaulas: Therap. Almanach 1900. S. 106.
[50]) Spillmann et Etienne: Therap. Wochschft. 1896 Nr. 50.
[51]) Kleinwächter: *l. c.*
[52]) De Gottal: Centrblt. f. inn. Med. 1899. S. 1061.
[53]) Cavallotti: Centrblt. f. Stoffwechsel- u. Verdanungskrankh. 1900. S. 169.
[54]) Laache: Handbuch der prakt. Med. B. II.
[55]) Bulius: Ref. Przegl. Lek. 1899. S. 75.
[56]) Latzko i Schnitzler: Deutsch. med. Wochschft. 1897. S. 587.
[57]) Bernstein: Münch. med. Wochschft. 1898. Nr. 14.
[58]) Kleinwächter: *l. c.*
[59]) Jolly: Deutsche med. Wochschft. 1900. V. B. S. 24.

IV. Wyciągi.

Lehmann. **O wpływie ustalonego tyłozgięcia macicy na ciążę, poród i połóg.** (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 21, 22). Ustalone tyłozgięcie macicy jest najczęstszą przyczyną niepłodności; czasami jednak trafia się i zapłodnienie, a wtenczas albo następuje poronienie, albo ciąża dalej się rozwija, aż nastąpi uwięźnięcie macicy ciężarnej; w wyjątkowych tylko przypadkach ciąża rozwija się dalej prawidłowo, podnosząc macicę do miednicy dużej.

W początkach ustalenia macicy tyłozgiętej zaginają się i trąbki; w okolicy ich powstaje zapalenie, często także pojawia się i nieżyt macicy i to jest przyczyną niepłodności. Po pewnym czasie sprawy te ustępują i z chwilą, kiedy droga dla przechodzenia jajek jest wolną, zapłodnienie nastąpić może. Po zastąpieniu macica powiększając się naciąga zrosty, co daje takie objawy zapalenia okołomacicznego, jak: parcie na mocz i kiszkę odchodową, bóle, nudności i wymioty. Badanie daje prawie zawsze wynik ujemny, zwłaszcza w pierwszych dwóch miesiącach, bo nawet przy badaniu oburęcznem wskutek zrostów nie można dobrze uchwycić i ocenić wielkości macicy; nadto utrudniają jeszcze badanie zmiany w przydatkach i w tkance okołomacicznej, znoszące wybitny objaw Hegarowski. Jedynym objawem ciąży będzie tylko brak regularności, a dalsze spostrzeganie utrwali pewne rozpoznanie.

Przekrwienie narządów miednicy małej, towarzyszące ciąży, robi zrosty pulchniejszemi, łatwiej rozciągliwemi, wskutek czego macica rosnąc, może się podnieść do miednicy dużej, albo łatwiej może być odprowadzoną i ustaloną krążkiem. Samoistne odprowadzenie macicy następuje wtenczas łatwiej, jeżeli jajo płodowe rozwija się na przedniej ścianie macicy. Główną siłą, podnoszącą macicę i utrzymującą ją w pozycyi prawidłowej, są silnie podczas ciąży przerosłe więzadła okrągłe; te ciągną trzon macicy ku przodowi, gdy tymczasem zrosty trzymają i niejako ciągną ku tyłowi część pochwową i dolną część macicy.

Mimo samoistnego nawet usunięcia tyłozgięcia macicy przypadłości podmiotowe nie ustępują; pochodzą one od coraz bardziej rozciąganych zrostów; usunięcie ich jest bardzo trudne, najlepiej jeszcze działa spokój, dyeta łatwo strawna i nacierania 20% maścią ichtyolową. Poród w przypadkach tych jest prawidłowy, tylko bardzo bolesny; bóle te, nie znosząc siły skurczów porodowych uśmierza makowiec, morfina, chloral. Kobiety w połogu bywają skłonne do zapaleń i skrzepów w żyłach, zwłaszcza po porodach, odbytych z operacyą; pierwszym objawem tworzących się zmian w żyłach ma być według L. jeszcze w czasie, kiedy niema żadnych zmian miejscowych, szybkie tętno, nie odpowiadające podniesieniu ciepłoty. Jeżeli połóg przebiega prawidłowo, należy w dwa tygodnie po porodzie założyć krążek, ale tylko wtedy, jeżeli on nie sprowadza objawów zapalenia okołomacicznego; noszenie krążka daje jednak i tak skutek wątpliwy, bo zrosty, rozciągnięte tylko podczas ciąży, kurcząc się sprowadzają na nowo ustalenie macicy w tyłozgięciu. *P.*

Czarnecki. **Ciało obce, stanowiące przeszkodę porodową.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 23). U osoby młodej, która przed $1^1/_2$ rokiem poroniła, znalazł Cz. przy porodzie, który nastąpił po odejściu wód płodowych przy mało rozwartem jeszcze ujściu, leżącą przed główką puszkę ołowianą, 10 ctm. długą, a 4 ctm. szeroką. Mimo jej wydobycia poród nie postępował, a to z powodu znacznego zbliznowacenia ujścia: C. naciął więc brzegi ujścia, lecz znowu ustały bóle i dlatego musiał ukończyć poród kleszczami.

Puszkę tę włożyła sobie kobieta ta do pochwy sama przed 13-tu laty, kiedy poraz pierwszy dostała miesiączki; nie doświadczała ona z tego powodu żadnych dolegliwości, ale wyjąć puszki z pochwy nie mogła. Kiedy przed $1^1/_2$ rokiem poroniła, puszka ta znikła z pochwy, ale na zewnątrz nie odeszła, przedostała się do macicy, gdzie również pozostawała bez objawów aż do chwili porodu. *P.*

Geissler. **Całkowite wynicowanie macicy podczas porodu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 23). W okresie trzecim, w trzy kwadranse po urodzeniu dziecka, nastąpiło u położnicy wynicowanie macicy. Wezwany do dania pomocy znalazł autor łożysko przyrośnięte, stan położnicy wcale dobry; po oddzieleniu łożyska i odprowadzeniu macicy krwawienie było bardzo nieznaczne, mimoto położnica wkrótce zmarła, jak twierdzi Geissler wskutek zatoru powietrzem. Wynicowanie macicy miało zdaniem autora nastąpić skutkiem wiotkości jej ścian, szerokości ujścia zewnętrznego i parcia tłoczni brzusznej, a nie powstało z winy akuszerki. *P.*

Oliver Miller. **Zastosowanie termolu w durze brzusznym.** (*Internat. Medic. Magazine*, luty 1901). Thermol jest to nazwa syntetycznego alkaloidu o formule chemicznej $C_4 H_5 NO_3$. Działa on, jako środek przeciwgnilny dla kiszek i jako lek przeciwgorączkowy. Wobec tych własności zaleca się zastosowanie termolu w durze brzusznym. Autor stosując przez rok przeszło termol w przypadkach duru, jest bardzo zadowolony z osiągniętych wyników: z 26-ciu chorych, leczonych w szpitalu, i wielu innych, spostrzeganych w praktyce prywatnej, żaden nie umarł; przebieg choroby był krótszy, niż przy innem leczeniu, i to tem krótszy, im wcześniej zastosowano termol. Najlepiej działają małe, ale częste dawki (autor zapisywał po 10, 5 i $2^1/_2$ granów*) co trzy godziny, zmieniając dawkę według potrzeby). Przy takiem leczeniu (a w większości przypadków było ono jedynem), ciepłota obniżała się, błony śluzowe pozostawały wilgotne, wzdęcia brzucha nie spostrzegano, rozwolnienie ustawało. Na układ naczynioruchowy termol nie wpływa ujemnie. Nerki przytem nie bywają zajęte; mocz odchodzi swobodnie; ślady białka znajdowano w bardzo rzadkich przypadkach. W końcu autor podkreśla, że przy leczeniu duru brzusznego termolem, 1° chorzy nie opadają na siłach, wskutek czego nie zachodzi potrzeba użycia wyskoku, 2° działalność skóry, błon śluzowych i nerek pozostaje prawidłową, 3° wyzdrowienie następuje prędzej. *St. Rudzki.*

E. Peters. **Łagodzenie bólów zapomocą wyciągu nadnercza.** (*The Lancet* 2 marca 1901 r.). W wielu nieuleczalnych chorobach zadaniem lekarza jest przynajmniej zmniejszenie cierpień chorego. Dla złagodzenia bólów używa się zazwyczaj morfiny; środek to bez wątpienia bardzo skuteczny, lecz bynajmniej nieobojętny dla całego ustroju: świadczą o tem następowe nudności, zaburzenia trawienia, ogólne osłabienie, oraz stwierdzane pośmiertnie zwyrodnienie komórek nerwowych i rozpad ciałek Nissla. Zupełnie natomiast nieszkodliwym, a skutecznie uśmierzającym bóle jest stosunkowo niedawno wprowadzony w użycie wyciąg nadnercza. Peters wypróbował następujący przetwór nadnercza, który można łatwo przygotować o każdym czasie: (najlepiej *ex tempore*, choć po dodaniu kamfory nie psuje się i dni parę) dwie tabliczki wysuszonego gruczołu (przygotowane przez firmę Burroughs i Wellcome) rozcieramy na proszek, wsypujemy do probówki z 100 granami przegotowanej wody; probówkę na 10—15 minut wstawia się do wrzącej wody; następnie płyn cedzi się; przesącz otrzymany jest 10% wodnym wyciągiem nadnercza. Autor stosował taki wyciąg w następujących czterech przypadkach: 1) owrzodziały rak gruczołu piersiowego: obmywanie 1—2 razy na dobę; 2) nowotwór przełyku, bardzo bolesne połykanie: łyżeczka wyciągu podana wewnętrznie (maleńkimi łykami); 3) gruźlica krtani: bardzo silne bóle przy oddechaniu, kaszlu, połykaniu: rozpylanie 10%-ego wyciągu nadnercza; 4) zapalenie okostnej zęba z niezwykłymi bólami w krótkich odstępach: położono na bolące miejsce wacik, napojony wyciągiem nadnercza. We wszystkich tych przypadkach zastosowane poprzednio inne znieczulające środki miejscowe (kokaina, jodyna, chloroform i t. d.) mało ulgi przyniosły; wyciąg nadnercza natomiast działał skutecznie i prędko, a działanie jego trwało dwie godziny i dłużej. *St. Rudzki.*

P. Knecht i W. Dearden. **Wydzielanie się arszeniku przez włosy w stanie prawidłowym i w zatruciach arszenikiem.** (*The Lancet*, 23 marca 1901 r.). Wiadomem było oddawna, iż arszenik może być odkryty we włosach, — praktycznego jednak zastosowania spostrzeżenie to nie miało. Autorowie poddali ścisłemu rozbiorowi włosy 6 mężczyzn: z nich u dwóch nastąpiło zatrucie arszenikowe przez piwo, trzeci zażywał arszenik wewnętrznie przez czas dłuższy ($^1/_9$ grana na dobę), — reszta byli to zdrowi ludzie w wieku 16, 23 i 35 lat. Autor wykrył arszenik we włosach i tych ostatnich osobników, lecz w tak drobnych śladach, że ilościowe określenie było niemożliwe. Tymczasem włosy chorego, który w celu leczniczym zażywał arszenik, zawierały 0.3 arszeniku na 10.000 części; u jednego z otrutych arszenik znajdował się we włosach w takimsamym stosunku 0,3: 10.000, u drugiego zaś nawet 1: 10.000. Tak więc rozpoznawcze znaczenie ilościowego badania włosów na arszenik nie podlega wątpliwości. Autorowie zwracają uwagę, że tym sposobem możnaby odróżniać zapalenie nerwów wskutek zatrucia arszenikiem od zwykłego zapalenia. Niemniej ważne są otrzymane przez K. i D. wyniki pod względem sądowo-lekarskim wobec wielkiej trwałości włosów na zwłokach. Autorowie posługiwali się w swych badaniach sposobem Marsha ze zmianą Sangera. *St. Rudzki.*

E. Sacquepée. **O zlepianiu się (aglutynacyi) prątka okrężnicy (bact. coli) pod wpływem surowicy durowej.** (*La Presse médicale* 1301, Nr. 46). Różne gatunki prątka okrężnicy zachowują się różnie pod wpływem surowic. Podczas gdy jedne ulegają aglutynacyi, inne nie ulegają jej wcale. Autor spostrzegał bardzo często zlepianie się prątka okrężnicy pod wpływem surowicy cho-

*) W Anglii do dziś dnia utrzymała się stara waga aptekarska: funt aptekarski (troy pound) = 373·24 gramów, zawiera 12 uncyj, 96 drachm, 288 skrupułów, 5760 granów. Jeden gran przeto wynosi około 0·065 grama, a odwrotnie gram zawiera około 15·4 granów. *Red.*

rych durowych, biorąc surowicę i hodowle z tegosamego osobnika i powtarzając badania wielokrotnie. Z jelita tegosamego osobnika wyhodowane rozmaite gatunki prątka okrężnicy zachowują się różnie pod wpływem jednej i tejsamej surowicy. Także pod wpływem surowic innego pochodzenia ulegały wybitnej aglutynacyi niektóre gatunki prątka okrężnicy, wyhodowane ze stolców durowych. Związek aglutynacyi prątka okrężnicy ze stopniem zakażenia durowego, lub z powikłaniami pozostaje jeszcze niewyjaśniony, jakkolwiek doświadczenia autora przemawiają za tem, że pojawienie się aglutynacyi prątka okrężnicy podczas gorączki durowej jest objawem dodatkowego zakażenia lub zatrucia ustroju, których źródłem jest przebywający w jelicie prążek okrężnicy. *Dr. M. Blassberg.*

V. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Ciąg dalszy).

4. Prof. Ziembicki (Lwów): **O znieczulaniu lędźwiowem.** Sposobu tego używa Z. od stycznia 1901 roku i zastosował go dotychczas 62 razy. Z początku, t. j. w 14 przyp. użył kokainy, obecnie posługuje się wyłącznie tropakokainą (48 przyp.). Znieczulenie zupełne następowało niezawsze. 13 razy musiał Z. kończyć operacyę w uśpieniu chloroformowem. Przyznaje, że tropakokaina jest stanowczo odpowiedniejszą do tego sposobu znieczulania, niż kokaina. W końcu na podstawie dokładnej krytyki zapisków, spotykanych w piśmiennictwie, udowadnia, że tylko w 3 przyp. znieczulanie lędźwiowe stało się bezsprzecznie przyczyną śmierci; w 4 przyp. podania są niepewne, a w 3 przyp. stanowczo niesłusznie obwiniono sposób ten o sprowadzenie śmierci. Na podstawie własnych przypadków Z. ani nie potępia tego sposobu, ani też nad nim zbytecznie się nie unosi. Od entuzyazmu powstrzymują badania Widala, które bardzo często wykazywały w płynie mózgowordzeniowym, wydobytym z pod opon rdzeniowych w jakiś czas po wstrzyknięciu kokainy czy też tropakokainy, zmętnienie, zależne od obecności leukocytów.

5. Prof. Kader (Kraków): **O znieczulaniu ogólnem** (referat). W wyczerpującym wykładzie przedstawia K. dążenia chirurgów od zarania cywilizacyi aż po nasze czasy do oszczędzenia chorym bólów w czasie operacyi. Z wszystkich zalecanych sposobów na pierwszy plan wysunął się chloroform. Środek ten jednak okazuje się niebezpiecznym. Licząc bowiem na karb chloroformu nietylko te przypadki śmierci, które się zdarzają nagle w czasie samego usypiania, ale i te, które następują po krótszym lub dłuższym czasie po uśpieniu chloroformem, czy to wskutek wstrząsu, czy też skutkiem śmiertelnych powikłań ze strony serca i płuc, otrzymamy śmiertelność 1 : 120 narkoz. Tymi względami powodując się ogranicza K. uśpienie chlorofornowe w swej klinice do operacyj na głowie i szyi, używa czystego chloroformu bez poprzedniego wstrzyknięcia morfiny, a w czasie uśpienia kieruje się głównie sposobem oddechania usypianego. Zresztą posługuje się znieczulaniem lędźwiowem sposobem Biera. Sposobu tego użył K. dotychczas 150 razy przy pomocy tropakokainy. (Por. *Przegl. lek.* 1901, str. 366 i 367).

6. F. Slęk (Lwów): **O narkozie mięszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha.** Dzięki umyślnemu urządzeniu, które S. przedstawia, chory oddycha parami chloroformu, zmięszanemi z tlenem. W klinice Rydygiera wykonano zapomocą tego przyrządu kilkanaście narkoz i wbrew zdaniu Wohlgemutha nie stwierdzono, aby ten sposób usypiania miał jakieś zalety szczególne przed usypianiem czystym chloroformem. Natomiast obchodzenie się z tym przyrządem jest kłopotliwe. Przedewszystkiem cylinder na tlen odsyłać trzeba do napełniania do Berlina, tlen bowiem w naczyniu znajduje się pod ciśnieniem 100 atmosfer. Następnie przy samem uśpieniu potrzeba dwóch lekarzy, z których jeden uważa na usypianego, drugi czuwa nad wydobywaniem się tlenu i spadaniem kropel chloroformu. Skutkiem bowiem szczelnego przylegania maski do twarzy chorego z każdym wdechem powstaje parcie ujemne w całym aparacie i chloroform, który podczas wydechu spadał kroplami, w czasie wdechu leje się strumieniem. A że ten sposób chloroformowania nie chroni od złych następstw chloroformu, dowodem chora, która po operacyi wola zmarła w kilka godzin, sekcya zaś wykazała *status thymicus.* Zgodnie przeto z opinią Rydygiera odradza S. ten sposób usypiania.

7. Doc. R. Barącz (Lwów): **O usypianiu zapomocą chlorku etylu (kelenu).** B. zaleca do małych, krótkotrwałych operacyj uśpienie ogólne zapomocą kelenu. Używa maski Bräuera z dwoma wentylami. Uśpienie następuje po $1\frac{1}{2}$ minuty i utrzymuje się przez 5 minut. Pobudzenie bardzo mało, z uśpienia chory budzi się nagle, bez bólu głowy. W czasie uśpienia utrzymuje się napięcie mięśniowe. Przeciwwskazaniem są przypadki, wymagające dłuższego uśpienia, lub zupełnego zwolnienia napięcia mięśni. W potrzebie uśpienie to łączyć można ze znieczuleniem miejscowem lub z uśpieniem chloroformowem. B. użył tego sposobu z powodzeniem 33 razy. W piśmiennictwie ogłoszono nadto dotąd 11.167 narkoz kelenem, w tem zaś było 2 przypadki śmierci.

8. L. Mieczkowski (Wrocław): **O usypianiu i miejscowem znieczulaniu.** W klinice Mikulicza używa się od pewnego czasu niemal wyłącznie do usypiania eteru. Narkozę rozpoczyna się zapomocą zwykłej maski Esmarcha, lejąc na nią eter, jak chloroform. W dalszym ciągu podaje się eter zapomocą maski Wanschera. U dzieci i u osób osłabionych do eteryzowania używa się od początku do końca maski Esmarcha. Uśpienie eterowe uważać należy za zasadę, do chloroformu uciekać się tylko w przypadkach chorób płuc, niepowikłanych cierpieniami serca. Znieczulenia sposobem Biera użyto w 52 przypadkach, a w 24% znieczulenie nie było dostateczne. Używano 2% kokainy i wstrzykiwano 0·01 do 0·015. Do znieczulań miejscowych używają w klinice wrocławskiej płynu Schleicha, metody Obersta i t p. W końcu zwraca M. uwagę, że po założeniu opaski Esmarcha można wstrzyknąć w tkanki nierównie więcej kokainy bez obawy zatrucia, niż bez tej opaski. Kokaina niewessana pod wpływem tkanek niedokrewnych ulega zobojętnieniu.

Dyskusya:

Trzebicky co do narkozy eterowej nie ma własnego doświadczenia. Dwa razy użył do znieczulenia ogólnego kelenu i oba razy był bardzo zadowolony, że się narkoza bez przypadku skończyła. Znieczulenia rdzeniowego użył 230 razy, zawsze mniej więcej z powodzeniem, nie unosi się jednak nad tym sposobem znieczulania. Woli chloroform.

Pruszyński zwraca uwagę, że chloroform działa bardzo na nerki, to też przed uśpieniem powinno się badać dokładnie wydolność i sprawność nerek. Gdy się chloroformuje chorych z zupełnie zdrowemi nerkami i zdrowem sercem, ewentualne niemiłe zdarzenia w czasie uśpienia przypisać należy nieuwadze chloroformującego.

Łopkowski wyraża się również bardzo niekorzystnie o kelenie. Zaleca nowy środek znieczulający, używany w dentystyce: *nervocidin.* Jest to alkaloid, zawierający Cl i H. Miazga, posypana tym proszkiem (rozpuszczalnym w wodzie), ulega po 10 m. zupełnemu znieczuleniu. Znieczulenie utrzymuje się przez 24 g.

Wehr uważa uśpienie chloroformowe za najwłaściwsze. Owładnąwszy dokładnie techniką chloroformowania i używając wyłącznie chloroformu Anschütza i to za każdym razem zupełnie świeżego, można bezpiecznie chloroformować bez obawy złych następstw w czasie uśpienia lub po niem.

Kryński podczas uśpienia kładzie główną wagę na wejrzenie twarzy chloroformowanego. To dla niego jest wskazówką. Uważa sposób narkotyzowania Boncourta za najlepszy.

Zawadzki A. do chloroformowania zaleca maskę Junkera. Chwali usypianie eterem i zapytuje, jakie są przeciwwskazania do używania znieczulenia rdzeniowego?

Również Oderfeld i Czaplicki (Kielce) zachwalają maskę Junkera, zwracając uwagę, że przy tej masce zużywa się bardzo mało chloroformu, że okres podniecenia rzadko występuje, a wymioty pochloroformowe są bardzo małe.

Rydygier, gdzie potrzebuje ogólnej narkozy, używa wyłącznie chloroformu. Kto umie chloroformować, uniknie najczęściej wszelkich niemiłych powikłań. Sam na kilkanaście tysięcy chloroformowanych spostrzegał 2 przypadki śmierci. W końcu oświadcza, że jakkolwiek sam nie jest zwolennikiem znieczulania rdzeniowego Biera, to jednak w razie przypadku śmierci, wywołanej tym sposobem, uniewinniłby lekarza.

Kader traktuje usypianie zapomocą chloroformu bardzo poważnie. Podczas uśpienia w pierwszym rzędzie zwraca uwagę na zachowanie się oddechu, a dopiero w drugim na tętno. I dlatego głównie nie lubi używać eteru, gdyż ten nie pozwala dokładnie ocenić jakości oddechania. Dla tropakokainy, wstrzykniętej do opon rdzenia, nie zna przeciwwskazania. Objaśniając swój wykład, wykonał Kader następnego dnia doszczętną operacyę wolnej przepukliny pachwinowej zupełnie bezboleśnie po zastrzyknięciu choremu do rdzenia 0·055 tropakokainy.

9. Prof. W. Wehr: **O pierwszym opatrunku własnego pomysłu.** Jest to chustka, złożona wzdłuż przekątni w pas, w którego połowie przyszyta jest poduszeczka, mająca osłonić ranę. Pas ten składa przez pół i tak złożony zwija w wałek, opakowuje szczelnie i wyjaławia. Po zdjęciu opakowania chwyta się za oba wystające końce, przez co pas cały się rozwija i nie tracąc czasu zawija się

ranę. — W dyskusyi z uznaniem wyrażają się o tym opatrunku Bogdanik, Obfidowicz i in.

10. Frommer (Kraków): **O usiłowaniach zastąpienia jodoformu proszkiem węgla.** Zachęcony ogłoszeniem A. Fränkla spróbował Trzebicky na swoim oddziale leczyć gruźlicę stawów wstrzykiwaniami zawiesiny węgla (kostnego) w glicerynie. Zauważono jednak, że po tych wstrzykiwaniach stawy gruźlicze bez przetok obrzękały, stawały się bolesne, tam zaś, gdzie były przetoki, następowało obfite ropienie. W żadnym przypadku nie zauważył korzystnego wpływu węgla na gruźlicę stawów.

11. Kirkor (Kraków): **O zmianach w szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej.** Doświadczenia swe przeprowadził K. na zwierzętach, posługując się fotohemotachometrem Cybulskiego. Stwierdził, że przy każdym skurczu mięśnia, czy to wywołanym przez bezpośrednie zadrażnienie, czy też przez zadrażnienie odpowiedniego nerwu, lub nawet ośrodków psychomotorycznych mózgu i to bez względu na to, czy nerw błędny był przeciętym, czy też nie, następuje przyspieszenie prądu krwi tętniczej, a tak samo w żyle, odprowadzającej krew z danego mięśnia, podnosiło się ciśnienie krwi i wzrastała szybkość prądu. A zatem w czasie skurczu mięśnia napływa doń krew. Tem wytłómaczyć można niektóre krwotoki następowe po operacyach na mięśniach.

12. **Demonstracye narzędzi chirurgicznych.** Rydygier przedstawia aparat Stillego do przepajania płynem Schleicha, przyrząd do przytrzymywania pięty podczas zakładania opatrunku gipsowego na kończynę dolną, skrobaczki etc. — Kader zachwala enterotom Dombowskiego, pokazuje przez siebie zmienione igły Dechampsa, używane przy resekcyi wątroby. — Wehr przedstawia i zaleca puszkę do przechowywania waty pasmowej, w wałek zwiniętej i t. d.

13. Oderfeld (Warszawa): **Przypadek kilaka mózgu.** Chory 38-letni przed 18 laty zaraził się kiłą. Nie leczył się. Przed 2 laty wystąpiły bóle głowy, zwłaszcza w nocy, ponad prawem uchem i w okolicy potylicznej. W szpitalu stwierdzono: zgrubienie kości w okolicy prawego ucha, bolesność opukową w tejże okolicy, tarczę zastoinową na obu oczach, podwójne widzenie, wyraźny niedowład lewego nerwu twarzowego, odruchy kolanowe wzmożone. Znaczna poprawa po leczeniu swoistem. W lutym 1900 r. wystąpiły pierwsze napady padaczkowe. Początkowo występowały raz do 2 razy na miesiąc, potem stały się częstsze i silniejsze. Po powtórzonem leczeniu swoistem napady stały się rzadsze. Już jednak w lutym r. b. zgłosił się chory do szpitala po raz czwarty: napady występowały wówczas co parę godzin. Wykonano rozległą trepanacyę. W *zona motorica* nie znaleziono domniemanego guza, a tylko *pachy- et leptomeningitis fibrinosa.* Po operacyi chory wkrótce umarł, a sekcya wykazała 2 kilaki w płacie czołowym w okolicy bruzdy Rolanda. Fakt ten stawia nas w pewnej sprzeczności z nauką o siedzibie ośrodków w mózgu. Wiemy bowiem, że guzy, usadowione w płacie czołowym, dają objawy głównie w zakresie psychicznym, a nie ruchowym, jak w tym przypadku.

14. Prof. Trzebicky (Kraków): **O leczeniu gruczolaków zołzowych na szyi.** T. zaznacza, że leczenie operacyjne tych gruczolaków samo przez się nie daje zadowalniających wyników. Na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza wykonano 800 odpowiednich operacyj, nie doliczając chorych, operowanych w ostatnich $2^1/_2$ latach. Jednak tylko o 165 chorych mógł T. zebrać wiadomości. Z tych zaś zaledwie 85 pozostało trwale zdrowych, u reszty wystąpiły nawroty. Przytem stwierdził T., że zdrowymi pozostali chorzy zamożniejsi.

15. R. Dw. Prof. Rydygier: **O leczeniu tętniaków tętnicy bezimiennej** *(anonyma).* Aby uprzystępnić sobie dokładnie t. bezimienną i módz jej tętniaki podwiązać obwodowo i dośrodkowo, w danym razie je wyłuszczać, zaleca R. następujące postępowanie. Cięcie skórne rozpoczyna się na wewn. brzegu m. mostkosutkowo-obojczykowego lewego, na granicy między środkową a dolną $^1/_3$ częścią. Cięcie to przedłuża ku dołowi ponad stawem mostkoobojczykowym lewym i kończy je na wysokości dolnego brzegu chrząstki pierwszego żebra. Stąd ponad rękojeścią przechodzi się na stronę prawą, prowadząc cięcie aż poza chrząstkę pierwszego żebra prawego, a stąd w górę po zewn. brzegu m. mostkosutkoobojczykowego prawego aż powyżej jego połowy. W cięciu tem przecina się skórę, mięsień podskórny szyi, wycina górną część rękojeści mostka, wewn. trzecią część I żebra prawego i takąż część obojczyka prawego i płat ten wraz z uczepieniem się mięśni mostkosutkoobojczykowych, mostkognykowych i mostkokrtaniowych, unosi w górę, odsłaniając nietylko tętnicę bezimienną, ale nawet częściowo i łuk tętnicy głównej. Po podwiązaniu i ewentualnem wycięciu tętniaka płat cały opuszcza się ku dołowi, ustalając go odpowiednią ilością szwów. Pochop do podania tego sposobu dał R. przypadek tętniaka worczastego tętnicy podobojczykowej, tętniaka nisko usadowionego i ogromnych rozmiarów, spostrzegany i operowany w klinice lwowskiej.

16. Prof. Trzebicky (Kraków): **W sprawie leczenia chrzęstniaków mostka.** T. przedstawia chorą, u której z powodu chrzęstniaka zresekował rękojeść mostka. Podczas operacyi przekonał się, że opłucna prawa była ściśle z guzem zrosła. Skutkiem tego musiał podczas operacyi otworzyć prawą jamę opłucną. Po operacyi chora przebyła zapalenie płuc po prawej stronie.

Dyskusya:

Barącz zapytuje, jak T. postąpił z tętnicą sutkową wewnętrzną, na co Trzebicky odpowiada, że tętnicy tej wcale nie widział.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

16. Prof. A. Obrzut (Lwów). **Zmiany domniemanie postępowe (progresywne) w krwi wynaczynionej.** Zagadnienie, dotyczące jąder embryonalnych ciałek czerwonych nie jest dotąd rozstrzygnięte. Niewiadomo mianowicie, czy jądra te rozpuszczają się w krwinkach czerwonych w miarę impregnacyi hemoglobiny do pierwoszczy, czy też po wydaleniu jąder do osocza, to ostatnie nie niszczy jąder przez rozpuszczenie. W jednym i w drugim razie usprawiedliwionem jest przypuszczenie, że substancye, wchodzące w skład jąder embryonalnych ciałek czerwonych, istnieją dalej w krwi, zmienione w sposób, bliżej nieznany. Z tego przypuszczenia można wyprowadzić dalsze, mianowicie, że wśród warunków patologicznych jądra te, rozpuszczone w krwinkach czerwonych lub w osoczu, mogą się napowrót pojawić w tej lub innej postaci.

Krew wynaczyniona, nawet chroniona od wyschnięcia i trzymana w cieplocie 38° C., utrzymuje się długo w stanie żywym, z czasem jednak jej składniki postaciowe ulegają zupełnemu rozpadowi, i to bez pojawienia się przypuszczalnej substancyi dawnych jąder.

Inaczej jednak przedstawia się ten rozpad postaciowych składników krwi, jeżeli ciałka czerwone uległy mechanicznym wpływom. Dla wywołania tej mechanicznej alteracyi ciałek krwi autor kładł skrawek rdzenia bzowego na małą kropelkę krwi, świeżo puszczonej na szkiełko nakrywkowe. Szereg szkiełek w ten sposób przygotowanych, ustawionych na kilku warstwach bibuły, napojonej rozczynem fizyologicznym, wstawiał w komorze wilgotnej do termostatu. W różnych odstępach czasu wyjmował następnie te szkiełka i po zdjęciu skrawka bzowego ustalał preparat w sublimacie (lub rozczynie Flemminga), poczem barwił różnymi barwikami (hematoksylina, Biondi-Heidenhein i t. d.).

Na szkiełkach, z których zaraz po rozpostarciu się kropli krwi pod bzem zdjął autor skrawek bzowy i ustalał, nie znajdował nic uderzającego.

Obraz się zmienia po kilkunastu minutach pobytu w termostacie. Na szkiełku nie widać już warstwy krwi jednostajnie grubej; powstały tu liczne luki, w których gołem okiem krwi nie dostrzegamy. Te to luki na preparatach barwionych zasługują głównie na uwagę. Pochodzą one ztąd, że wielka część ciałek czerwonych zniknęła, a tylko gdzieniegdzie rozpoznajemy ich kontury w masie, mniej lub więcej zabarwionej hemoglobiną. W tej masie uderzają jednak szeregi i gromady ocalałych ciałek czerwonych, a w nich i poza niemi niezwykle wielka ilość ciałek białych, jużto prawidłowych, jużto niezwykle wielkich i o niezwykłych jądrach. Ilość leukocytów przeważa często ilościowo nad ciałkami czerwonemi, ocalałomi w gromadach.

Wytłómaczenie tej pozornej leukocytozy, która jest z każdą godziną wyraźniejszą — tak, iż po 5—7 godzinach spotykamy w wspomnianych lukach szeregi głównie z leukocytów złożone — opiera autor na następujących szczegółach: Pomiędzy ciałkami, ułożonemi w szeregi, przyjmują ciałka kolczaste i karbowane o wiele wyraźniej hematoksylinę, niż te, których kształt nie uległ żadnej zmianie. W niektórych z nich prześwieca swą ciemniejszą barwą jakby jądro fragmentowanego leukocyta. W innych mamy siatkę silnie zabarwioną hematoksyliną, która bardzo zbliża się do kształtów jądra. Często dalej całe większe gromady ciałek czerwonych, które

przez przesunięcie bzu uległy przedłużeniu, barwią się w całości hematoksyliną, a nasilenie zabarwienia jest nieco mniejsze, niż jąder, ale znaczniejsze, niż pierwoszczy komórek. Wśród takich ciałek znajdujemy pomnożone ciałka białe, a między niemi utwory, które jużto kształtem, jużto ułożeniem wzajemnem i odczynem barwikowym przypominają tak zmienione ciałka czerwone, jak i leukocyty. Rozmaitość tych utworów przejściowych jest nieskończoną, nieraz przypominają one raczej masy koloidowe lub śluzowe, ale otoczka pierwoszczy z ziarninami eozynochłonnemi nadaje im przecież znaczenie komórek. Zauważamy niekiedy ciałka czerwone, których jedna część zabarwia się hematoksyliną na sposób istot cyanochłonnych, a w innej części tegosamego ciałka zjawiają się ziarniny eozynochłonne.

Analogiczne, chociaż odmienne zjawiska spotykamy w rdzeniu bzowym, napojonym krwią wśród powyżej wspomnianych warunków. W niektórych okach ilość ciałek białych jest stanowczo większa, niż w stanie prawidłowym, ciałka zaś czerwone równocześnie są w nich rozpadłe w masy i bryłki ziarniste. Cały ten utwór żywo przypomina pęcherzyki płucne w początkach zwątrobienia czerwonego w zapaleniu płuc włóknikowem.

Z powyżej tylko w ogólnych zarysach przedstawionych zjawisk w krwi wynaczynionej i przechowywanej w cieplocie 38° C. wynikałoby przedewszystkiem, że w ciałkach czerwonych lub w osoczu istnieje dalej substancya, wchodząca w skład jąder embryonalnych ciałek czerwonych, i że dojrzałe (adulte) ciałka czerwone mogą wśród warunków patologicznych powrócić do stanu embryonalnego, zjawiając się jako utwory prawdziwie komórkowe, lub jako zupełne ich równoważniki.

17. Dr. R. S. Klisicz (Kijów). **O pleśnicach (Mucor-mycosis).** Sprawy chorobowe, wywołane przez pleśnie, przedstawiają dużo odrębności w porównaniu z chorobami pochodzenia bakteryjnego. Zarodniki *mucor corymbifer* i *m. rhizopodiformis*, wprowadzone do ustroju cieplokrwistych zwierząt, nie owocują, lecz tylko kiełkują. Chociaż więc w hodowlach, sporządzonych z narządów zwierząt padłych, już po 2—3 dniach można otrzymać w termostacie liczne sporangia, (mamy więc do czynienia z owocowaniem), to w narządach samych nawet po 7—10 dniach choroby nie można odszukać ani jednego sporangium.

Zarodniki *mucor*, wprowadzone do ustroju, wywołują obraz ostrego zapalenia tkanek, wśród którego one się rozwijają. W ślad za zapaleniem nieraz idzie martwica, powodowana zatkaniem naczyń przez nitki pleśni. W tkance łącznej podskórnej zapalenie to występuje w postaci ropienia, przyczem nieraz zauważyć można fagocytozę. Ropienie to przeważnie jest następstwem produktów pleśni (mykoproteiny). Jadowitość pleśni nie zmienia się przez kilkakrotne szczepienie (passage) królikom. Zarodniki, wstrzyknięte do krwi, rozrastają się w naczyniach krwionośnych w postaci nitek i to głównie w nerkach, część zaś zarodników wydziela się z moczem.

Wykazanie pleśni w tkankach udaje się najlepiej według sposobu, podanego przez autora (safranina anilinowa, odbarwienie, błękit Loefflera).

Pleśnice (*Mucor-mycosis*) wyjątkowo tylko występują u pojedynczych osobników jako zakażenia ogólne, a nawet wtedy nie przenoszą się na inne osobniki. Najczęściej powodują pleśnie tego rodzaju choroby miejscowe z charakterem ropnym w narządach i jamach, stykających się z powietrzem. Są to choroby tylko następowe w przebiegu ciężkich charłactw lub ograniczonych spraw nekrotycznych.

18. Prof. Scherer (Praga). **Zapobieganie chorobom wieku dziecięcego ze szczególnem uwzględnieniem chorób zakaźnych.** S. zaczyna swoje sprawozdanie od zakażeń posokowatych, dla których bramę wejścia może stanowić u noworodków pępowina, następnie rozmaite zranienia, a wreszcie błona śluzowa, szczególnie przewodu pokarmowego. Jedyną bronią przeciw takim możliwościom są zasady higieny i aseptyka.

Chcąc utrzymać czynności narządu pokarmowego w stanie prawidłowym, należy przedewszystkiem zwracać uwagę na odżywianie. Pod tym względem mleka matki nie zastąpią żadne sztuczne środki. Karmienie należy rozpocząć zaraz w pierwszych godzinach po porodzie.

W zapobieganiu krzywicy największą rolę odgrywają ogólne warunki higieniczne i sposób odżywiania sztucznego. Leczenie fosforem zdaniem autora wywołuje często brak apetytu. Nessel zaleca do wszystkich pokarmów dodawać obficie soli kuchennej. Dobre wyniki miał S., stosując u dzieci wątłych, skłonnych do krzywicy, kąpiele słone.

Co do gruźlicy, jest S. zwolennikiem zapatrywań Corneta i Flüggego, których zdaniem dziecko zakaża się dopiero po urodzeniu. Aby więc zapobiedz zakażeniu, należy dziecko usunąć z otoczenia gruźliczego; osoby gruźlicze nie powinny zawierać małżeństw; sanatorya dla suchotników; spluwaczki higieniczne; zakazy spluwania do chustek; spożywanie mleka i masła tylko zdrowych krów i t. d. W czasie chorób zakaźnych, usposabiających do gruźlicy (odra, koklusz), należy przeprowadzić ścisłe odosobnienie. Wreszcie wogóle dbać należy o zwiększenie odporności ustroju (zdrowe zęby; leczenie chorób płucnych; mieszkania; kolonie wakacyjne; słone i morskie kąpiele i t. d.).

Przed kiłą chroni się dziecko, zapobiegając wszelkiej styczności z chorymi na kiłę. Trzeba więc jak najdokładniej pod tym względem zbadać nietylko mamkę, ale i jej dziecko. Leczenie kiły wrodzonej należy rozpocząć zaraz po porodzie, chyba że w czasie ciąży u matki — choć zakażonej — nie było żadnych objawów kiły.

W sprawie zapobiegania chorobom zakaźnym ostrym ogranicza się S. tylko do ogólnych wskazówek, między innemi oprócz odosobnienia i t. d. zwraca uwagę na ważność sprawy lekarzy szkolnych i pouczenie nauczycieli. O zapobieganiu w ściślejszem tego słowa znaczeniu można jednak, jak dotąd, mówić tylko w ospie (szczepienie) i błonicy (ochronne wstrzykiwanie surowicy).

19. B. Hellich (Praga). **Przyczynek do anatomii rdzenia kręgowego u człowieka.** H. mówi naprzód o nerwach opony miękkiej, które przebiegają (niezawsze, ale bardzo często) w przedniej przegródce rdzenia, w torebce łącznotkankowej naczyń i dążą głównie do słupów Clarkea. W dalszym ciągu opisuje H. gromady komórek zwojowych, usadowione jużto wprost na ruchowych włóknach korzonków w samym rdzeniu, jużto na korzonkach przednich poniżej zgrubienia lędźwiowego. W końcu zaznajamia H. słuchaczy z nową gromadą komórek zwojowych, leżącą w zewnętrznym i przednim kącie przedniego rogu, które to komórki wysyłają swoje wypustki wprost z rogu nazewnątrz wspólnie z wiązką reszty ruchowych włókien korzonka. Znaczenie ich jako komórek ruchowych jest wątpliwe.

20. P. Kučera (Lwów). **Morfologia „bacillus mallei“.** (Szczegółowa praca ukaże się w „Archiwum polskiem“).

21. B. Markl (Wiedeń). **O znaczeniu prątka Danysza w tępieniu szczurów.** W roku zeszłym opisał Danysz prątka, podobnego do *bact. coli*, u którego powiodło mu się pierwotną jadowitość, ograniczającą się tylko na myszy, podnieść do tego stopnia, iż prątek ten stał się zabójczym dla szczurów. Doświadczenia, mające na celu tępienie szczurów, prowadzone na większą skalę, wypadały rozmaicie: raz korzystnie, to znowu wątpliwie, lub nawet ujemnie. Markl opisuje kształt i hodowlę tego prątka, podobnego pod wielu względami do prątka duru mysiego (Loeffler), od którego można go odróżnić najłatwiej zapomocą aglutynacyi. Wstrzyknięty szczurom, czy to podskórnie, czy też do otrzewnej, powoduje prątek Danysza śmierć w ciągu trzech dni; podany wewnętrznie, w przeciągu 7—9 dni; przy sekcyi obraz posocznicy. Zwierzęta karmione narządami padłych szczurów, ginęły taksamo, jak i po karmieniu czystemi hodowlami. Jednak już trzeci w szeregu szczur, karmiony narządami swego poprzednika, pozostawał przy życiu. Zwierzęta przy durze Danysza giną prawdopodobnie na zatrucie z przewodu pokarmowego; przesączyna starych hodowli zabijała szczura w ciągu 1—11 dni w dawce 0·2—0·5 ctm³.

Prątek Danysza jest niewątpliwie bronią, której można użyć dla wytępienia szczurów i która ma tę wyższość nad truciznami, iż nie jest niebezpieczną dla innych zwierząt. Z drugiej strony zaś nadzieje, iż przez zarażenie kilku szczurów będzie można wywołać rozległe epidemie i szczury wytępić doszczętnie, nie spełnią się, chyba że uda się jeszcze znaczniej podnieść jadowitość tego prątka.

22. A. Riegel (Praga). **Zmiany drobnowidowe w rdzeniu przedłużonym w ostrych chorobach zakaźnych.** Badania R. obejmują trzy przypadki duru brzusznego, 1 przypadek odry, 1 przypadek posocznicy, 1 przypadek rzucawki porodowej. W pierwszym przypadku duru znalazł R. komórki wszystkich jąder nerwowych zmienione, okazujące typ obwodowej, rozlanej lub środkowej chromatolizy. W drugim przypadku chromatoliza obwodowa, barwikowe zwyrodnienie i wakuolizacya w niektórych jądrach nerwowych. W trzecim przypadku również zmiany nie są stałe. W przypadku odry nie było takich zmian, któreby mogłyby być znamienne dla działania jadu odrowego. W przypadku posocznicy (*pyaemia*) rozlana chromatoliza. W przyp. rzucawki porodowej komórki jąder nerwów ruchowych okazują zmiany charakterystyczne dla zwiększonej czynności komórek. W żadnym z tych przypadków zaburzeń w komórkach nerwowych rdzenia przedłużonego (a po części i pacierzowego) nie można dla pewnej choroby znaleść pewnego znamiennego rodzaju zmian, bo zmiany te są rozmaite. Niewiadomo również, co jest przyczyną tych zmian, czy zarazek, czy podniesiona ciepłota, czy złe odżywienie, — rozstrzygnąć może tu tylko droga doświadczalna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 1 sierpnia.

— Zasłużone wydawnictwo »Gazety lekarskiej«, którego staraniem i nakładem wyszedł szereg dzieł oryginalnych i tłómaczonych niepośledniej wartości, przystępuje obecnie do druku pracy Herynga: »Dyagnostyka i terapia chorób nosa i krtani«, pracy A. Sokołowskiego »Choroby tchawicy, oskrzeli i śródpiersia«, oraz podręcznika anatomii patologicznej, opracowanego przez prof. Przewoskiego. Wyszedł zaś właśnie z druku nakładem tego wydawnictwa drugi tom dzieła Biegańskiego: »Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych«. (Cena 5 rubli.).

— Sierpniowy poszyt warszawskiego »Zdrowia« podaje w dziale sprawozdawczym liczny szereg streszczeń z prac, dotyczących higieny środków spożywczych, której poświęcono sporo miejsca również w dziale wiadomości bieżących. W tym ostatnim dziale spotykamy również treściwe sprawozdanie z czynności komisyi sanitarnej i ruchu ludności w Krakowie. Byłoby bardzo pożądane, aby i z innych większych miast naszych przesyłano do »Zdrowia« podobne wiadomości.

— Według »Słowa polskiego« pożądanem byłoby w Monasterzyskach, miasteczku liczącem 5.000 mieszkańców a 4 lekarzy, przeciążonych zajęciami, osiedlenie się jeszcze jednego lekarza, który »mógłby liczyć na niezłe utrzymanie«.

— Nietylko w kontynencie, ale i w Anglii wzrosła liczba lekarzy w ostatnich latach nadmiernie. W całej W. Brytanii jest obecnie 23.023 lekarzy, czyli 1 na 1 393 mieszkańców; w Londynie jest lekarzy 6.102 (1:803), gdy w roku 1881 było tylko 3.837 (1:4007). Liczba lekarek wzrosła w ciągu ostatniego dwudziestolecia z 25 na 336. *(Zdrowie 8).*

* Sprawozdanie inspektora przemysłowego za r. 1900 nie wykazuje najmniejszego postępu w tym zakresie życia społecznego. Inspektorat przemysłowy doniósł władzom przemysłowym o 329 przekroczeniach ustawy pod względem higienicznym, mianowicie 81 razy z powodu nieodpowiednich pracowni, 13 — nieodpowiednich mieszkań, 45 — braku zarządzeń ochronnych, 3 — używania nieegzaminowanych dozorców maszyn i kotłów, 8 — używania do pracy dzieci niżej wieku przepisanego, 4 — pracy ponad czas przepisany, 18 — niezachowania spoczynku niedzielnego i t. d.

Co do chorób, będących w związku z zawodem, to do wiedzy inspektora przemysłowego doszło 2 przypadki martwicy fosforowej w fabrykach zapałek wskutek niestosowania się do istniejących przepisów. Wypadków nieszczęśliwych, zgłoszonych w inspektoracie, było 523, z tych 21 zakończyło się śmiercią; z tej ogólnej liczby na przemysł drzewny przypada 323 razy z 9 przypadkami śmierci; w przemyśle budowlanym 59 razy z 3 przypadkami śmierci.

Całość sprawozdania p. Inspektora przemysłowego robi wrażenie aktu oskarżenia trudniącej się przemysłem ludności, która z zamiłowaniem i szczególną zdolnością uchyla się z pod rygoru prawa, ufna zdaje się w bezkarność i pewną miękość władzy wykonawczej.

Mianowania i odznaczenia: Protomedyk Galicyi Dr. Józef Merunowicz mianowany radcą dworu; Dr. Włodzimierz Rogalski, dotychczasowy sekundaryusz, mianowany prymaryuszem szpitala w Tarnowie; Dr. Orest Litwinowicz starszym lekarzem powiatowym. Doc. Kionka z Wrocławia mianowany profesorem i dyrektorem zakładu farmakologicznego w Jenie; Doc. Weill profesorem pedyatryi w Lyonie.

Zmarli: W Wiedniu Prof. Widerhofer, znany z prac w zakresie pedyatryi.

Bibliografia.

Prof. Riedinger: **Leczenie otoku płucnego. (Behandlung der Empyeme).** *(Würzburger Abhandlungen T. 1. Z. 11.) 1901, Würzburg. Stuber (C. Kabitsch).* R. zestawił wyniki prac licznych autorów. Otok ropny, występujący w jamie opłucnej, bardzo rzadko sam się otorbia i ulega wessaniu, czasem przebija się do płuca lub na zewnątrz przez skórę *(Empyema perforans*, nazwa podana przez Königa, zamiast gorszej *E. necessitatis).* Tam, gdzie rozpoznanie otoku jest pewne, powinno się odrazu stosować zabieg operacyjny. W ostatnich czasach wykazano, że wysięki surowicze opłucnej bardzo łatwo przechodzą w ropne i dlatego i tu polecają leczenie chirurgiczne. Nakłócie i wypuszczenie płynu jest najprostszym zabiegiem, posiadającym znaczenie rozpoznawcze i lecznicze. Zaletą jest łatwość zapobieżenia, by powietrze nie dostało się do jamy opłucnej, i szybki powrót czynności samego płuca. Często jednak zabieg ten nie wystarcza, sprawa się wraca lub pogarsza i trzeba uciec się do innych zabiegów, jak *thoracotomia* (bez lub z wycięciem żebra) i *thoracoplastica.* Autor roztrząsnąwszy wskazania tych zabiegów, opisuje kolejno różne ich sposoby i odmiany, co stanowi główną treść jego rozprawki. *L. R.*

— *Gazeta lekarska* Nr. 31: Białobrzeski A: Dwa przypadki obrzęku śluzakowego *(myxoedema).* Zalewski F.: O leczeniu polipów usznych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 31: Korybut-Daszkiewicz B.: O wartości rozpoznawczej i leczniczej »przekłócia lędźwiowego« *(punctio lumbalis)* wobec dzisiejszego stanu wiedzy. Kraushar M.: O stosowaniu intubacyi w błonicy krtani w praktyce prywatnej (dok.).

— *Zdrowie* Zeszyt 8 (za sierpień): Szwajcer: Projekt planu szpitala prowincyonalnego na 36 łóżek. Dąbrowski Witosław: Projekt towarzystwa do walki z chorobami zakaźnemi. Chełchowski K.: Nasze kąpiele prowincyonalne publiczne, kolejowe i fabryczne.

— *La Presse medicale* Nr. 60: Stanculéanu i Poutre: O zejściu śmiertelnem w zapaleniu ropnem dodatkowych tylnych jam wyrostka sutkowego. Romme: Przewlekła pentozurya.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30: Martius: Zagadnienie dziedziczności w patologii. Mendel: W sprawie otrucia dwusiarczkiem węgla. Meyer: O przewlekłej pentozuryi. Hoennicke: O częstości półpaśca. Fehre: Przyczynek do nauki o wiądzie rdzenia u kobiet (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschft* Nr. 31: Fürster: O pokręceniu i rozszerzeniu naczyń siatkówki. Franz: O nakłówaniu i nacinaniu przez pochwę. Schattenfroh: O swoistych zmianach krwi po wstrzykiwaniach moczu. Ascoli: Izoaglutyniny i izolizyny surowic ludzkich. Loeb: Dalsze wiadomości o pankreonie. Horn: Naciek moczowy w położnictwie. Baeyer: Przypadek otrucia kwasem chromowym. Neustätter: O pędzlu z waty w miejsce zwykłego pędzla do oczu. Pręgowski: O pewnym objawie przedmiotowym w wysięku osierdziowym. Maul: Olej szary jako środek przeciwkiłowy. Schulze: Uwagi o pracy Walbauma »W sprawie leczenia wrzodów podudzia«. Galli: Higiena w Rzymie starożytnym, średniowiecznym i nowożytnym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31: Büdinger: O wydzielaniu chloroformu z narządu oddechowego. Kraus: O obecności immunhemaglutynin i immunhemolizyn w mleku. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o tętniaku tętnicy głównej. Kaiser: Tymczasowe doniesienia o kilku drobnych ulepszeniach w roentgenografii i roentgenoterapii.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 31: Fraenkel: Dwa przypadki akromegalii. Rumpf: O niektórych zaburzeniach czynności serca bez zmiany organicznej. Kurth: O durowatych zachorowaniach, wywołanych przez dotychczas nieopisany prątek (dok.). Unger: Przyczynek do sprawy ropienia w kościach po przebyciu duru.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Rok XL. Kraków, 17 Sierpnia 1901. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z chemii ciał białkowatych.

Napisał

Dr. W. Szumowski,

asystent fizyologii i chemii fizyologicznej w Fryburgu Szwajcarskim.

Gdy chemik ma przed sobą jakieś ciało, dotąd nieznane, idzie wyraźnie wytkniętą drogą, by je poznać. Przedewszystkiem musi je otrzymać w stanie chemicznie czystym, zupełnie wolnym od domieszek ciał innych, określa wzajemny najprostszy ilościowy stosunek wchodzących w skład ciała pierwiastków i określa ciężar drobiny. To jest pierwsza część zadania wobec każdego nowego ciała. W drugiej części bada chemik całe gromady atomów, na które rozpada się ciało pod wpływem czynników, rozszczepiających drobinę (hydroliza, a także utlenianie i redukcya), określa mianowicie, jakie nowe ciała powstają, w jakim są między sobą ilościowym stosunku i w jaki sposób były ze sobą połączone. Trzecia i ostatnia część zadania wreszcie polega na tem, by te gromady atomów, ciała znane, otrzymane przy rozkładzie, złożyć z powrotem i otrzymać tosamo ciało, poprzednio rozebrane. To jest synteza, punkt kulminacyjny w chemii związków organicznych.

Niesłychanie wiele potrzeba jeszcze pracy, by wogóle cała chemia ciał białkowatych doszła do tego szczytu, niemniej jednak w ostatnich latach otworzyło się w tej dziedzinie kilka nowych i tak ciekawych horyzontów, dzięki zwłaszcza niezmordowanej pracy Kossela i jego uczniów, że nie bez wartości może będzie dawne zdobycze przypomnieć, a nowe zebrać i zestawić.

I.

Żadna z trzech wymienionych części zadania co do żadnego ciała białkowatego nie została jeszcze ukończoną, a wszystkie trzy, bo nawet i synteza, są bez porządku pozaczynane. Systematyczną pracę w chemii ciał białkowatych utrudnia ogromna ilość związków, należących do tej rodziny, i brak wybitnych różnic między pojedynczymi jej przedstawicielami, a lista tych ciał daleko ma jeszcze do końca. Każdemu wiadomo, że odróżniamy jedne ciała białkowate od drugich na zasadzie rozpuszczalności lub nierozpuszczalności w tym lub owym odczynniku, wypadania lub niewypadania w obecności takiej lub innej ilości soli, ciepłoty krzepnięcia i t. p. Tesame różnice służą nam do oddzielania jednych ciał od drugich. Czyż można ręczyć z takiemi metodami w ręku za chemiczną jednorodność, za czystość do analizy jakiejś n. p. globuliny, nawet kilkakrotnie rozpuszczanej i strącanej? Z pewnością nie. Jeszcze Schützenberger uskarżał się na brak rzucających się w oczy odczynów w chemii ciał białkowatych, a jeszcze więcej na to, że te ciała nie są ani krystaliczne, ani lotne.

Jednakże ta ich ogólna mniemana niekrystaliczność, którą już oddawna podawały cokolwiek w wątpliwość krystaliczne białka roślinne i hemoglobiny, została ostatecznie zachwianą przez Hofmeistera[1]), który w obecności siarkanu amonowego wykrystalizował albuminę z kurzego jaja, Gürbera[2]), który podobnym sposobem otrzymał piękne kryształy (wielkości do 1 mm.) albuminy z końskiej surowicy krwi i wielu innych. Dziś autorowie krystalizują owalbuminę kury i serumalbuminę konia na wielką skalę.

Zdawałoby się, że w tych razach już można ręczyć za chemiczną jednorodność materyału. Jednorodność tę podali w wątpliwość Bądzyński i Zoja[3]), wykazując, że jeśli krystalizować owalbuminę częściami (frakcyami), pojedyncze frakcye różnią się od siebie rozpuszczalnością, ciepłotą krzepnięcia i skręcaniem płaszczyzny polaryzacyi. Spostrzeżeń Bądzyńskiego i Zoji w ostatnich czasach jednakże nie potwierdził Hopkins[4]). Krystalizując owalbuminę odmiennym i szybszym sposobem (z kwasem octowym — Hopkins i Pinkus[5]), nie mógł Hopkins wykazać między frakcyami żadnych różnic. Tego niezmiernie ważnego zagadnienia nie można jeszcze uważać za ostatecznie rozstrzygnięte.

Rzecz prosta, że w tych warunkach różnice w składzie odsetkowym atomów ciał białkowatych u różnych autorów stale jeszcze przekraczają granice błędów analitycznych, i jeśli ktoś podaje chemiczne wzory białka, to tylko dla bardziej obrazowego przedstawienia rzeczy.

Co się tyczy wielkości drobiny ciał białkowatych, tej sprawy, która do dziśdnia jeszcze niektórym autorom wydaje się nie do rozwiązania, to jednakże, jak to wykazuje zestawienie Vaubela[6]), nie możemy powiedzieć, żebyśmy nie mieli o niej żadnego pojęcia. Vaubel wymienia następujące sposoby, które dotąd służyły do określania wielkości drobiny ciał białkowatych: 1) Kryoskopia (sposób najmniej dokładny, gdyż najmniejsze zanieczyszczenie solami może sprowadzić ogromne błędy). 2) Związki ciał białkowatych, szczególnie z metalami, podobne do soli. 3) Zawartość siarki. 4) Wprowadzanie ciał innych, szczególnie halogenów. 5) Ilość tych wytworów rozszczepiania, których jest mało. Zestawiając dane z najdokładniejszych analiz, wypada z różnych

[1]) Zeit. f. physiol. Ch. Bd. 14, S. 165, 1890.
[2]) Sitzungsber. d. physik. medic. Ges. zu Würzburg 1894. 1895 refer. w Maly's Jahresb.
[3]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 19, S. 1, 1893.
[4]) Journ. of Physiol. Vol. 25, p. 306, 1900.
[5]) Journ. of Physiol. Vol. 23, p. 130, 1898.
[6]) Journ. f. prakt. Ch. Bd. 60, S. 55, 1899.

sposobów, że np. ciężar drobiny owalbuminy waha się między 4618 i 6542, kazeiny 6500—6542 i t. d. Stosunkowo dużą wydaje się drobina hemoglobiny, której ciężar wynosi 15.000—17.000. Oczywiście, że te liczby są niezmiernie dalekie od chemicznej ścisłości, otrzymane jednakże całkiem odmiennymi sposobami i przez dziesiątki autorów, malują wahaniami swemi te trudności i ich granice, z jakiemi się przy badaniu budowy ciał białkowatych spotkać możemy.

Pierwszy krok ku wyświetleniu budowy ciał białkowatych zrobił niezaprzeczenie chemik francuski Schützenberger. Wszystkie próby, jakie przed nim w tym kierunku robiono, nikną wobec jego olbrzymiej pracy. Schützenberger [7]), jak wiadomo, działając na ciała białkowate wodorotlenkiem barowym w obecności wody przy 100° — 200° w zamkniętem naczyniu przez dłuższy czas (do 100 godzin) otrzymywał następujące wytwory rozszczepienia: amoniak, kwas węglowy, kwas szczawiowy, kwas octowy, cały szereg monoamidokwasów (bardzo ważny, przedstawia bowiem ilościowo 95—98% na wagę zużytego ciała białkowatego) ogólnego wzoru $C_nH_{2n+1}NO_2$, jak glykokol, cz. kw. amidooctowy $NH_2 . CH_2 . COOH$, alanina, cz. kw. amidopropionowy $NH_2 . C_2H_4 . COOH$, kw. amidomasłowy $NH_2 . C_3H_6 . COOH$, butalanina, cz. kwas amidokozlkowy $NH_2 . C_4H_8 . COOH$, leucyna, cz. kwas amidokapronowy $NH_2 . C_5H_{10} . COOH$; dalej tyrozyna, czyli kwas oksyfenylamidopropionowy $OH . C_6H_4 . C_2H_3 . NH_2$; kw. asparaginowy, cz. amidobursztynowy $NH_2 . C_2H_3 . (COOH)_2$ kw. glutaminowy, homolog poprzedniego $NH_2 . C_3H_5 (COOH)_2$; leuceiny, które należy uważać jako bezwodniki oksyamidokwasów.

Gotując ciała białkowate tylko przy 100° z wodą barową póty, póki się wydziela amoniak, Schützenberger otrzymywał zamiast leucyn i leucein ciała więcej złożone, słodkawe w smaku, które nazwał glikoproteinami.

Nie wszystkie z powyżej wymienionych amidokwasów otrzymuje się przy hydrolizie różnych ciał białkowatych, przeciwnie różne związki tegosamego rzędu homologicznego występują u różnych ciał, np. albumina daje głównie leucynę $C_6H_{13}NO_2$ i kwas amidokozlkowy $C_5H_{11}NO_2$, a żelatyna i osseina glykokol $C_2H_5NO_2$ i alaninę $C_3H_7NO_2$.

Schützenberger próbował ułożyć równanie rozkładu:

$$\underset{\text{żelatyna}}{C_{32}H_{52}N_{10}O_{12}} + 8H_2O = \underset{\text{kw. szczawiowy}}{C_2H_2O_4} + 2NH_3 + \underset{\text{glikoproteina}}{2C_7H_{14}N_2O_4} + \underset{\text{glikoproteina}}{2C_8H_{16}N_2O_4}$$

lub

$$\underset{\text{żelatyna}}{C_{32}H_{52}N_{10}O_{12}} + 8H_2O = \underset{\text{kw. szczawiowy}}{C_2H_2O_4} + 2HN_3 + \underset{\text{glikokol}}{2C_2H_5NO_2} + \underset{\text{alanina}}{2C_3H_7NO_2} + \underset{\text{leuceina}}{4C_5H_9NO_2}$$

wobec tego, że glikoproteiny przy dalszej hydrolizie dają glikokol i jego homologi i leuceiny.

Schützenberger sądzi, że ciała białkowate to są złożone bardzo ureidy; według niego grupy glikoproteinowe mają być połączone ze sobą za pośrednictwem grupy mocznikowej lub oksamidowej

$$CO\begin{cases}NH_2\\NH_2\end{cases} \quad \text{lub} \quad \begin{matrix}CO-NH_2\\|\\CO-NH_2\end{matrix}$$

Co do ciał, otrzymanych przez Schützenbergera przy hydrolizie ciał białkowatych, to Étard [8]) robi słuszną uwagę, że gotowanie z wodorotlenkiem barowym w wysokiej ciepłocie i pod ciśnieniem wywoluje przemieszczenie cząsteczki proteinowej za głębokie. Kwas węglowy, amoniak, kwas szczawiowy — to są produkty prawie spalania. Rzeczywiście działając na glikokol wodą barową przez 24 godziny przy 200°, Étard znalazł w wyniku sporo kwasu węglowego i amoniaku. To też nowsi autorowie, rozszczepiając ciała białkowate (Kössel, Étard i inni) poprzestają na gotowaniu ich z rozcieńczonym 20—50% kwasem siarkowym z chłodnicą, podniesioną do góry.

Schützenberger [9]) zakończył swą pracę próbą syntezy ciał białkowatych. Otrzymawszy przedewszystkiem syntetycznie leuceiny działaniem bromków etylenowych na związki cynkowe kwasów amidotłuszczowych, zmięszał leucyny i otrzymane leuceiny z 10% mocznika i odwadniał mięszaninę bezwodnikiem fosforowym przy 125°. Rzeczywiście w ten sposób otrzymał przetwór bezkształtny, rozpuszczalny w wodzie i strącający się od wyskoku; przetwór ten dawał większą część odczynów peptonowych, a palony wydzielał znamienny zapach palonego rogu. Podobnej bardzo ciekawej syntezy dokonał przedtem Grimaux [10]).

Te syntezy, niezmiernie ważne, jako pierwsze próby, nie mają szerszego znaczenia. Jeśli Schützenberger rzeczywiście otrzymał syntetycznie pepton, to się tą syntezą niewiele przyczynił do wyświetlenia budowy peptonu. Próby te dowiodły tylko, że synteza może się powieść i że się powiedzie, gdy wytwory rozszczepienia ciał białkowatych będą dokładnie poznane.

II.

Do przetworów Schützenbergera dołączyć należy gromadę ciał o charakterze wybitnie zasadowym, ciał, które stanowią jedną z podwalin prac Kossela. Te nowe ciała zasadowe są następujące: lizyna [11]), cz. kwas diamidokapronowy $(NH_2)_2.C_5H_9.COOH$, histydyna [12]) $C_6H_9N_3O_2$, jeszcze niezbadana, i arginina [13]), cz. kwas guanidinamidokozlkowy [14]) $C.N_3H_4.C_4H_7.NH_2.COOH$.

Jeśli obok tych trzech ciał postawimy jeszcze leucynę, to otrzymamy ciała, wszystkie o 6-ciu atomach węgla i z rosnącą ilością atomów azotu:

leucyna $C_6H_{13}NO_2$
lizyna $C_6H_{14}N_2O_2$
histydyna $C_6H_9N_3O_2$
arginina $C_6H_{14}N_4O_2$

Te cztery ciała, o 6-ciu atomach węgla każde, Kossel [15]) nazywa heksonami.

---

[7]) Ann. Chim. t. 16, p. 289, Comptes Rend. Ac. Sc. t. 122, p. 198, Les fermentations 1896, p. 300—305.

[8]) Ann. Inst. Past. T. 15 Nr. 5. 1901.

[9]) Comptes Rendus Ac. Sc. t. 92 p. 198 1891.

[10]) Bull. Soc. Chim t. 32 p 64. 1882 i t. 42 p. 74. 1884.

[11]) Drechsel. Arch. f. An. u. Phys. — Phys. Abt. 1891. S. 248.

[12]) Kossel. Z. f. physiol. Ch. Bd. 22. S. 176. 1896.

[13]) Schulze i Steiger. Z. f. physiol. Ch. Bd. 11. S. 43. 1886.

[14]) Bénech i Kutscher. Z. f. physiol. Ch. Bd. 32. S. 278, Schulze i Winterstein tamże Bd. 26. S. 1.

[15]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 25 S. 165. 1898.

Szukając między wytworami rozszczepienia związków proteinowych takich ciał, któreby były wspólne wszystkim bez wyjątku związkom proteinowym i któreby przez to niejako stanowiły ich cechę, Kossel zwrócił uwagę na trzy zasady heksonowe: lizynę, histydynę i argininę. Zapomocą sposobów, wypracowanych głównie przez niego, można te zasady odkryć we wszystkich dotąd badanych związkach proteinowych. Co więcej zasady te głównie lub nawet wyłącznie otrzymuje się z protamin, ciał, które, jak to niżej zobaczymy, Kossel uważa za najprostsze ciała białkowate. Zważywszy tedy te dwie okoliczności: że zasady heksonowe znajdują się przeważnie lub wyłącznie w najprostszych znanych ciałach białkowatych i że nie znamy żadnego ciała białkowatego, w któremby jednej, dwóch lub wszystkich zasad odkryć nie było można, Kossel przypuszcza, że jądro drobiny wszystkich ciał białkowatych stanowią zasady heksonowe. Grupy inne, jak kwasy amidotłuszczowe, tyrozyna, grupa siarkowa i t. p. znajdują się w bocznych łańcuchach.

Kossela uderza podobieństwo między ciałami białkowatemi i węglowodanami. Węglowodany, jak wiadomo, czy mniej czy więcej złożone, składają się z grup, mających po 6 atomów węgla, grup, które powstają przy hydrolizie jako cukry heksozy. Takśamo i ciała białkowate składają się w swem jądrze z sześciowęglowych grup — heksonów.

Kossel[16]) sądzi, że tylko jedna droga może doprowadzić do rozwiązania zawiłego zadania, jakiem jest gruntowne rozpoznanie budowy cząsteczki ciał białkowatych, a tą jest wybrać najprostsze z nich, jakie być mogą, zbadać jakościowo i ilościowo te nieliczne odłamki, jakie powstają przy ich rozszczepianiu i dojść w ten sposób do poznania najprostszego zarysu budowy wszystkich ciał, należących do tej samej gromady. Szukając najprostszego ciała białkowatego, Kossel powziął szczęśliwą myśl zbadania chemicznego komórek rodnych męzkich. Te komórki rzeczywiście posiadają ustrój prosty. Podczas gdy komórki żeńskie zawierają substancye chemiczne, potrzebne do karmienia powstającego zarodka, komórka męzka jest wogóle pozbawiona wszelkiej czynności odżywczej i posiada wyłącznie najniższe pierwiastki chemiczne, zdolne do zapłodnienia lub do ruchu. W tej właśnie komórce można spodziewać się znalezienia tych prostych ciał organicznych, które dają początek bardziej złożonym substancyom komórki rozwiniętej i któreby mogły wskazać, jak te substancye są zbudowane. Za takie ciała proste Kossel uważa protaminy, ciała zasadowe, które jako połączenia z kwasem nukleinowym, jako nukleiniany, wchodzą w skład główek plemników niektórych ryb.

Obecnie znamy już kilka protamin: salminę[17]), protaminę z plemników łososia, sturynę[18]) z plemników jesiotra, klupeinę[19]) z plemników śledzia (salmina i klupeina według wszelkiego prawdopodobieństwa są jednem i temsamem ciałem chemicznem), skombrynę[20]) z nasienia makreli (Scomber), cyklopterynę[21]) z nasienia *Cyclopterus lumpus* i akcypenzerynę[22]) z nasienia *Accipenser stellatus*, wszystkie otrzymane z ryb.

Sposób Kossela[23]) otrzymania protamin jest w głównych zarysach następujący. Wypłókuje się plemniki z dojrzałych jąder rybich wodą. Wyciągnąwszy je następnie wyskokiem i eterem, wytrząsa się je wielokrotnie z dużą ilością 1% kwasu siarkowego, przyczem się otrzymuje siarkan protaminy, który się dalej oczyszcza przez powtarzane osadzanie wyskokiem i później pikrynianem sodowym.

Protaminy są to ciała o charakterze wybitnie zasadowym, ich roztwór wodny oddziaływa silnie zasadowo; z kwasami tworzą dobrze określone sole. Fizyologicznie protaminy są jadowite (Thompson[24]).

Kossel[25]) zalicza protaminy do ciał białkowatych na mocy następujących wspólnych cech: 1) przy hydrolizie kwasem siarkowym dają zasady heksonowe, 2) dają odczyn biuretowy, 3) trypsyna je rozszczepia. Mniej ważne cechy są: strącanie się pod wpływem kwasu octowego i żelazosinku potasu, kwasu pikrynowego, kwasu fosforowolframowego, tworzenie związków nierozpuszczalnych z chlorkiem będźwinowym i skręcanie na lewo płaszczyzny światła polaryzowanego. Inne cechy, które są właściwe niektórym tylko gromadom ciał białkowatych, np. dawanie przy rozkładzie związków aromatycznych, jak tyrozyna (odczyn Millona), kwas amidofenylpropionowy, indol, skatol, u protamin nie występują; jedna tylko cyklopteryna daje odczyn Millona, to też między wytworami hydrolizy Kossel[26]) znalazł w znacznej ilości tyrozynę. Siarki protaminy nie zawierają, nie dają czerwonego zabarwienia z kwasem octowym i siarkowym. Pepsyna na protaminy nie działa. Przy hydrolizie niedaleko posuniętej powstają z protamin protony, analogiczne do peptonów.

W porównaniu z właściwemi ciałami białkowatemi protaminy są bardzo proste. Ani najprostszy wzór ich wprawdzie, ani wytwory rozszczepienia nie są jeszcze ostatecznie ustalone, ta chwila jednakże wydaje się być niedaleką. Dla salminy Kossel[27]) w ostatniej swej pracy przyjmuje najprostszy wzór $C_{30}H_{59}N_{17}O_7$, dla sturyny[28]) $C_{33}H_{61}N_{17}O_7$. Ciężaru drobiny nawet w przybliżeniu nie dało się jeszcze określić. Rozszczepiając protaminy zapomocą 45—50% kwasu siarkowego przez gotowanie w ciągu 8 godzin, Kossel w pracy swej z 1898 roku otrzymał tak proste wyniki, że podaje już dla salminy, resp. klupeiny i dla sturyny wzory rozszczepienia. Sposoby badania jednakże, jak się wkrótce sam[29]) o tem przekonał, były jeszcze niedokładne. W ostatniej pracy Kossel razem z Kutscherem[30]) podają, że przy rozszczepianiu salminy lub klupeiny powstaje z zasad heksonowych tylko arginina w znacznej ilości i w niewielkiej jeden z monoamidokwasów; sturyna daje tylko trzy zasady heksonowe i nic więcej i to, zdaje się, w stosunku prostym: 1 cząsteczka sturyny daje 1 cząsteczkę histydyny, 1 cząst. lizyny i 4 cząst. argininy; cyklopteryna daje tylko

[16]) Rev. gén. des Sciences 1899 p. 380.
[17]) Odkryta przez Mieschera jeszcze w 1874 r. Maly's Jahr. 1874 S. 337.
[18]) Kossel. Z. f. physiol. Ch. Bd. 22 S. 176.
[19]) Tenże i tamże.
[20]) Kurajeff. Z. f. physiol. Ch. Bd. 26 S. 524. 1898.
[21]) Morkowin. Z. f. physiol. Ch. Bd. 28 S. 313.
[22]) Kurajeff. Z. f. physiol. Ch. Bd. 32 S. 197. 1901.
[23]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 22 S. 176 i Bd. 25 S. 166.
[24]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 29 S. 1. 1899.
[25]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 25 S. 186.
[26]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 31 S. 187.
[27]) Tamże str. 180.
[28]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 31 S. 184.
[29]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 26 S. 288. 1899.
[30]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 31 S. 165. 1900.

argininę i tyrozynę. Skombryna i akcypenzeryna czekają jeszcze na dalsze badania. Rzeczywiście, jak widać z powyższego, prostota protamin jest uderzająca.

Protaminy znajdowano do tej pory tylko w plemnikach ryb i to nie wszystkich. Kossel[31]) nie znalazł protaminy u dorsza *(Gadus morrhua)*, Ehrström[32]) u *Lota vulgaris*, ryby pospolitej w Finlandyi, natomiast u obydwóch gatunków ryb znaleziono ciała, zbliżone do histonów[33]); podobne ciała znajdują się w niedojrzałem jeszcze nasieniu ryb, dającem po dojrzeniu protaminy. Te spostrzeżenia tłómaczą w szkole Kossela w sposób następujący (Ehrström[34]): jądra wszystkich gatunków ryb zawierają w niedojrzałym stanie histon, związany z kwasem nukleinowym; ten nukleinian histonu przechodzi przy dojrzewaniu u niektórych ryb w nukleinian protaminy, składu np. u śledzia (Mathews[35]):

$$C_{30}H_{57}N_{17}O_6 . C_{40}H_{54}P_4N_{14}O_{27}$$

protamina kw. nukleinowy

podczas gdy u innych ryb to nie następuje.

Mathews[36]) nie znalazł protamin ani u bezkręgowca jeża morskiego *(Arbacia)*, ani u dwóch wyższych kręgowców byka i kiernoza.

Te spostrzeżenia wymownie świadczą, że sprawa protamin, jako najprostszych ciał białkowatych, znajdujących się w główkach plemników i dających po zapłodnieniu początek ciałom białkowatym, coraz to bardziej złożonym przez przyjmowanie w bocznych łańcuchach coraz to nowych grup chemicznych, przy swojej pomysłowości musi uledz jeszcze z biegiem dalszych badań dopełnieniom lub pewnym zmianom.

Zapatrywania swoje na ogół ciał proteinowych Kossel wyraża w sposób następujący. Argininę znaleziono we wszystkich ciałach białkowatych, badanych do tej pory, obok niej znajduje się inne ciała zasadowe, jak histydyna i lizyna, które występują wprawdzie bardzo często, wszakże niezawsze. Już u protamin spostrzegamy, że mała część azotu jest związana w formie monoamidokwasów (kwas amidokozłkowy, tyrozyna). Jeśli przejdziemy do złożonych ciał białkowatych, to widzimy, że ten udział monoamidokwasu rośnie coraz więcej. Dalej przychodzi grupa amoniakowa i siarkowa i wszystkie te różnorodne grupy układają się wokoło grupy zasadowej, jak około jądra. Dalsza komplikacya powstaje przez to, że grupy atomów, zbudowane w ten sposób, łączą się mniej lub więcej mocno ze sobą w większe grupy. Rozszczepianie ciał proteinowych na kilka powstających obok siebie peptonowych gromad trudno sobie inaczej tłómaczyć, jak przyjmując, że cząsteczka ciała białkowatego jest złożona z pewnej ilości grup, zbudowanych według jednego i tego samego typu. Rzeczywiście, jak to nowsze badania wykazują, podobne złożenia mogą mieć miejsce i *in vitro*[37]).

[31]) Tamże str. 191.

[32]) Z. f. physiol. Ch. Bd 32 S 350. 1901.

[33]) Histony — nowa grupa ciał proteinowych, stworzona przez Kossela, nabierająca coraz większego znaczenia. Znamienne cechy tej grupy według Kossela (Z. f. physiol. Ch Bd. 8 S. 511, Bd. 31 S. 164 i in.), Banga (Z. f. physiol. Ch. Bd. 27 S 463) i innych są następujące: histony mają własności zasadowe i zawierają w drobinie w porównaniu z innemi ciałami białkowatemi bardzo dużo zasad heksonowych; dalej strąca je amoniak, w którego nadmiarze się nie rozpuszczają; strąca je kwas azotowy, poczem rozpuszczają się znowu przy nagrzewaniu i wypadają po ostudzeniu; przy gotowaniu obojętnych roztworów wypadają, jeźli roztwór zawiera sole, nie wypadają, jeźli roztwór jest w sole ubogi; strącają się w obojętnym roztworze odczynników na alkaloidy (np. od kwasu fosforowolframowego, który wogóle białka strąca tylko w obecności kwasu); histony same posiadają własności strącania białek.

[34]) loc. cit

[35]) Z. f. physiol. Ch. Bd. 23 S. 399. 1897.

[36]) Tamże.

[37]) Z. f physiol. Ch. Bd. 31 S. 213.

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell.

O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

Podali

Dr. Wincenty Łepkowski, docent dentystyki i Prof **Dr. Wachholz**, dyrektor zakładu.

(Dokończenie)

IV. O partactwie i błędach w sztuce dentystycznej.

Jeżeli partactwo lekarskie wogóle jest rozpowszechnione, to przecież w żadnym dziale sztuki lekarskiej nie przybiera ono tak szerokich rozmiarów, jak właśnie w dentystyce, a to zwłaszcza u nas. Niema miasteczka, wsi, w którejby nie istniał prosty balwierz, cyrulik, lub kowal, trudniący się nieprawnie wyjmowaniem zębów. W miastach wielkich spotykamy znowu dentystów techników lub niedoszłych lekarzy (ukończonych słuchaczy medycyny bez egzaminów), którzy również nieprawnie wykonują zabiegi dentystyczne. W myśl § 343 austr. u. k. nie wolno nielekarzom lub niechirurgom zajmować się w sposób zarobkowy leczeniem wogóle, w myśl zaś rozporządzenia ministerstw handlu i spraw wewnętrznych z 20 marca 1892 wolno technikowi dentyście samodzielnie sporządzać odciski i sztuczne uzupełnienia uzębień w całkiem zdrowej jamie ustnej. Natomiast nie jest dozwolone technikowi podejmowanie jakichkolwiek zabiegów w niezupełnie zdrowej jamie ustnej, lub nawet w całkiem zdrowej jamie ustnej, j żeli tylko te zabiegi zmieniają właściwości danych narządów, n. p. nie wolno mu spiłowywać zębów, czyścić, plombować, wyjmować i t. d.[19]) Tymczasem umieją niepowołani obchodzić rzeczone przepisy ustawowe, a to w ten sposób, że taki dentysta technik urządza swe przedsiębiorstwo na wzór redakcyi dzienników, t. j. sam wykonywa praktykę lekarsko-dentystyczną (główny redaktor), a odpowiedzialność (odpowiedzialny redaktor) w obliczu tych ustaw składa na dyplomowanego lekarza, najczęściej nieobeznanego ze sztuką dentystyczną, który go na mocy obopólnej umowy osłania swym dyplomem. Jak wiadomo, nie istnieją u nas odrębne szkoły dentystyczne, jakie posiadają n. p. Niemcy, Rosya, Francya, Anglia i t. d., a lekarze nasi, choć noszą tytul doktorów wszech nauk lekarskich, najczęściej nie wynoszą z czasów swych studyów uniwersyteckich żadnych wiadomości z zakresu dentystyki, raz dlatego, że po większej części nie istnieją przy wydziałach lekarskich katedry dentystyki (nadzwyczajne katedry tej gałęzi mamy tylko w Wiedniu, Gracu i Pradze), powtóre dlatego, że dopiero nowowpro-

[19]) Patrz Daimer: Handbuch d. öster. Sanitätsgesetze i t. d. II. Theil. Leipzig. Wien. 1898. Str. 167. Najwyższe postan. z 10 września 1842, dekret nadworny z 14 września 1842, rozp. min. spr. wewn. z 7 kwietnia 1895 L. 6881 i orzeczenie Trybunału administr. z 6 maja 1896 L. 2780.

wadzony porządek studyów lekarskich, obowiązujący od roku 1900/1901, zniewala ucznia do odbycia sześciotygodniowego kursu z dentystyki (5 godzin tygodniowo) przed uzyskaniem dyplomu lekarskiego. Nic więc dziwnego, że wykształcenie naszego doktora wszech nauk lekarskich w zakresie dentystyki po uzyskaniu dyplomu równa się po największej części zeru. Lekarz, pragnący oddać się praktyce dentystycznej, wyjeżdża u nas do jednej ze szkół dentystycznych, n. p. w Berlinie lub Wrocławiu na kilka tygodni, poczem rozpoczyna za powrotem praktykę, nie mając z natury rzeczy jeszcze należytego doświadczenia lub wprawy. W takich warunkach zarówno rozbujałe nieumiejętne partactwo, jak i zawodowi, lecz niedostatecznie jeszcze wykształceni lekarze dentyści, popełniają w swej praktyce błędy, które mogą być przedmiotem dochodzeń sądowych, a tem samem i oceny sądowolekarskiej. Błędy w zakresie wykonawstwa sztuki dentystycznej są częste, lecz rzadko na szczęście przychodzą przed forum sądowe. Błędy dentystyczne mogą się tyczyć albo sposobów zachowawczego leczenia, albo wyjmowania zębów i z niem związanych sposobów znieczulania, lub wreszcie części wyłącznie technicznej.

Błędy pierwszej grupy mogą się wydarzyć przy regulowaniu wadliwie ustawionych zębów przednich (zwykle u kobiet ze względów kosmetycznych) i przy plombowaniu. Pierwsze polegają na wadliwem lub zbyt spiesznem stosowaniu nitek gumowych, drutów lub śrub, mających odprowadzić zęby do właściwego położenia, tak, iż wskutek tego leczony, a raczej najczęściej leczona, traci jeden lub kilka zębów wskutek ich wywichnięcia. Tak n. p. opisuje Fleury przypadek utraty dwóch zębów siecznych po założeniu obrączki gumowej. Częstsze są błędy przy plombowaniu, których jednak prawie niepodobna lekarzowi w sposób stanowczy dowieść, chyba tylko wtedy, gdyby znawca sądowy był obecnym przy założeniu plomby. Nieumiejętność plombowania może polegać na niedokładnem oczyszczeniu odwapnionej zębiny, niedokładnem założeniu, względnie ubiciu materyału, służącego do wypełnienia zęba, niedokładnem osuszeniu jamy zębowej, przygotowanej do plombowania, wreszcie na niedostatecznem ogładzeniu założonej plomby. Błędy przytoczone stają się powodem rychłego wypadnięcia plomby, tem samem daremnego trudu i kosztów chorego. Nieumiejętność, lub niedbałość przy plombowaniu może polegać także na założeniu plomby na odkrytą lub co gorsza zakażoną miazgę zębową, sprowadzającem zapalenie okostnej z miejscowem lub nawet ogólnem zakażeniem. W odnośnem piśmiennictwie znajdujemy opisy dwóch przypadków dochodzenia sądowego[20]) przeciwko dentystom o wadliwe założenie plomb, które zakończyły się uwolnieniem podsądnych. Wyjątkowo mogą zajść przy nieostrożnem i niezręcznem plombowaniu zęba skaleczenia sąsiednich części zapomocą świderków lub ekskawatorów, które również mogą dać powód do dochodzeń sądowych.

Częściej dotyczą błędy techniczne zabiegów, mających na celu wyjęcie zęba. Błędy te mogą się przedstawiać jako mechaniczne uszkodzenia części sąsiednich, dalej jako zakażenia, jako zaniedbania przy krwawieniach, wreszcie jako rozmyślne wyjęcia innych zębów, niż te które chory wskazał. Już przy użyciu odpowiednich i obecnym stanem nauki wskazanych narzędzi do wyjmowania zębów, jak kleszczy i elewatorów, nie jest wykluczona możliwość zranienia sąsiednich zębów, kości lub części miękich, w każdym razie zranienia te są nader rzadkie; często natomiast spotyka się je tam, gdzie do wyjęcia zęba użyto tak zwanego klucza. Gdy dawniej wskutek braku wprawy operatorów i braku stosownych narzędzi wyjęcie zęba należało nietylko do bardzo bolesnych, lecz i niebezpiecznych dla zdrowia lub życia zabiegów, gdy złamania szczęki nie należały przy tem do rzadkich wydarzeń, to dziś zabieg ten uchodzi przedewszystkiem w zasadzie za niegroźny, a złamania szczęki wśród niego za wyjątkowe i to przy istniejącem do nich usposobieniu. Wywichnięcie szczęki, które przy szerokiem otwarciu ust, n. p. już wśród ziewania wydarzyć się może, nie ma wielkiego znaczenia, gdyż daje się łatwo odprowadzić, nie pociągając za sobą żadnych poważniejszych następstw. Z obecnie używanych narzędzi, mogących przypadkowo wywołać cięższe lub lżejsze obrażenia, trzeba wymienić kozią stopkę, która, działając wyważająco, pod naciskiem ręki może się ześliznąć i operowanego okaleczyć w język lub w podniebienie. Jakkolwiek obrażenia te są przypadkowe, przecież wynikają z nieumiejętnego użycia narzędzia. Wyjęcie zęba zdrowego zamiast chorego przez omyłkę, wyjęcie lub ochwianie zębów sąsiednich wśród aktu wyjmowania zęba chorego, większe lub mniejsze obrażenia samego zębodołu i części miękich wśród operacyi wyjmowania zębów stanowią przyczyny dochodzeń sądowych przeciwko dentyście. O ile wyjęcia zęba zdrowego zamiast chorego nie można usprawiedliwiać omyłką, boć właśnie ta omyłka jest karygodną, o tyle nie powinno się z góry potępić dentysty za inne, wyżej wymienione następstwa wyjęcia zębów, albowiem mogły one być w danym razie nieuniknione; wszakżeż bowiem natrafia się przy wyjęciu zęba na znaczne nieraz nieprawidłowości, jak zrosty, skrzywienia i niezwykłe ustawienia korzeni, które przy wyjmowaniu mogą wywołać zaburzenia w sąsiednich częściach, przedewszystkiem zaś znaczniejsze obrażenia, niż przy wyjęciu prawidłowych zębów. Zresztą te znaczniejsze obrażenia mogą być następstwem wskazanego w danym przypadku użycia kleszczy resekcyjnych, lub dłuta i młotka. Na powyższe tedy okoliczności należy tedy zwrócić uwagę przed wydaniem stanowczego orzeczenia.

Do obrażeń poważniejszej natury, jakie się wydarzać mogą przy wyjmowaniu, należą obrażenia jamy Highmora i ich następstwa pod postacią ropnych otoków tej jamy. Z położenia anatomicznego zębów wiadomo, że blaszka kostna, przedzielająca szczyty korzeni zębowych od jamy Highmora, jest nadzwyczaj cienką, to też wydarza się czasem, że korzenie wprost sterczą do światła jamy Highmora. Okoliczność ta sprawia, że zapalenia okostnej, wywołane próchnicą zębów, są częstą przyczyną powstawania otoku ropnego jamy Highmora. Przy wyjmowaniu korzeni zębów trzonowych, a złem założeniu kleszczy zdarzyć się może wpadnięcie, a raczej wepchnięcie korzenia lub korzeni zębów trzonowych do jamy Highmora. Zdarzenia te nie należą do rzadkich. Przed niedawnym czasem spotkał się jeden z nas (Łepkowski) z podobnym przypadkiem wtłoczenia dwóch obumarłych już odłamków wyrostka zębodołowego zęba trzonowego i korzeni drugiego zęba trzonowego do jamy Highmora u pewnej kobiety, której na dwa tygodnie przedtem

[20]) Friedreichs Blätter für gericht. Med. 1880, str. 394 i Zahnärztliche Rundschau 1899.

usiłował cyrulik z małego miasteczka wyjąć zęba zapomocą klucza. Kobieta owa zażądała orzeczenia co do przyrody smutnych następstw zabiegu, dokonanego przez partacza; czy jednak oddała sprawę na drogę sądową, nie wiemy.

Zakażenia po zabiegach dentystycznych nie są zbyt częste mimo różnych błędów i zaniedbań w kierunku antyseptyki. Tłómaczy się to tem, że w narządach jamy ustnej przeważają naczynia krwionośne, podczas gdy naczynia chłonne są skąpe. Zebrane w piśmiennictwie przypadki śmierci z zakażenia po wyjęciu zęba przedstawiają po większej części przypadki, w których zejście śmiertelne nastąpiło nie wskutek, ale pomimo wyjęcia zęba. Tam, gdzie jad zakaźny wystąpił poza granicę szczęk, tam, gdzie gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne ten jad już przejęły, często jest już wyjęcie zęba zapóźne, a obwinianie tego, który ten ząb w takich warunkach wyjmował, zupełnie niesłuszne i bezpodstawne. Posocznica, powstała od zęba, jak każda posocznica gdzieindziej umiejscowiona, może dać powód do ogólnego zakażenia, a ztąd i do zejścia śmiertelnego. Jeżeli o co obwiniać trzeba dentystów, to chyba o to, że nie dość wcześnie i nie dość energicznie zabierają się do wyjęcia zęba, będącego przyczyną zapalenia okostnej, przez co mogą stać się winnymi błędu, popełnionego przez zaniedbanie. „Twarz spuchnięta, zęba wyjmować nie wolno“, to zdanie powszechne laików i niedoświadczonych dentystów, skłaniające ich do wstrzymania się od wyjęcia zęba i działania zapomocą okładów i przyparek, które bezwzględnie za błędne i szkodliwe uznać należy. Mimo że ta sprawa jest tak prosta i ze stanowiska czysto chirurgicznego tezą *ubi pus, ibi evacua* dawno przez chirurgów jest rozstrzygnięta, była ona w roku 1897 przedmiotem rozpraw w paryskim wydziale lekarskim, jak podaje Amoëdo. Wspomina on o dwóch przypadkach śmierci, z których wynika, że śmierć nastąpiła mimo wyjęcia zęba, będącego powodem zakażenia ropnego. Znanym nam jest przypadek śmierci po wyjęciu zęba, który się wydarzył w Krakowie. Opinia publiczna niesłusznie winiła jednego z lekarzy, zajmujących się dentystyką, że nieczystemi narzędziami operował i że chorego zakaził. Zakażenie istniało już przed operacyą, a chory umarł nie wskutek, ale mimo przedsięwziętej operacyi wyjęcia zęba, który posocznicę wywołał. Jakkolwiek zatem należy ściśle przestrzegać zasad antyseptyki przy rękoczynach w jamie ustnej, tak przez wzgląd na zapobieżenie możliwemu zakażeniu, jak i ze względów estetycznych, to jednak stwierdzone w danym przypadku zakażenia są najczęściej, jako istniejące już przed zabiegiem, całkiem niezależne od postępowania lekarza. Przestrzeganie przez lekarza czystości i zasad antyseptyki jest między innemi i dlatego wskazane, że w ten tylko sposób może on zapobiedz możliwemu zakażeniu chorego jadem kiłowym, któreby mu w danym razie należało poczytać za karygodny błąd, wynikający z niedbalstwa. Przeciwwskazania do wyjęcia zęba stanowią stwierdzona u chorego, poddającego się temu zabiegowi, błonica, która ranę po wyjęciu zęba może zakazić, następnie róża twarzy, która może również ranę tę zakazić i dać powód do zapalenia opon mózgowych. Pominięcie tych przeciwwskazań, jeśli pociągnie za sobą rzeczone następstwa, musi być również poczytane dentyście za błąd.

Obowiązkiem dentysty jest zabezpieczyć chorego po dokonaniu wyjęcia zęba przed możliwością silniejszego krwawienia. Krwotoki takie mogą się wydarzyć albo z przyczyn lokalnych, t. j. nieprawidłowo przebiegających naczyń, ze zmian patologicznych w szczęce, albo z powodu znaczniejszych obrażeń, wywołanych samą operacyą. Tak przyczyny tych krwotoków, jak i one same, winny być, jako dostrzegalne dla oka i dostępne do tamponowania, natychmiast spostrzeżone i leczone. Prosty ucisk wystarczy zazwyczaj w zupełności do zatamowania krwotoku. Zdanie chorego na własną radę i środki domowe jest karygodnem zaniedbaniem; nie wolno bowiem wypuszczać operowanego z opieki przedtem, dopóki krwawienie wśród płókania zupełnie nie ustanie, gdyż znane są przypadki nietylko znaczniejszego ubytku krwi z tych powodów, ale nawet skrwawienia się śmiertelnego. Wyjmowanie zębów u dzieci powinno być dokonane z zwróceniem szczególniejszej uwagi na możliwość krwawienia. Jeżeli noworodek urodzi się z zębami, to zęby te ranią przy ssaniu z jednej strony jego język, z drugiej strony zaś brodawkę sutkową matki i uniemożliwiają w ten sposób ssanie. Jest tedy w tych przypadkach wskazane wyjęcie tych zębów. Skoro atoli dziecię ssie, a ruchy ssące podtrzymują krwawienie z rany, przeto należy zapobiedz możliwości krwawienia przez zastosowanie ucisku na ranę zaraz po wyjęciu zęba. Jak dalece ssanie rany krwawiącej jest zgubnem i podtrzymującem krwawienie, pouczył jednego z nas (Łepkowski) przypadek, tyczący się pewnej panny, której poleciły dwie jej ciotki ssać ranę po wyjęciu zęba, w celu szybkiego zatamowania krwawienia. Chora ta tyle straciła dzięki tym radom krwi, że groziło jej poważne niebezpieczeństwo, zażegnane dopiero pomocą lekarską. Jeżeli przyczyną krwawienia jest skaza krwawcza, o której dentysta nie wiedział i której rozpoznać nie mógł, to winy tego krwawienia nie można mu żadną miarą przypisywać, choćby nawet krwotok zakończył się śmiercią chorego, jeżli tylko dentysta zastosował wszelkie środki do jego opanowania.

Związek, o którym laicy często mówią, a który może zachodzić między wyjęciem pewnych zębów zwykle w szczęce górnej, a zaburzeniami wzroku, może polegać na oderwaniu siatkówki w oku krótkowzrocznego (*staphyloma posticum*) wskutek nieostrożnego uciśnięcia oka ręką dentysty w chwili wyjmowania zęba i na ślepocie, wywołanej silnem niedokrwieniem siatkówki w następstwie znaczniejszego krwotoku z rany po wyjęciu zęba. Gałęzowski[21]) twierdzi, że u dzieci występują w przebiegu pierwszego lub drugiego ząbkowania cierpienia oczne, które pozostają w związku z wyrzynaniem się kłów i zębów dwuguzikowych. Tenże sam autor spostrzegał zaburzenia wzrokowe pod postacią zapalenia spojówki, rogówki i t. d. w chwili, w której się ząb mądrości wyrzynał, a więc między 18 a 25 rokiem życia. Mêtras[22]) w rozprawie inauguracyjnej mówi o przypadku obustronnej ślepoty, która ustąpiła w 14 dni po wyjęciu 8 spruchniałych zębów. Podobny przypadek omawia Hancock[23]) i wielu innych. W pracy Mêtrasa znajdujemy wzmiankę o przypadku, w którym po wyjęciu zęba ustąpiło rozszerzenie źrenic; naodwrót zaś w innym przypadku wywołało usunięcie zęba, uleczone potem rozszerzenie źrenic. Przypadki te są niezbitym dowodem faktu, że między okiem a zębem istnieje jakiś związek, i że o tym związku rzeczo-

---

[21]) Traité des maladies des yeux, str. 570—572.

[22]) i [23]) Amoëdo: *l. c.* str. 164—167.

znawca sądowy wiedzieć musi, aby w danym przypadku wydać trafne i z wiedzą zgodne orzeczenie.

Co się tyczy błędów, jakie dentysta może popełnić przy znieczulaniu, to nie różnią się one wcale od tych, które częściej ma sposobność popełnić chirurg [24]). Tu tylko nadmienić musimy, że dwa tylko istnieją wskazania do podjęcia znieczulenia w celu wykonania zabiegów dentystycznych, t. j. albo większa ilość zębów, przeznaczonych do wyjęcia, albo wyjątkowy stan chorego, t. j. silne jego rozdrażnienie nerwowe, wobec którego wyjęcie zęba byłoby niewykonalne. Jeżeli zaś zabieg dentystyczny ma być wykonany w uśpieniu, to należy chorego ułożyć w pozycyi siedzącej, ażeby spływająca krew nie dostała się do krtani i tchawicy i nie sprowadziła uduszenia, nadto należy wpierw wyjąć z ust możliwie znajdujące się tam protezy, przy wyjmowaniu zaś zębów chorych należy je skrupulatnie odkładać na bok i w ustach ich nie zostawiać, aby się przypadkiem nie dostały do dróg oddechowych, jak to się np. zdarzyło w przypadku, opisanym przez G. S Junkermanna. Znane są wreszcie przypadki, w których dentysta uśpił chorego w tym celu, by mu wyjąć zdrowe zęby z zamiarem wprawienia w ich miejsce zębów sztucznych. Tego rodzaju czyny nie są już błędami lekarskimi, lecz niegodnymi lekarza przestępstwami, do których trzeba także zaliczyć nadużycia płciowe, jakich się np. dopuścił dentysta Levy [25]) na zahipnotyzowanej przez siebie pannie, wrzekomo celem wyjęcia zęba.

Błędy w zakresie techniki dentystycznej mogą być różnorodne. Przedewszystkiem może być zrobiona przez dentystę proteza niedobrze do danych ust dostosowaną, wskutek czego nie jest przydatną do żucia, łatwo wypada z ust, lub co gorsza może być połkniętą lub zaaspirowaną do dróg oddechowych. Barwa zębów sztucznych może być źle dobrana do reszty zębów naturalnych, lub w braku tychże, do wieku chorego, ustawienie zgryzu lub zębów może być wreszcie niewłaściwe i rażące. Dobrze sporządzona proteza powinna tkwić mocno i winna ściśle przylegać, aby się pod nią nie mogły dostawać pokarmy. Skoro wymagania chorych są nieraz w tym względzie bardzo przesadne, należy w odnośnych przypadkach, rozpatrywanych przez sąd, być bardzo ostrożnym i oględnym i przed wydaniem orzeczenia dobrze rozważyć, co należy położyć na karb błędu technika, a co na karb kaprysu pacyenta.

* * *

III. **Ze szpitala powszechnego w Samborze.**

Róg skórny prącia olbrzymich rozmiarów.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski.

Niezwykły kształtem, rozmiarami i usadowieniem się róg skórny nadarzył mi się w początkach lipca b. r. do operacyi. Przypadek ten dotyczył wieśniaka D. K., 41 lat liczącego, z Bilinki, powiatu samborskiego, wdowca, — ojca czworga dzieci, silnie zbudowanego i doskonale odżywionego.

Podstawa rogu na całej swej przestrzeni czysto chrząstkowatego utkania rozpoczynała się na lewej stronie żołędzi, szła ku górze i zajmowała dolną $1/3$ część skóry prącia. Na tej podstawie nierówno poszarpanej wyrastał róg, zupełnie twardy, łupliwy w kierunku podłużnym, podobny do stalaktytu, rynienkowato przepołowiony w miejscu *A* ↑, przyczem części *a* i *b* dają się z łatwością do siebie zbliżyć. W miejscu przez *c* → oznaczonem znajduje się szczelina, pochodząca ze złamania, a raczej nadłamania części rogu *a*, a na szczycie tej połowy w punkcie *f* wyraźne nadcięcie o równej powierzchni przekroju. Tak owo nadłamanie, jakoteż nadcięcie uskutecznione zostały ręką chorego zapomocą kozika. Długość całego rogu od podstawy do końca wynosi 12 ctm., największy obwód koło podstawy 10 ctm., ciężar po wycięciu w całości 86 gramów.



Wyłuszczenie przedstawiało pewne trudności, gdyż chrząstkowata podstawa, ściśle zrośnięta z lewą stroną żołędzi, wymagała usunięcia prawie $1/3$ części ciała jamistego cewki moczowej, w górze zaś nierówne granice utrudniały również dokładne wycięcie. Operacyę wykonałem w uśpieniu, a podwiązawszy 5—6 naczyń tętniczych, które po zwolnieniu elastycznej podwiązki, u nasady prącia umieszczonej, silnie strzykać poczęły, przyżegnąłem całą powierzchnię ciała jamistego cewki moczowej szerokim palnikiem Pacquelina. Obecnie (12-ty dzień po operacyi) rana zdrowo brodawkuje i cały przebieg gojenia postępuje zupełnie prawidłowo.

Dodać mi jeszcze wypada wzmiankę o przeszłości chorego, rzucającej niejakie światło na etyologię cierpienia. Przed 13-tu miesiącami leczyłem chorego tego w naszym szpitalu na rzeżączkę cewki moczowej w okresie przewlekłym. W rowku zażołędnym istniało wówczas kilkanaście kłykcin brodawkowatych *(condylomata acuminata)*. Kłykciny te wówczas wyciąłem, a ranę przypaliłem żegadłem Pacquelina. Z tego to miejsca rozpoczął się nadmierny rozrost przyskórka, a według opowiadania dość zresztą inteligentnego chorego na cały wzrost rogu wypadło 6 do 7 miesięcy. Ciągłe drażnienie, jakie chory ustawicznie wywoływał, manipulując opuszkami palców i paznokciami około, jak mówi, „powstałej po operacyi brodawki", zdają się być drugim czynnikiem, który w etyologii owego rogu odgrywał rolę.

Okaz wycięty przesłałem zakładowi anatomii patologicznej w Krakowie.

[24]) Patrz J. Bornträger: Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms itd. Berlin 1892.

[25]) Brouardel w Annal. d'hyg. publ. 1879, str. 39.

IV. Wyciągi.

Schmidt (Wiedeń). **Leczenie napotne w rozmiękczeniu kości** (*osteomalacia*). (*Wiener. klin. Wochs.* Nr. 27, 1901). Pomimo, że poglądy co do istoty osteomalacyi różnią się wielce między sobą, panuje przecież pewna zgoda w przyjęciu nieprawidłowego krążenia śród- i okostnego w postaci zapalnego przekrwienia; według Recklinghausena istnieje po większej części tętnicze przekrwienie wraz z żylną zastoiną. W przypadkach postępującego rozmiękczenia kości szpik kostny jest ciemno-czerwony, przekrwiony, tu i ówdzie wynaczynienia — postać, którą Francuzi nazywają: „osteomyelite-rouge". Otóż dwa są czynniki, skutkiem których rozwija się nieprawidłowe krążenie w kościach i okostnej: a) słabość ścian tętnic i żył; b) przebieg naczyń przez twarde i niepodatne przewody Hawersa, w następstwie czego przy najmniejszem przekrwieniu występuje między tętnicami a żyłami wzajemna, większa lub mniejsza przeszkoda w powiększaniu ich pojemności.

Na tych więc dwóch czysto anatomopatologicznych zasadach opiera się postępowanie lecznicze, stosowane przez autora, a polegające na wywołaniu ogólnego przekrwienia powierzchownego celem odprowadzania krwi z części głębiej położonych. Najodpowiedniejszym do tego zabiegiem są kąpiele w gorącem powietrzu (Heissluftbäder) zapomocą „Phénix à l'air chaud". W dwóch przypadkach połogowego rozmiękczenia kości osiągnięto temi kąpielami znakomity skutek; oczywista rzecz, że przez równoczesne podawanie leków wzmacniających lub przetworów fosforu można szybciej dojść do zamierzonego celu. *Dr. Henryk Pisek.*

Gutzman (Berlin). **O leczeniu niemoty** (*aphasia*). (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 28, 1901). Już Broca, Trousseau i inni przyszli na zasadzie swych spostrzeżeń do przekonania, że w przypadkach niemoty można bardzo dobre i pomyślne skutki osiągnąć zapomocą systematycznych ćwiczeń w mowie. Kussmaul n. p. zaleca na mocy własnego doświadczenia metodyczne ćwiczenia pojedynczych odcieni głosu, zgłosek, słów, wreszcie zdań, przyczem jednak strzedz się trzeba, by chorego zanadto nie nużyć; należy dalej przyzwyczaić chorych, by baczną zwracali uwagę na usta uczącego; w przypadkach zaś niemoty anamnestycznej zaleca się pamięciowe uczenie pojedynczych słów na wzór obcej mowy. Te wszystkie ćwiczenia rozpoczyna się od pierwiastków mowy, od samogłosek, a w szczególności od litery a, którą się jedynie przez opuszczenie szczęki dolnej (bez żadnej mimiki) obrazowo uwydatnia, dalej następuje wymawianie o, u, zapomocą większego lub mniejszego zwężenia warg. W przypadkach, w których chory niedostatecznie naśladuje ruchy szczęk lub warg, bardzo dobre usługi daje zwierciadełko, podane choremu, by mógł sprawdzać swe własne ruchy. Wyuczywszy w ten sposób samogłosek przystępuje się do ćwiczenia spółgłosek, rozpoczynając znów ruchami warg, przedstawiających literę P, którą następnie się łączy z samogłoskami jak pa, pe i t. p.; dalej przychodzi kolej na litery B i M. O ile kontrola przy literze B zapomocą zwierciadła jest bardzo skuteczna, o tyle znów literę M kontroluje chory przez przykładanie palców na nos i wyczuwanie drgania fal powietrza. Trudno wreszcie w krótkiem streszczeniu zastanawiać się nad każdą literą z osobna, dlatego niechaj wystarczą powyższe uwagi, aby przynajmniej podać drogowskaz co do dalszego postępowania.

Wynik tych wszystkich zabiegów zależy w wielkiej mierze od osobistej rzutkości chorego; wskazaną jest jednak rzeczą, by leczenia nie rozpoczynać natychmiast po pojawieniu się niemoty. Owszem należy przeczekać jakiś czas, aż wytworzy się pewien trwały stan i dopiero wówczas przystąpić do ćwiczeń, albowiem tylko wtedy wynik będzie i dla nielekarza widoczny. Że nawet po kilka lat trwającej niemocie można tem postępowaniem leczniczem otrzymać zadziwiające prawie skutki, stwierdzili także i inni, tak n. p. Grashey osiągnął po 10 latach polepszenie; autor rozporządza przypadkami niemoty, w których po 4—6—10 latach, otrzymał przez 3—6 miesięczne ćwiczenia takie polepszenie, że można je stawiać na równi z zupełnem wyleczeniem. *Dr. Henryk Pisek.*

Rudolf Virchow (Berlin). **O gruźlicy ludzkiej i bydła rogatego.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 31, 1901). W wykładzie w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem oświadczył Virchow, że zupełnie skłania się do zdania Kocha, według którego gruźlica ludzka, przeszczepiona na bydło rogate, nie wywołuje typowych zmian; odkrycie zaś, że obydwie te choroby od siebie się różnią, nie jest wcale nowością, jakby to napozór zdawać się mogło; w tym względzie wypowiedział Virchow swe mniemanie już w r. 1863. Zdaniem autora nie można nazywać gruzełkiem każdego tworu, który zawiera prątki gruźlicze, ale musi on także w sobie mieścić i komórki gruźlicze, tj. że musi posiadać pewne stałe cechy anatomiczne. W ściślejszych tedy badaniach należy uwzględniać nietylko bakteryologiczne, ale i „patologiczne" gruzełki. Nazywając bowiem wszystko gruzełkiem, gdzie spotykano prątki gruźlicze, zaliczono do tego działu także i perlicę i tocznia (*lupus*), nawet t. zw. „gruzełek anatomiczny" (*tuberc. necrogenicum*), albowiem spotykano w nich przypadkowo prątki gruźlicze. Te pojęcia powinny upaść; gruzełek uważać należy za twór organiczny, który wyrósł z składników ustroju. *Dr. Henryk Pisek.*

Schilling (Lipsk). **W sprawie leczenia przewlekłej pląsawicy** (*chorea chronica*) **hypnotyzmem.** (*Münch. medic. Wochs.* Nr. 27, 1901). Temu cierpieniu ulegają najczęściej dzieci, które nierzadko przechodziły poprzednio gościec stawowy, zapalenie śródsierdzia, dur brzuszny lub inne choroby, pomimo że dotychczas jeszcze nie zdołano stwierdzić bliższego związku przyczynowego pomiędzy temi zakaźnemi chorobami, a nagle się pojawiającą pląsawicą. Także i starsi jej ulegają, a w tym względzie można powiedzieć, że im starszy jest osobnik, tem trudniej cierpienie usunąć się daje. Autor opisuje przypadek chorobowy, tyczący się 7-letniej dziewczynki leczonej, poprzednio najrozmaitszymi sposobami i w najrozmaitszych zakładach i uzdrowiskach. Schilling rozpoczął swe postępowanie lecznicze podaniem antypiryny i natychmiastowem zastosowaniem usypiania (hypnotyzmem) — później odstąpiono od antypiryny. Uśpienie dało się bardzo łatwo przeprowadzić i w tym stanie poddano chorej, że bóle w okolicy żołądka (na które się uskarżała) wkrótce ustąpią, a drgania mięśniowe w lewej połowie twarzy i tułowia jeszcze w ciągu bieżącego tygodnia znikną, — ba nawet już w następnym dniu będą mniejsze. Istotnie już z końcem drugiego tygodnia stan chorej tak dalece się poprawił, że zdarzały się dnie, w których przez $1\frac{1}{2}$ godz. nie było drgawek, a w 3-cim zdołała już chora napisać pierwszy list do rodziców, czego przedtem skutkiem drgawek robić nie mogła. Polepszenie postępowało raźno naprzód, a w 6-tym tygodniu nastąpiło zupełne wyleczenie. *Dr. Henryk Pisek.*

Gotthilf. **Przypadek zatrucia wyciągiem paproci** (*Extractum filicis maris*). (*Münchener medizin. Wochenschrift.* 1901. Nr. 27). W dwie godziny po zażyciu środka wystąpiły objawy zatrucia, które trzeciego dnia dosięgły szczytu. Badanie wykazało: śpiączka, utrata przytomności, twarz obrzękła, na czole krople potu, brak odczynu na wołanie i kłucie szpilką; tętno drobne, tony serca regularne, czyste, przyspieszone, źrenice szerokie, odruchy ścięgnisto wzmożone, kurcze całego ciała, szczękościsk. Pod wpływem wstrzykiwań kamfory i morfiny objawy ustępowały a czwartego dnia chory opuścił łóżko. Dawka zażyta wynosiła 10 g. a objawy zatrucia były zdaniem autora tem spowodowane, że po zażyciu leku chory nie zażył nic na przeczyszczenie. *I. Ld.*

F. Völcker (asystent kliniki prof. Czernego). **Istota pasorzytów rakowych Schüllera.** (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30, r. 1901). Sprawdzenie badań nad pasorzytami, ogłoszonych niedawno przez prof. Schüllera w wielkiem dziele p. t. „Parasiten im Krebs und Sarcom des Menschen" doprowadziły Völckera do następujących stanowczych wniosków: Twierdzenie, że „pasorzyty", opisywane przez Sch. jako złoto-brunatne kule pojedyncze lub skupiające się w gromadki, żyją, jest zupełnie nieuzasadnione, ponieważ Sch. wybitnego ruchu nie widział, jak to zresztą sam przyznaje. Wstrzykiwaniem tych pasorzytów nie udało mu się też wywołać typowego raka. W żadnym znów preparacie z raków nie zdołał V. wykazać tych „pasorzytów", choć skrawki dokładnie chronił przed oziębieniem, na co Sch. zwrócił pierwszy uwagę. Jeżeli jednak korkiem, zatykającym flaszeczkę z olejkiem bergamotowym, dotknąć się szkiełka podstawowego, to można pod mikroskopem nawet bez skrawka z nowotworu widzieć złoto-brunatne kulki, odpowiadające zupełnie opisanym przez Sch. „pasorzytom". Jeszcze wybitniej występuje podobieństwo z rysunkami z dzieła Sch., gdy na tak przygotowane szkiełko położy się skrawek nowotworu, bo wtedy kulki wypełniają przestrzenie między komórkami. Odkryte pasorzyty nie są niczem innem, jak tylko komórkami korka. Można je znaleźć w osadzie flaszki z olejkiem bergamotowym, zatkanej zwykłym korkiem, którego drobne części się oddzielają.

Twierdzenie to popierają mikrochemiczne reakcye, które Sch. wykonał, żeby wykazać, że w jego „pasorzytach" niema cellulozy; otrzymał on te wszystkie objawy, jakie Zimmermann w swej „Botanische Mikrotechnik" podaje dla tkanki korka. Wreszcie sam Sch. wspomina w swem dziele, że flaszeczki z preparatami zamykał zwykłym korkiem. *L. R.*

Uhlenhuth. **Dalsze uwagi co do praktycznego zastosowania własnego sądowo-lekarskiego sposobu wykazania krwi ludzkiej i zwierzęcej.** (*Deutsche med. Wochens.* 1901, Nr. 30). Badania sposobem U. dały także innym autorom pomyślne

wyniki. U. badał w higienicznym zakładzie prof. Loefflera w Gryfii cały szereg lic sądowych ze starą zaschniętą krwią z wynikiem zawsze dodatnim. Badając stare plamy, zaleca U. rozpuszczać zeskrobaną krew w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i do 4 ctm. tego rozczynu dodawać 5 kropel surowicy krwi królika, któremu przedtem wstrzyknięto krew ludzką. Gdy badana krew pochodzi z człowieka, to w płynie powstanie, jak wiadomo, strąt. Strąty otrzymuje się też w białkomoczu, nasieniu ludzkiem i ropnej plwocinie, jest to więc próba na białko ludzkie. Jeżeli zaś krew pochodzi z jakiegoś zwierzęcia, strąt powstanie od surowicy tylko takiego królika, któremu wstrzykiwano krew tegoż zwierzęcia, lub jakiegoś pokrewnego (n. p. barana, kozy i wołu), a w takim razie wyrazistość strątu pozostaje w prostym stosunku do bliskości pokrewieństwa. Dla celów sądowych byłoby korzystnem, żeby surowicę z królików wyrabiano w stałych zakładach, z których lekarze mogliby ją sprowadzać. *L. K.*

H. Roger i E. Weill. **Nowe badania doświadczalne w sprawie ospy.** *(La Presse médicale* 1901, Nr. 55). W szeregu doświadczeń na królikach, którym zaszczepiano ropę ospową, spostrzegli autorowie, że nie wszystkie króliki, w ten sposób zaszczepione, ginęły. Zmienność wyników zależy po części od zmienności jadu, to znaczy, że niektóre rodzaje ropy ospowej działają silniej, inne słabiej. Wszelako na czele przyczyn, wpływających na zdolność ulegania jadowi, kładą autorowie sposób żywienia. Zwierzęta obficie żywione często opierają się zakażeniu zupełnie, lub też przynajmniej przez pewien czas, podczas gdy w przeciwnym przypadku choroba kończy się śmiercią i to szybko. Te dane skłoniły autorów do zastosowania wyników badań w leczeniu ospy u ludzi. Otrzymywali oni znakomite wyniki, dodając chorym na ospę do dyety mlecznej zupy, polewki jarzynne i jaja. U chorych, których bądźto z powodu wstrętu do pokarmów, bądź z powodu upośledzonego trawienia, dobrze żywić nie można, rokować należy poważnie. Prócz powyższych doświadczeń przeprowadzili autorowie doświadczenia nad krwią chorych ospowych, mianowicie nad jej jadowitością. Przy badaniu drobnowidowem spostrzegali we krwi drobne ciałka, które mają być znamienne dla ospy. Jeżeli przed zaszczepieniem krwi wykryć ich nie można, to krew nie posiada jadowitości. Przy znacznej ich liczbie natomiast prawie na pewno można przewidzieć, że zaszczepione zwierzęta zginą. Nadto w tych doświadczeniach u wszystkich zwierząt spostrzegano rozwój osutki, co jest rzeczą dość rzadką, a w każdym razie niestałą. Osutka u królika ogranicza się do pojawienia się małych, nielicznych guzków, schnących i pokrywających się strupkiem bez poprzedniego wypełnienia się ropą. Podobną postać napotyka się bardzo rzadko u ludzi, mianowicie u noworodków, urodzonych przez chore, dotknięte ospą. *Dr. M. Blassberg.*

Doc. Aleksander Baurowicz. **W sprawie powtórnego zakażenia się kiłą.** *(Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis* Tom 57. 1 i 2 Zeszyt). Wiadomo, że przebycie kiły trzeciorzędnej nie chroni chorego na pewno od ponownego zakażenia się jadem kiłowym, a nawet znane są przypadki ponownego zakażenia się kiłą przy istniejących jeszcze równocześnie niewątpliwych zmianach trzeciorzędnych. Do autora zgłosił się w dniu 4 Listopada 1899 chory, 40-letni mężczyzna, u którego prócz słabego nacieku po stwardnieniu pierwotnem stwierdzić było można swoisty obrzęk gruczołów karkowych i pachwinowych, łuszczycę kiłową *(psoriasis syphilitica)* na dłoniach, kłykciny sączące na wargach i języku. Prócz tych zmian istniała na tylnej ścianie gardła rozległa blizna, sięgająca ku górze do jamy nosogardlowej, ku dołowi aż do wejścia do krtani. Blizna przechodziła na lewy łuk podniebienny i lewy migdałek, nadto w łuku podniebiennym przednim znajdował się otwór o brzegach zabliźnionych. Chory nie przypominał sobie wogóle, by kiedykolwiek chorował na owrzodzenie w gardle, to też autor po wykluczeniu wszystkich przyczyn, mogących wywołać podobne zmiany bliznowate, przyjął, że tylko kiła mogła wywołać te zmiany; — czy dziedziczna, czy też nabyta, tego autor na pewno oczywiście nie rozstrzyga. Leczenie rtęcią usunęło zmiany kiły drugorzędnej. *Dr. Zydłowicz.*

V. Międzynarodowy Zjazd celem zwalczenia gruźlicy.

(Londyn 23—26 lipca 1901 r.).

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

Prace Zjazdu były podzielone na 4 sekcye: 1) Państwo i miasto; 2) Klinika, Klimatologia, Uzdrowiska; 3) Patologia i Bakteryologia; 4) Weterynarya.

Największe zajęcie wzbudziły trzy główne wykłady:

I. Robert Koch. **Walka z gruźlicą w świetle spostrzeżeń, uzyskanych przez skuteczne zwalczanie innych chorób zakaźnych.** Po stwierdzeniu pasorzytniczej przyrody gruźlicy, której przyczyną jest powszechnie uznany prątek, stara się Koch rozwiązać sprawę walki z tą zarazą i dlatego w pierwszym rzędzie omawia drogi, jakiemi kroczy zakażenie gruźlicze, szerząc dzieło zniszczenia. Otóż w większości przypadków ma gruźlica siedzibę w płucach i ztąd też bierze swój początek — okoliczność, która dosadnie udowadnia, że prątki chorobotwórcze dostają się do ustroju przez narząd oddechowy; co się zaś tyczy zagadnienia, skąd się tam biorą drobnoustroje gruźlicze, to chyba dzisiaj nie ulega już wątpliwości, że znajdują się w powietrzu, i to w dwojakiej postaci: albo są zawarte w drobnych kropelkach plwocin, które skutkiem kaszlu wydostały się z gruźliczych płuc na zewnątrz, albo w zasuszonym i unoszącym się pyle. Jasną więc jest rzeczą, że najgłówniejszem źródłem zakażenia jest plwocina suchotników. Według dawniejszych zapatrywań pewną rolę w zakażeniu odgrywać miała dziedziczność; nowsze atoli spostrzeżenia stwierdziły, że wielkiego znaczenia przypisać jej nie można. Trzecią wreszcie drogą zakażenia, a po dziśdzień powszechnie uznawaną i przyjętą, było przeniesienie się zarazka gruźliczego z zwierząt na ludzi — ale i ten niezbity napozór pewnik został zachwiany przez najnowsze badania Kocha i Schütza. Z uwagi, że rzecz ta pociąga za sobą zwrot w dotychczasowych pojęciach, niezbędnem jest przynajmniej treściwie podać drogi, jakiemi Koch doszedł do powyższego wniosku.

Dziewiętnastu sztukom bydła rogatego, uznanego zapomocą tuberkuliny za zupełnie zdrowe, zaszczepiono w różny sposób gruźlicę ludzką: niektórym wstrzyknięto hodowle prątków gruźliczych pod skórę, innym do otrzewnej, innym wreszcie do żyły szyjnej (*v. jugularis*); — 6 sztuk otrzymywało przez 7—8 miesięcy w paszy plwocinę suchotników, zaś 4 wdychały z kropelkami wody prątki gruźlicze. Okazało się, że żadne zwierzę nie zachorowało na gruźlicę; oględziny pośmiertne, dokonane po 6—8 miesiącach, nie stwierdziły ani śladu gruźliczych zmian w narządach wewnętrznych; jedynie w miejscach wstrzykiwań można było wykazać kilka drobnych ognisk ropnych, zawierających prątki gruźlicze — podobnie jak się to spostrzega po wstrzykiwaniu podskórnem obumarłych hodowli gruźliczych. Jeśli się jednak w jakikolwiekbądź sposób zaszczepiło bydłu rogatemu gruźlicę, pochodzącą od zwierząt perliczych, wówczas zawsze można było stwierdzić rozwijającą się wśród wysokiej gorączki typową gruźlicę. Niektóre sztuki padały, inne zaś celem dalszego badania wśród choroby zabijano; sekcya zawsze wykazywała zmiany gruźlicze; jeśli miejscem zaszczepienia była otrzewna, wówczas znajdowano zawsze znamienne gruźlicze zmiany na sieci i otrzewnej. Wogóle można powiedzieć, że jak z jednej strony bydło wcale nie oddziaływało na prątki gruźlicze człowieka, tak z drugiej strony łatwo je było zakazić zarazkiem gruźlicy bydlęcej. Dalsze doświadczenia tyczyły się nierogacizny: 6 świń otrzymywało przez 3 miesiące paszę wraz z plwociną gruźliczą, — innych 6 sztuk karmiono strawą, zmieszaną z zarazkami gruźlicy bydlęcej: okazało się, że pierwsze pozostały zdrowe, podczas gdy drugie 6 zachorowały, a 5 z nich padły. Po dalszych trzech miesiącach i resztę żyjących jeszcze zwierząt zabito i wykonano sekcyę; zwierzęta, karmione plwociną gruźliczą, nie okazywały ani śladu gruźlicy, tylko tu i owdzie znaleziono drobne guzki w karkowych gruczołach chłonnych, a w jednym przypadku kilka guziczków w płucach. Z podobnym wynikiem przeprowadzono doświadczenia na osłach, owcach i gęsiach. Te spostrzeżenia dowodzą, zdaniem Kocha, że gruźlica ludzka nie jest identyczną z gruźlicą bydła, powtóre, że gruźlica człowieka nie da się przenieść na zwierzęta. Byłoby wskazanem, aby inni badacze przeprowadzili podobne doświadczenia.

Co się tyczy drugiego zagadnienia, czy prątek gruźlicy bydlęcej da się przenieść na człowieka, to wprawdzie nie można doświadczalnie na to odpowiedzieć, jednak można drogą pośrednią dojść do niejakich wniosków. Mleko i masło wielkomiejskie zawiera, jak wiadomo, spore ilości prątków gruźliczych, z czego wynikałoby, że ludzie, spożywający te pokarmy, powinni umierać na pierwotną gruźlicę przewodu pokarmowego. Tymczasem rozmaite dane statystyczne wykazują, że pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego jest nader rzadka, nieliczne zaś stwierdzone przypadki mogą także być następstwem zakażenia prątkami gruźlicy ludzkiej, które z plwociną lub w inny sposób dostały się do przewodu pokarmowego. Jakkolwiek więc to ważne zagadnienie, — czy człowiek może się zarazić prątkami gruźlicy bydlęcej, — nie jest jeszcze rozstrzygnięte, a ostatnie słowo w tym względzie nie da się na razie powiedzieć, to niemniej

już dzisiaj można (zdaniem Kocha) twierdzić, że jeśli wogóle taka skłonność istnieje, zakażenie człowieka jest wypadkiem nadzwyczaj rzadkim. Zdaniem autora, znaczenie mleka i sporządzonego zeń masła, jakoteż mięsa gruźliczych bydląt nie stoi wyżej od obecnych pojęć o dziedziczności suchót, i dlatego nie jest wskazanem, by w tym kierunku chwytać się jakichś nadzwyczajnych środków ochronnych.

Że zaś głównem źródłem zakażenia jest plwocina suchotników, dlatego w tym kierunku należy stósować wszystkie środki ostrożności: sam suchotnik ma baczną zwracać uwagę, by natychmiast niszczył swą plwocinę. O ile ten przepis łatwo można wprowadzić w życie w sferach zamożniejszych, o tyle trudno go w czyn zamienić między ludnością uboższą, żyjącą wśród nieodpowiednich warunków. Główny nacisk kładzie Koch na: *a*) higienę mieszkań, *b*) obowiązek uwiadamiania dotyczącej władzy o każdym przypadku gruźlicy, przedstawiającym niebezpieczeństwo dla otoczenia, *c*) odkażenie mieszkania, w którem umarł suchotnik; uzdrowiskom (domom zdrowia) w zasadzie się nie sprzeciwia, przestrzega jednak przed zbytnim optymizmem. W ożywionej dyskusyi sprzeciwia się Lister zdaniu, jakoby gruźlica bydła rogatego nie mogła przenosić się na człowieka. Co się zaś tyczy gruźlicy przewodu pokarmowego, to ona istotnie rzadko się pojawia, ale tem częściej w gruczołach jamy brzusznej (*tabes mesaraica*). Nocard skłania się do zdania Listera z dodatkiem, że tak u ludzi, jak i u bydła prątek chorobotwórczy jest tensam, ale w innej odmianie. (Dokończenie nastąpi).

VI. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Ciąg dalszy).

17. Prof. Wehr (Lwów): **O podwiązywaniu tętnic wieńcowych serca.** Od dłuższego czasu zajmując się chirurgią serca, starał się W. w ostatnich czasach rozstrzygnąć pytanie, jaki ma wpływ podwiązanie tętnic wieńcowych na mięsień sercowy. Sprawa ta ma zresztą i praktyczne znaczenie w chirurgii od czasu ogłoszenia odpowiedniego przypadku przez Pagenstechera. A przedewszystkiem wysuwa się na plan pierwszy pytanie, czy tętnice wieńcowe są naczyniami końcowemi (Baumgarten), czy też łączą się między sobą (Michaelis). Ze stanowiska anatomicznego kwestyę tę rozpatruje Burzyński, sporządzając preparaty korrozyjne z serca ludzkiego. Badania te, będące jeszcze w toku, przemawiają obecnie za tem, że większych połączeń tętniczych niema. Doświadczenia fizyologiczne W. wykazują, że po podwiązaniu tętnicy wieńcowej psy żyć mogą dłuższy czas, do trzech tygodni i dłużej. Wyniki te pozostają w sprzeczności z badaniami innych autorów, które wykazały, że psy po podwiązaniu tętnicy wieńcowej ginęły zawsze w kilka minut. W. sądzi, że przyczyną tych różnych wyników jest różna technika operacyjna. Tamci autorowie operując robili tracheotomię, zarządzali sztuczne oddechanie, nie starali się zapobiedz odmie piersiowej i t. d., tak że w rzeczywistości śmierć następowała skutkiem tych powikłań. Natomiast W. używa stale do odsłonięcia serca swego sposobu (opisanego w *Archiwie Langenbecka*, T. 59, Z. 4) i unika wszelkich ubocznych uszkodzeń. Dalsze badania w toku. (Według własnego streszczenia).

18. Slęk (Lwów): **O leczeniu operacyjnem choroby Glenarda.** Leczenie operacyjne tego cierpienia datuje się od czasu, kiedy Duret wykonał pierwsze przyszycie żołądka (*gastropexia*). Po nim podobne operacye wykonali Baer, Rowsing, Hartmann i inni. W klinice lwowskiej operowano 2 chore, bardzo charlacze, z powodu choroby Glenarda. Wykonano przyszycie żołądka (*gastropexia*), tworząc z sieci mniejszej zdwojenie i przyszywając ją do trzustki; u jednej chorej prócz tego przyszyto macicę (*ventrofixatio*) i wątrobę. Tę ostatnią ustalił Rydygier w sposób następujący: cięcie poprowadził równolegle do łuku żebrowego prawego, długości około 10 ctm. i tędy otworzył jamę brzuszną. Następnie oddzielił otrzewnę ścienną, utworzył torbę, w którą wsunął prawy płat wątroby, przyszywając szwem katgutowym ciągłym do jej górnej powierzchni górny listek otrzewnej, do dolnej — dolny. Nadto więzadło okrągłe z okolicy pępka wszył w górny kąt rany brzusznej w linii środkowej. Po trzech miesiącach stwierdzono, że obie chore czuły się zupełnie dobrze. Przypadki te zachęcają do podejmowania zabiegów operacyjnych w chorobie Glenarda częściej, zwłaszcza gdy wystąpią objawy charłactwa.

19. Prof. Kader (Kraków): **Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych.** Przy wycinaniu wątroby jest szczególnie trudno opanować krwotok. K. ze wszystkich sposobów, zalecanych do opanowania krwotoku od dłuższego czasu, używa wyłącznie sposobu Kuzniecow-Penskiego. Sposób ten polega na systematycznem podwiązywaniu naczyń, przebiegających w torebce Glissona, przy pomocy tępych igieł, którym K. nadał kształt igieł Deschampsa. Sposób ten wypróbował K. w 4 przypadkach i na podstawie tych spostrzeżeń zaleca, aby po częściowem wycięciu wątroby jamy brzusznej nie zaszywać, lecz przestrzegając pilnie zasad antyseptyki pozostawić ją otwartą, dokładnie tamponując. Powtóre radzi K. do podwiązywania używać wyłącznie grubego katgutu, a unikać podwiązek jedwabnych, które podtrzymują ropienie.

20. Oderfeld (Warszawa): **Z chirurgii wątroby i dróg żółciowych.** O. opisuje 2 przypadki chorób pęcherzyka żółciowego (w I kamienie, w II otok ropny), oba powikłane ogromnym przerostem prawego płatu wątroby, który w zupełności pokrywał pęcherzyk żółciowy. W I przypadku poradził O. sobie w ten sposób, że przy pomocy prostych, tępych igieł angielskich i jedwabiu podwiązał i odciął część płatu prawego, odsłonił pęcherzyk żółciowy, przeciął go, wydobył kamyki, całą ranę wytamponował i w końcu osiągnął całkowite wyleczenie. W II przypadku pod wątrobą, sięgającą aż do spojenia łonowego, odkrył zapomocą nakłucia ognisko ropne. Wszył przeto powierzchnię wątroby w ranę powłok brzusznych, a po 48 godziach Pacquelinem przepalił miąższ wątrobowy na przestrzeni 20 ctm. i w ten sposób utorował sobie drogę do ropnia, czyli wykonał *cholecystotomiam transhepaticam*.

21. Doc. Bossowski (Kraków): **O pierwotnych mięsakach wątroby.** Rozpoznanie tego cierpienia napotyka na trudności nietylko przed, ale i podczas operacyi. Przykładem tego dwa własne przypadki: I) U 3-letniego dziecka stwierdził B. powiększenie wątroby, nierówny guz i żółtaczkę. Otworzył jamę brzuszną i teraz dopiero rozpoznał pierwotnego mięsaka wątroby. Po pewnym czasie dziecko zmarło, a badanie drobnowidowe guza potwierdziło rozpoznanie. — II) U jedenastoletniego chłopaka w dwa miesiące po przebyciu duru brzusznego wystąpiły bóle w okolicy wątroby. Badanie wykazało: odżywienie bardzo podupadłe, gorączka o typie przepuszczającym, wątroba znacznie powiększona, a w niej guz chełboczący. Żółtaczki niema, stolec gliniasty, we krwi leukocytoza. B. otworzył jamę brzuszną, ropnie pootwierał Pacquelinem bez znacznego krwotoku. Po operacyi dziecko miało się nieźle, wnet jednak gorączka powróciła. Badanie ropy wykazało w niej gronkowce, a badanie drobnowidowe kawałeczka wątroby, wyciętego podczas operacyi, wykazało *sarcoma alveolare*.

22. Jasiński (Lwów): **O wycinaniu śledziony.** J. przedstawia chorego z kliniki chirurgicznej lwowskiej, u którego prof. Rydygier wyciął śledzionę. Śledziona olbrzymio powiększona sprawiała choremu rozliczne przykre dolegliwości. Wywiady i dokładne badanie kliniczne wskazywały, że to powiększenie śledziony odnieść należy do zakażenia zimniczego, nabytego jeszcze w dzieciństwie. Operacya była bardzo trudną z powodu rozległych zrostów śledziony z otoczeniem. Wycięta śledziona ważyła 2650 gr., a torebka wykazywała wyraźne ślady *perisplenitis fibrosocartilaginosa*. Na przekroju dwa ogniska martwicze. Prawdopodobnie szybsze powiększanie się śledziony w ostatnich czasach, zmiany torebki i ogniska martwicze były skutkiem zatorów. Badanie krwi przed operacyą wykazało mierną leukocytozę (22,000 c. b., a z tego 9% ciałek eozynochłonnych). Po operacyi w pierwszych kilku dniach tak ciałka czerwone, jak i ciałka białe (48.000) w zwiększonej ilości; z biegiem czasu powoli się to wyrównywało, tak że w 6 tygodni ilość ciałek czerw. 3.500,000, a ciałek białych 23,000. (Wykład będzie w całości drukiem ogłoszony).

23. A. Klęsk (Kraków): **O wycinaniu śledziony.** Opisawszy przypadek wycięcia śledziony, operowany w klinice krakowskiej, a zakończony niepomyślnie, omawia K. krótko historyę, wskazania, rokowania i technikę operacyi, dołączając kilka uwag o czynności śledziony. (Wykład w całości wyjdzie w *Przeglądzie lek.*).

Dyskusya:

Kader podnosi trudności rozpoznawcze w przypadku, opisanym przez Klęska. W czasie operacyi wątroba była wielkości normalnej, a płynu wolnego w jamie brzusznej wcale nie było. — Rydygier przytacza dwa własne przypadki wycięcia śledziony w białaczce. Oba przypadki zakończyły się śmiercią z powodu skrwawienia i to z rany w powłokach brzusznych. (C. d. n.)

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

23. A. Hála (Praga). **O tożsamości koryne-bakteryj.** W grupie *bac. diphteriae* większa część autorów odróżnia na podstawie różnic w hodowlach i w patogenezie trzy rodzaje: *bac. diphteriae* (Klebs-Loffler), *b. pseudodipht.* (Hoffmann-Loeffler) i *b. xeroseos* (Kuschbert-Neisser-Leber). Lecz w życiu praktycznem spotykamy się nieraz z takiemi trudnościami w oznaczaniu tych odmian, iż zachodzi wątpliwość co do wartości tego podziału wogóle. Na podstawie dwuletnich badań swoich dochodzi H. do przekonania, iż żadna z przytoczonych odmian niema tylu i tak wybitnych cech swoistych, ile wymagamy dla określenia innych rodzajów; przeciwnie: istnieją między niemi przejścia w najróżniejszych kierunkach. Wyróżnianie na podstawie jadowitości niema podstawy, bo wiadomo, że zdarzają się typowe prątki błonicy, zupełnie niejadowite, a z drugiej strony zapomocą *b. pseudodiphteriae* i *bac. xeroseos* powiodło się autorowi wywołać ropnie w spojówce i na uszach królików. Wynik taki otrzymywał nawet wtedy, jeżeli prątki niebłonicze zabijał przed wstrzyknięciem. W siedmiu doświadczeniach, w których kusił się H. o tensam wynik zapomocą zabitych hodowli prątka błonicy, wynik był ujemny. Nowy sposób barwienia według Neissera również nie przyczynia się do wyróżnienia *bac. diphteriae* od reszty podobnych. Co do zapatrywania Marxa i Withego, iż ziarenka Ernst-Babesa, wykazywane właśnie zapomocą sposobu Neissera, stoją w związku z jadowitością prątków, sądzi autor, że twierdzenie to jest nieuzasadnione. Wobec tego więc, że brak podstawy do dokładnego odróżnienia przytoczonych 3 postaci mikrobów, najlepiej będzie zaliczyć je poprostu do jednej wspólnej gromady, oznaczonej według Lehmanna-Neumanna nazwą »*corynebacterium*«.

24. Docent V. Slavik (Praga). **O tłuszczowosku.** Tłuszczowosk, opisany w roku 1786—7 przez Foucroya i Thoureta, wytwarza się tylko w otoczeniu wilgotnem, i to nietylko z tłuszczu, ale i z mięśni i narządów wewnętrznych, więc i z białka; za tem przemawia przemiana mózgu, serca, płuc, wątroby w tłuszczowosk, jak wykazano zapomocą doświadczeń w praskim zakładzie medycyny sądowej. Pierwsze ślady występują po dwóch mies. w tłuszczu policzków, następnie w reszcie tkanki łącznej podskórnej, później dopiero w częściach głębszych, aż w ciągu 2—3 lat całe ciało może przemienić się w tłuszczowosk. Zależy to od czystości wody, od jej chemicznego składu, od ruchu jej, a głównie od jakości ciała. Jeżeli przez ten czas ciało nie uległo urazom mechanicznym, pozostaje nienaruszone tak, iż można rozpoznać ślady zranienia lub niektóre zmiany chorobowe po długim czasie (nawet po ośmiu latach). Jeżeli woda zawiera dużo soli wapniowych i jeżeli nastąpiło później wyschnięcie, całe ciało wydaje się sztywnem, co nieraz mylnie tłómaczono. Drobnowidowo prawie zawsze można rozpoznać tkankę przemienioną w tłuszczowosk.

25. F. Votruba (Praga). **O widzeniu połowiczem.** Dwa przypadki widzenia połowiczego *(hemianopsia)* z kliniki prof. Maixnera: I. Mężczyzna 62-letni z miażdżycą tętnic okazywał następujące objawy: Prawostronna *hemianopsia homonyma absoluta* z współśrodkowem ścieśnieniem pola widzenia w połowach zachowanych, objaw Wernickego, zanik tarcz wzrokowych, połowiczy niedowład i połowicze osłabienie czucia po prawej stronie, również jak i upośledzenie słuchu, węchu i smaku po stronie prawej. Po dłuższem leczeniu (jodek potasu) ustąpiły wszystkie objawy z wyjątkiem widzenia połowiczego. Na podstawie dokładnego badania tego przypadku wnosi V., że prawdopodobnie przyczyną objawów było ognisko ograniczone (kiłowe) w tylnej trzeciej części torebki wewnętrznej w półkuli lewej. II. Mężczyzna 26-letni: Po stronie prawej *hemianopsia homonyma absoluta et totalis, scotomata symetrica* w zachowanych połowach pola widzenia, *hemiparesis spastica* i *hyperaesthesia dextra,* dalej tętniakowate rozszerzenie niektórych tętnic głowy i „fremissement“ wraz z głośnym szmerem, szczególnie za uchem lewem. Choroba rozwijała się powoli w następstwie urazu lewego ucha w 12-tym roku życia. Trzy lata temu stwierdzono po obu stronach tarczę zastoinową, po której obecnie widać tylko ślady. Stan ten obecnie się nie zmienia. V. sądzi, że chodzi tu o rzadki przypadek tętniakowatego rozszerzenia tętnic na podstawie czaszki, które uciskają lewe pasmo wzrokowe zupełnie, prawe zaś tylko w części.

26. Prof. M. Pešina (Praga). **O wyniku leczenia błonicy zapomocą surowicy w Czechach.** Opierając się na danych z praktyki lekarzy z prowincyi, następnie na materyale czeskiej i niemieckiej kliniki dla dzieci, na zestawieniach praskiego urzędu zdrowia, a głównie na sprawozdaniu urzędowem, dotyczącem stosunków zdrowotnych w król. czeskiem, porównuje autor liczbę chorych i śmiertelność w czasach leczenia surowicą z odpowiedniemi liczbami z okresu przedsurowiczego. Wynikiem tych badań jest, że śmiertelność z błonicy spadła w czasach leczenia surowicą (1893 do 1900) do połowy dawniejszej liczby. W przeciągu tych sześciu lat uratowano przez leczenie surowicą 3893 ludzi, jeżeli oczywiście przypuścimy, że bez leczenia surowicą śmiertelność dorównywałaby dawniejszej. Przeciętnie jednak umiera dotąd w Czechach 18% chorych na błonicę, co należy tłómaczyć tem, że w Czechach wciąż jeszcze prawie w połowie przypadków błonicy surowicy się nie stosuje.

27. Semerád (Praga). **Kilka dat o błonicy, szczególnie o jej leczeniu na oddz. wewn. I. rad. dw. prof. Eiselta.** Statystyka Semerada dotyczy 89 przypadków błonicy, leczonych w latach 1894—1901. Choć niewielka to liczba, jednak bliższe jej badanie jest zajmujące, gdyż przypadki te tyczyły się przeważnie osób starszych (20—40 lat). Surowicę wstrzykiwano w 53 przyp.; z tych zmarło 2; bez surowicy leczono 36 chorych, umarło 6; (w ostatnich czasach stosuje się surowicę w każdym przypadku). Oprócz surowicy we wszystkich przypadkach stosowano leczenie miejscowe (sozojodol). Jako powikłanie spostrzeżono 11 razy białkomocz, i to w równym stosunku w przypadkach leczonych surowicą, jak i w nieleczonych. W czterech przypadkach sprawa schodziła głębiej do dróg oddechowych, z tych umarło trzech chorych, (między nimi jeden 56-letni), i to dwóch nawet pomimo surowicy i tracheotomii. Czwarty (chłopiec 6-letni), któremu wstrzyknięto zaraz pierwszego dnia dwie flaszeczki surowicy Bujwida, i u którego pod wieczór tegosamego dnia dokonano tracheotomii, wyzdrowiał. Dwa razy w następstwie wstrzykiwań surowicy (pomimo ścisłej aseptyki) pojawił się rozległy rumień, później naciek zapalny od miejsca wstrzyknięcia aż do najbliższych gruczołów wśród ciężkich objawów ogólnych (gorączka). W końcu przypomina S. z naciskiem, aby zawsze zwracać uwagę na jakość surowicy i nie używać flaszeczek nieraz aż przed dwu laty napełnianych.

28. Docent A. Heveroch (Praga). **Hemiatrophia cerebri.** Przedstawienie i objaśnienie preparatów kolejnych (Serienschnitte) mózgu z dwóch przypadków wrodzonego porażenia jednostronnego (*morb. Little, typus hemiplegicus*). Oba mózgi okazują zanik jednej półkuli. Zwoje miejsc tych są nader zwężone, ich składniki nerwowe zanikłe, nerwoglej pomnożony, o wyraźnych jądrach, zawiera torbiele rozmaitych rozmiarów na granicy kory i istoty białej. Zanikowi półkuli mózgu odpowiada zmniejszenie półkuli móżdżku po stronie przeciwległej z ubytkiem komórek Purkyněgo i warstwy ziarnistej. W zanikłej półkuli mózgu widać rozszerzone komory, zmniejszenie ilości lub zupełny brak włókien w *centrum semiovale;* sklepienie zaledwie zaznaczone; torebka wewnętrzna posiada tylko $^1/_6$ grubości prawidłowej; wielkie spoidło przedstawia się jako cieniutka płytka; zwoje podstawowe zniekształcone, zwężone; jądra migdałowatego brak, również pęczka podłużnego dolnego. Ciało sutkowate *(corp. mammillare)* zanikłe, wiązka Vicq d'Azyra zwyrodniała, jądro czerwone zmniejszone, taksamo i ciało kolankowate wewnętrzne, zewnętrzne zaś prawidłowe. Zmniejszeniu uległy dalej ramię móżdżkowe po stronie przeciwnej, ramię mostowe móżdżku i ciało powrózkowate. W jednym z przypadków szlak piramidalny jest zwyrodniały, w drugim zaś nie.

29. Prof. K. Chodounský (Praga). **W sprawie farmakoterapii.** W leczeniu wolno stósować tylko te środki, które w dozwolonych dawkach i w przypadkach odpowiednich nie działają niebezpiecznie. Z tego wynika: 1. Tych środków, chociaż pewnie działających, które nawet w dawkach, niedosięgających najwyższej dozwolonej i w przypadkach nadających się mogą wywołać zatrucie lub nawet śmierć, nie powinno się używać, zwłaszcza, jeżeli można je zastąpić przez inne, równie skuteczne środki. Tu należy zastanowić się nad chloralhydratem, kalomelem, chlorkiem żelaza rozpuszczonym, które często już były powodem zatruć. 2. Również powinno się unikać środków, których skutek jest wątpliwy lub wprost żaden, które jednak mogą być powodem poważnych objawów zatrucia, i to nawet w dawkach ogólnie używanych. (Octan ołowiu, *bismuthum subnitric.* i *salicylicum*, krople wawrzynowiśniowe). Wszystkie te środki można łatwo zastąpić przez połączenia, godniejsze zaufania. Z drugiej strony istnieją substancye, które czasami działają niewątpliwie ujemnie, których jednak na razie usunąć niepodobna (uśpienie chloroformowe lub eterowe). (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 1 sierpnia.

— W Towarzystwie lekarskiem kaliskiem wybrano prezesem kol. Drozdowskiego, wiceprezesem Wilczewskiego, sekretarzem Kasprzaka.

— W czasie tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich zawiązać się ma niemieckie Towarzystwo ortopedyczne.

— W Paryżu ma powstać Muzeum historyi medycyny.

— Amerykański milioner Rockefeller przeznaczył 300.000 dolarów na zakład poświęcony badaniom chorób dzieci.

— Wycieczka naukowa do uzdrowisk nad morzem północnem odbyć się ma po tegorocznym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich (w Hamburgu 22—28 września).

— W Frankfurcie n. M. ma się 5 do 21 października b. r. odbyć wystawa przyrządów, chroniących od wypadków (w fabrykach i t. d.), przyrządów i zakładów ratunkowych i t. p.

— W stanie Michigan w Ameryce nie wolno żenić się obłąkanym i dotkniętym chorobami wenerycznemi. Przekroczenie zakazu karzą pieniężnie (500—1000 dol.) lub więzieniem (do 5 lat).

— Znany klinik, b. minister oświaty Prof. Gwido Bacceli został ministrem... rolnictwa.

— Warszawska Kasa pożyczkowa lekarzy po $1^1/_2$ rocznem istnieniu posiada w listach zastawnych 8500 rb., na rachunku przekazowym 979 rb., w depozytach 600 rb., na pożyczkach okrągło 1100 rb. (»Kronika lek.« 14).

Bibliografia.

Brühl: **Atlas und Grundriss der Ohrenheikunde.** *Wydany z udziałem prof. Politzera. (J. F. Lehmann. Monachium.* 39 tablic z 244 rys.). Główną i cenniejszą część dzieła stanowi atlas. Szereg obrazów kolorowanych, zdjętych z preparatów anatomicznych obu autorów i z natury, obejmuje nietylko prawidłowe anatomiczne stosunki narządu słuchowego, lecz także sprawy chorobowe, obrazy drobnowidowe, a nawet technikę operacyjną. Wszystkie obrazy wykonane są starannie i dokładnością ułatwiają wyśmienicie zarówno studyum stosunków anatomicznych ucha, jak i klinicznych obrazów błony bębenkowej. Druga część podręcznika poświęcona jest ogólnej otyatryi a mianowicie: anatomii, histologii, historyi rozwoju, fizyologii, sposobom badania, etyologii, symptomatologii i leczeniu. W części anatomicznej znajdujemy także opis kości skroniowej ze szczególnem uwzględnieniem praktycznie tj. pod względem zabiegów operacyjnych ważniejszych stron; rozdział ten jest istotnie anatomią chirurgiczną i to szczegółowszą, niż w niejednym większym podręczniku. Niezależnie od atlasu znajdują się w tekscie części drugiej rysunki z natury i schematyczne, przedstawiające stosunki anatomiczne, fizyologiczne, technikę badania i leczenia i różne narzędzia. W trzeciej części następuje opis szczegółowej patologii i terapii, przy czem uwzględniono najnowsze zdobycze nauki jak np. zadanie rozpoznawcze i lecznicze nakłócia lędźwiowego w otyatryi, znaczenie objawu Kerniga w zapaleniu opon i t. p. Stwardnienie *(Sclerosis)* ucha środ. opisuje autor w dwóch postaciach: nieżyt przewlekły, (właściwiej suchy) ze zmianami błony bębenkowej; powtóre jako pierwotny zrost strzemiączka (Stapes-ankylose); natomiast nieżytu przewlekłego surowiczego autor nie uwzględnia wcale jako osobnej postaci chorobowej.

Bardzo pouczające są podane tu i ówdzie wskazówki dla rozpoznania różniczkowego, np. między różnemi powikłaniami śródczaszkowemi, między cierpieniem błędnika, a zajęciem ośrodka słuchowego w mózgu itd. Szkoda, że podobnych uwag nie znajdujemy także w innych miejscach, gdzieby były naszem zdaniem stosowne, jak np. co do odróżnienia gruźliczego zapalenia opon od zwykłego, krwiaka małżowiny od zapalenia ochrzęstnej, zapalenia błony bębenkowej a jamy bębenkowej i t. p., przez co dzieło zyskałoby na wartości. Nie możemy się także zgodzić z autorem co do niektórych szczegółów leczniczych, naprzykład gdy poleca w ostrym nieżycie ucha zabieg Politzera, albo aspirowanie lejkiem Siegla zaraz po nacięciu błony bębenkowej, albo wstrzyknięcie wazeliny w ostrem zapaleniu, gdyż wypadałoby raczej ostrzegać przed zbytecznem, często szkodliwem, a nadużywanem wykonywaniem tych zabiegów. Niektóre twierdzenia zdumiewają swojem apodyktycznem brzmieniem n. p. »Eine Besserung des Gehörs durch Übung wird nicht erreicht«, co z pewnością nie jest słusznem, a co najmniej może dać powód do nieporozumienia.

Z uznaniem jednak podnieść należy, że autor zdołał w ciasne ramy ująć tak obfity materyał otyatryczny, nie opuszczając nic ważniejszego. Całe dziełko ma głównie wartość pedagogiczną, jest cennym nabytkiem dla lekarza praktycznego, któremu ułatwia znakomicie nabycie nieodzownych wiadomości w tej dziedzinie. Zewnętrzna postać dziełka stoi na równi z innymi tomami »Medizinische Handatlanten«, posiadającymi już pod tym względem zupełnie zasłużone uznanie.

Spira.

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Gothard: Nowotwór stopy, niezwykle przebiegający.

— *Kronika lekarska* Zesz. 14: Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d).

— *Krytyka lekarska* Nr. 8. A. L. Znużenie i wypoczynek (dok.).

— *Postęp okulistyczny*, lipiec: Brudzewski: Guzy leukaemiczne pozagałkowe.

— *Časopis lekarů českých* Nr. 31.: Elgart: Význam myalgii u akutních chorob infekčních. Sitta: Příspěvek ku histopathologii systému nervového. »Beri-beri«. — Nr. 32.: Kose: O množství železa v krvi při různých anaemiích. — Wobr: Několik poznámek z praxe o účinku aspirinu.

— *La Presse médicale* Nr. 61: Roger i Weill: Różyczki ospowe. Martinet: *Strophantus.* Nr. 62: Marinesco: Badania nad zmianami komórek w zwojach międzykręgowych w wiądzie rdzenia. Desfosses: Wstrzykiwania podskórne.

— *Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 32: Türk: Oboczne krążenie tętnicze wskutek niedrożności tętnic, odchodzących z łuku tętnicy głównej. Wagner: Orzeczenie Wydziału lek. wiedeńskiego. Halle: Przyczynek do nauki o *xeroderma pigmentosum.*

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Meyer: Zaburzenia umysłowe w połogu. Thiemich: O mimowolnem moczeniu u dzieci. Dührssen: W sprawie pierwszeństwa w ogłoszeniu cięcia cesarskiego przez pochwę. Martius: Dziedziczność w patologii. Virchow: O gruźlicy u ludzi i bydła.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 32. Buchner i Geret: O krystalicznym wytworze uodpornienia. Wilms: W sprawie skaleczenia naczyń w nasadzie krezki. Grünfeld: W sprawie mnogości pierwotnych guzów złośliwych. Beck: O leczeniu mięsaków promieniami Roentgena. Krug: Przyczynek do sprawy opróżniania dróg żółciowych sposobem Rosego. Haenel: O leczeniu ran. Flade: O zastósowaniu zgłębnika żołądkowego przy wrzodzie okrągłym. Vidal: Leczenie niemoty ruchowej po zaburzeniach mózgowych. Fischer: Dwa przypadki zgorzeli karbolowej.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 32. Römer: Obecny stan nauki o odporności. Rosemann: O wpływie wyskoku na wydzielanie kwasu moczowego. Mühsam: Przyczynek do rozróżniania zapalenia wyrostka robaczkowego od duru. Stadelmann: Dwa przypadki akromegalii. Benda: Zmiany drobnowidowe w czterech przypadkach akromegalii. Steinhausen: O fizyologicznem i klinicznem znaczeniu granicy, do której sięga unoszenie ramienia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Rok XL. Kraków, 24 Sierpnia 1901. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

Wyrostek robaczkowy, narząd szczątkowy, nie posiadający znaczenia fizyologicznego w gospodarce ustroju i ulegający sprawie wstecznej, prawie że z dniem urodzenia się dziecka stać się może przyczyną choroby groźnej a nawet zabójczej z chwilą, w której ulegnie zapaleniu. Narząd ten mszcząc się jakby za podrzędną, czy nijaką rolę, wyznaczoną mu przez przyrodę, bywa punktem wyjścia schorzeń wielorakich, wobec których lekarz, choćby zasobny w wiedzę teoretyczną i praktyczną, staje nierzadko niepewny. Dopiero od paru dziesiątek lat dzięki licznym i wcześnie wykonywanym operacyom, a zatem dzięki chirurgom, owe zawikłane sprawy chorobowe, mianowane dawniej zapaleniem kątnicy i okołokątniczem (*typhlitis, peri- para-typhlitis, phlegmone iliaca etc.*), stały się dla nas zrozumiałemi. Poznaliśmy wreszcie, że w przeważnej liczbie przypadków wszystkie te sprawy chorobowe początek swój biorą z wyrostka robaczkowego. Jednakowoż i dziś jeszcze nie możemy twierdzić z całą stanowczością, że we wszystkich tych przypadkach bez wyjątku cierpienie rozpoczyna się jako *scolecoiditis* (przyjmuję bowiem za Nothnaglem to wyrażenie, jako stanowczo poprawniejsze od utartego *appendicitis*). Różni bowiem i najnowsi autorowie twierdzą, że są przypadki zapalenia samej tylko kątnicy.

Dodaję tu jednak, że trudno mi pojąć, dlaczegoby jelito ślepe, tak samo zbudowane, jak i reszta jelita grubego, miało ulegać łatwiej temu, dokładnie określić się dającemu rodzajowi zapalenia. Z drugiej natomiast strony przyznać należy, że gruźlica i promienica często w kątnicy się usadawiają i że w początkowych okresach cierpienia trudno ustalić rozpoznanie i można je mylnie brać za *scolecoiditis*. Wreszcie pamiętać i o tem należy, że rozmaite ciała obce, połknięte, (ości, szpilki, igły etc.) łatwo mogą ugrzęznąć w kątnicy, przedziurawić jej ściany i wywołać ropień okołokątniczy, a więc obraz chorobowy, bardzo zbliżony do *periscolecoiditis suppurativa saccata*, a jednak od niej różny.

Nowoczesny okres pojmowania i leczenia zapalenia wyrostka robacz. rozpoczyna się około roku 1856, kiedyto Lewis w Ameryce zalecił wczesne nacinanie ropni okołokątniczych. Sprawą tą następnie gorąco zajęli się Pasker i Gauley z New-Yorku. Z Ameryki nowość ta przeniosła się najpierw do Anglii, a stąd potem, ale bardzo powoli, wieść o wczesnem wkraczaniu chirurga w leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego rozszerza się po całej Europie. Szczyt zajęcia się tą sprawą przypada już na nasze i to niedawne czasy i zaznacza się nazwiskami takiemi, jak: Dieulafoy, Jalaguier, Roux, Poirier, Talamon, A. C. Bernays, Beck, Kümmel, Sonnenburg itd. Prócz tego przytoczyćby można całe spisy nazwisk lekarzy, w tym lub w owym kierunku zasłużonych około wyświetlenia pewnych wątpliwości. W rozpowszechnieniu tych pojęć nowoczesnych o zapaleniu wyrostka robaczkowego u nas, zdają się mieć, co najmniej główną zasługę nasze zjazdy chirurgiczne. Na wstępie bowiem pierwszej pracy, jaka się u nas już w tym nowym okresie pojawiła w r. 1895, pisze Doc. J. Ziemacki[1]) z Charkowa: „W dniu 26 lipca roku zeszłego (tj. 1894) przy zamknięciu posiedzeń sekcyi chirurgicznej VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podał Prof. Rydygier za temat do obrad na VIII Zjeździe chirurgów polskich kwestyę chirurgicznego leczenia *paratyphlitis i peritonitis perforativa*. Sprawa ta bardzo na dobie etc.". Wezwanie to nie pozostało bez odpowiedzi, gdyż rzeczywiście na VIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie wygłosił Rutkowski wykład p. t.: „Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym Prof. Obalińskiego". Dyskusya, jaka nad wykładem tym się rozwinęła, ujawniła przewidywaną zresztą różność zdań i poglądów. Zabierali głos Rydygier, Ziembicki, Bossowski, Kryński, Surzycki, Klecki i Drobnik i nie było choćby dwóch zdań, któreby się godziły czy to w sprawie podziału klinicznego różnych postaci tej choroby, czy też wskazań do zabiegów operacyjnych. W roku następnym (1897) pojawia się praca z oddziału Prof. Pareńskiego[2]), występująca, i słusznie, przeciw bezkrytycznemu oddawaniu chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego leczeniu chirurgicznemu. W roku 1898 spotykamy w naszem piśmiennictwie już kilka rozpraw. N. p. Borsuk[3]) opisuje przypadek zapalenia zgorzelinowego wyrostka robaczkowego w przepuklinie pachwinowej prawej. Zupełnie podobne spostrzeżenie ogłosił przedtem jeszcze Ziembicki[4]), znalazłszy zgorzelinowy wyrostek robaczkowy w przepuklinie (rzekomo!) uwięzłej, pomimo że uwięzła pętla kiszki żadnych zmian patologicznych nie przedstawiała. Na jedno z rzadszych następstw zapalenia wyrostka robaczkowego zwrócił uwagę T. Solman[5]), mówiąc o zaciśnieniu jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym, a Schramm w grudniu 1898 na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego omawiał tę sprawę obszerniej na podstawie własnych kilkunastu przypadków. Liczniejsze już prace z r. 1899 świadczą, że sprawa zapaleń wyrostka robaczkowego i ich nowszego leczenia większe budzi u naszych lekarzy zajęcie. Znajdujemy bo-

*) Według wykładu na IX Zjeździe chir. polskich w Krakowie.

[1]) Uwagi o udziale chirurgii w *paratyphlitis, peritonitis perforativa*. (Przegląd lek. r. 1895 Nr 47).

[2]) Dr. E. Stahr. Kilka luźnych uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. d. (Przegląd lekarski 1897 Nr. 16 i 17).

[3]) Zapalenie wyrostka robaczkowego i kiszki ślepej w worku przepukliny. (Pam. Tow. lek. warszaw. 1898 Z. I).

[4]) Zgorzel wyrostka robaczkowego w uwięzniętej przepuklinie. (Przegląd lek. 1894 Nr. 27).

[5]) Pam. Tow. lek. Warsz. 1898 Z. IV.

wiem prócz referatu Rydygiera[6]), przedstawionego IX Zjazdowi chirurgów naszych i dyskusyi w tej sprawie, (w której przemawiają: Wehr, Bārącz, Bogdanik, Bossowski, Schram, Trzebicky, Kryński, Jaworski i Rutkowki), wykład Kleckiego[7]); przypadek Arnsteina i Troczewskiego[8]) p t.: „*Appendicitis. Perforatio appendicis. Peritonitis purulenta diffusa. Laparotomia.* Wyzdrowienie“; demonstracyę Dra Droby[9]) w Tow. lek. krak., dotycząca chorego z przedziurawieniem wyrostka i ogólnem zapaleniem otrzewnej, w którym to przypadku po wycięciu wyrostka i osączkowaniu jamy brzusznej nastąpiło wyzdrowienie. Dalej w tymże roku pisze Grünbaum[10]) „O 35 przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego“, z których 30 operował. Majewski[11]) zwraca uwagę na inne powikłania, mogące towarzyszyć temu cierpieniu. Rutkowski[12]) na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego z dn. $^{17}/_{4}$ 1899 przedstawił znów dwóch chorych, u których usunął wyrostek robaczkowy.

Rok 1900 wyróżnia się korzystnie wyczerpującym wykładem Krajewskiego[13]) w Tow. lek. warszaw., wykładem, opartym na materyale, jak na nasze stosunki wyjątkowo obfitym, gdyż obejmującym ogółem 230 przypadków, z których 125 operowano. Obszerna dyskusya przez parę z rzędu posiedzeń świadczy najlepiej o doniosłości sprawy. Prócz tego mamy z tego roku kilka kazuistycznych spostrzeżeń, jak Stankiewicza[14]) „Przedstawienie niezwykłego okazu wyrostka robaczkowego“, Barącza[15]) „Demonstracya wyrostka robaczkowego“, Rydygiera[16]) „Demonstracya ciekawego wyrostka robaczkowego“, Mieczkowskiego[17]) „O przetoce między pęcherzem a wyrostkiem robaczkowym i t. d.“. Nadto ogłoszono dwie obszerniejsze rozprawki, jedna A. Troczewskiego[18]) „Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego“, druga Br. Malewskiego[19]): „Przypadek śmiertelnych krwotoków kiszkowych w przebiegu zapalenia okołokątniczego“. Przejrzawszy pobieżnie piśmiennictwo nasze z bieżącego roku znalazłem dwie demonstracye w Tow. lek. warszawskiem, jedną Krajewskiego[20]), drugą Szteynera[21]).

Nie brak i nam oczywiście spostrzeżeń kazuistycznych z przed tej najnowszej ery. Nie widzę jednak powodu, dla którego wartoby je tu uwzględnić.

Piśmiennictwo nasze, porównane co do ilości z zagranicznem, jest jakoby kroplą w morzu. G. M. Edebols zestawił np. do r. 1898 przeszło 2500 rozpraw, wyłącznie odnoszących się do zapalenia wyrostka robaczkowego. A wiele ich po r. 1898 ogłoszono! Nasze jednak piśmiennictwo, skromne liczbą, wyczerpuje sprawę dokładnie i wszechstronnie. Prócz wykładów Kleckiego, Rydygiera i Krajewskiego, obejmujących cały przedmiot, mamy wiele spostrzeżeń kazuistycznych, zaokrąglających całość i rzeźbiących szczegóły. A w dodatku ma nasze piśmiennictwo tę zaletę przed obcem, że nie znać w niem tego rzucania się z jednej ostateczności w drugą, lecz odrazu autorowie nasi zajmują stanowisko umiarkowane, na które teraz dopiero powoli przechodzą najbardziej skrajni chirurdzy amerykańscy i francuscy. Do jednomyślności jeszcze jednak bardzo daleko, czego najlepszym dowodem wykłady i dyskusya na ostatniem posiedzeniu 30-tego Zjazdu chirurgów niemieckich, gdzie wygłaszano zdania zasadniczo sobie przeciwne i gdzie znów pojawiła się dążność do jaknajwcześniejszego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Ta okoliczność niechaj usprawiedliwi niniejszy wykład, który wygłaszam nie w chęci prostowania dróg, lecz z zamiarem wywołania dyskusyi; oparta na różnym materyale, najłatwiej jeszcze może ona przyczynić się do wyjaśnienia zagadnień wątpliwych. Nadto spotkała mię życzliwa zachęta ze strony mego Szefa, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, który odstąpiwszy mi materyał ze swej kliniki i praktyki prywatnej, dał tem samem podwaliny dla tej pracy. Za jedno i drugie serdecznie mu dziękuję.

Zdaje mi się, że dotychczasowe badania i spostrzeżenia kliniczne najbardziej przemawiają za tem, że zapalenie wyrostka robaczkowego, to choroba zakaźna (Gołubow, Legueu). Nie uwzględniam wcale zapaleń przewlekłych, gruźliczych lub promieniczych. Ostre zapalenie migdałków to jej pierwowzór. Nawet wielka ilość tkanki limfoidalnej, a zwłaszcza obecność mieszków limfatycznych w błonie podśluzowej wyrostka, anatomicznie przypomina utkanie migdałka. Skutkiem zakażenia bakteryami (paciorkowce, gronkowce) następuje obrzęk błony śluzowej, który zwężając, a nawet zamykając przewód wyrostka robaczkowego, tworzy z niego „cavité close“. W zamkniętej jamie obojętne dotychczas prątki okrężnicze nabierają wybitnych własności chorobotwórczych i wespół z tamtymi rozpoczynają swe szkodliwe działanie. Współudział w etyologii sprawy chorobowej kamyków kałowych i innych ciał obcych, spotykanych przypadkowo i wyjątkowo w samym wyrostku lub w ropie, gromadzącej się w jego otoczeniu po przedziurawieniu ścian, zdaje się być bardzo nieznaczny, w każdym razie nie zasadniczy. Ciała owe odgrywać mogą tylko rolę czynników usposabiających przez to, że drażniąc przewlekle błonę śluzową wyrostka, lub wywołując na niej odleżyny, lub wreszcie ułatwiając przy zadziałaniu urazu powstawanie w niej szczelin i ubytków, sprawiają, że wyrostek staje się miejscem mniejszej odporności. Nadto wcale liczne spostrzeżenia pozwalają nam domyślać się, że zwłaszcza t. z. kamyki kałowe przyspieszają proces przedziurawienia ścian.

Ze wspomnianymi współzawodniczą inne jeszcze czynniki, które możemy brać w rachubę mówiąc o etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. Wszyscy stwierdzamy, że sprawa ta u mężczyzn jest nierównie częstszą, niż u kobiet. Na wytłómaczenie tego zjawiska znaleziono, że gdy u mężczyzn ściany wyrostka odżywia prawie wyłącznie jedna, jedyna tętniczka *(art. appendicularis)* i to końcowa, gdyż gałązki tętnicze, przechodzące na wyrostek z kątnicy, są bardzo drobne, nieliczne i niedostateczne i nie mają połączeń z tętniczką wyrostkową, to u kobiet tenże wyrostek wyposażonym został jeszcze w drugą tętniczkę na wyłączny swój użytek, tj. w tętniczkę, przebiegającą w więzadle między wyrostkiem a jajnikiem. Zatem to lepsze odżywienie ścian wyrostka robaczkowego u kobiet wystarcza, aby sprawy zapalne u nich o wiele rzadziej występowały. Następnie zauważono, że zapalenie wyrostka w niektórych rodzinach pojawia się niejako dziedzicznie. A że nie można samej tej choroby jako ostrej i zakaźnej dziedziczyć, zgodzić się mu-

[6]) O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego. (Przegląd lekar. 1899. Nr. 38).

[7]) O etyologii i patogenezie zapaleń wyrostka robaczkowego (Sprawozdanie Droby z IX Zj chir. polskich. Przegląd lekarski 1899. Nr. 30).

[8]) Czasop. lek łódzkie 1899 Nr. 2 i 4.

[9]) Przegl. lek. 1899 Nr. 17.

[10]) Gazeta lekarska 1899 str 322 i n.

[11]) Zapalenie kątnicy i okołokątnicze, ropnie wątroby, ropień podprzeponowy. (Kronika lek. 1899 str. 1198).

[12]) Przegl. lek. 1899 Nr. 26.

[13]) *Perityphlitis.* (Pam. Tow. lek. Warszaw. 1900 Z. II).

[14]) Pam. Tow. lek. Warszaw. 1900. Pos. $^{2}/_{10}$.

[15]) Tow. lek. lwow. Posiedz z $^{11}/_{5}$ 1900.

[16]) Dziennik IX Zj. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

[17]) Tamże.

[18]) Gazeta lek. 1900 Nr. 27 i n.

[19]) Gazeta lekarska 1900 Nr. 29.

[20]) Posiedz. Tow. lek. Warszaw. z $^{15}/_{1}$ 1901.

[21]) Posiedz. Tow. lek. Warszaw. z $^{26}/_{2}$ 1901.

simy, że dziedziczą się tylko pewne stosunki, czy zmiany anatomiczne, które w danych warunkach usposabiają do tego cierpienia. Te zaś odziedziczone stosunki anatomiczne wyobrazić sobie można albo jako bardzo obficie rozwiniętą tkankę limfoidalną, albo jako niezwykle wązkie światło wyrostka, lub wreszcie jako niebywałą jego długość, lub szczególnie niekorzystne uczepienie się do kiszki ślepej. Boć wiadomo, że wyrostek robaczkowy nie odchodzi stale z jednego i tego samego miejsca kątnicy. W końcu pamiętać należy i o tem, że wyrostek wraz z kiszką ślepą może być przemieszczony w zupełnie niezwykłe miejsce, co też nie będzie rzeczą obojętną. Raz jeszcze chciałbym zwrócić uwagę, że rola ciał obcych w zapaleniu wyrostka zdaje się być przesądem, dziś tak przestarzałym, jak i nazwa „*typhlitis*". Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że dzięki ruchom robaczkowym wszelkie ciała obce zostają z wyrostka wydalone do jelita grubego, co ze względu na obecność dwóch a względnie trzech pokładów włókien mięsnych gładkich w wyrostku robaczkowym u ludzi jest również i u nich możliwem, prawie pewnem. Te same zaś doświadczenia na zwierzętach wykazały, jak ważnem jest w etyologii zapalenia wyrostka zwężenie jego przewodu — Jedne i drugie doświadczenia mają liczne pokrewne w patologii doświadczalnej zapaleń pęcherza moczowego i woreczka żółciowego.

Spowodowane zapaleniem zmiany anatomiczne mogą być bardzo różne. Nie umiemy jednak dokładnie odpowiedzieć, dlaczego raz sprawa ogranicza się do zmian nieżytowych, czemu kiedyindziej powstaje szybko i gwałtownie zgorzel całego wyrostka. Współdziałać tu musi kilka czynników: stopień, siła zakażenia, oraz szczególne jakieś, czysto indywidualne stosunki w budowie anatomicznej wyrostka robaczkowego.

Sprawa zapalna ograniczać się może do zmian nieżytowych samej błony śluzowej, niszcząc tylko jej nabłonek *(endoscolecoiditis catarrhalis)*, lub też powstają powierzchowne ubytki i owrzodzenia, nie sięgające jednak głębiej, niż do błony podśluzowej *(endoscolecoiditis ulcerosa)*. Nierzadko jednak sprawa zapalna sięga głębiej i zajmuje całą grubość ścian wyrostka *(scolecoiditis interstitialis)*. Teraz dopiero zmiany w wspomnianem naczyńku tętniczem rozstrzygają o dalszym przebiegu. Gdy krążenie w tętniczce *(arteria appendicularis)* nie ulegnie zaburzeniu, lub ściślej mówiąc, gdy w głównym pniu lub jego rozgałęzieniach nie potworzą się zakrzepy, zapalenie zakaźne nie przechodzi poza surowiczą osłonkę wyrostka, która tylko ulegając chemicznemu podrażnieniu (jadami) pokrywa się wysiękiem surowiczowłóknikowym, jałowym pod względem bakteryologicznym i sprowadzającym co najwyżej luźne zlepy z sąsiedniemi pętlami jelit. Gdy jednak równocześnie ulegnie zaczopowaniu światło tętniczki wyrostkowej, następują zmiany o wiele wybitniejsze i odpowiednio groźniejsze dla chorego.

Gdy skutkiem zakrzepu w pniu głównym ustaje dowóz krwi tętniczej do całego wyrostka, ulega on w całości zgorzeli (*scolecoiditis gangraenosa)*; gdy ta sama sprawa powstanie w jakiejś gałązce bocznej owej tętniczki, zgorzeli ulegnie tylko odpowiednia część ściany wyrostka i w tem tylko miejscu powstanie otwór (*scolecoiditis perforativa*). Znaczenie bezpośrednie tych dwóch ostatnich zmian dla ustroju będzie różnem, zależnie od tego, czy sprawa zgorzelinowa postępowała gwałtownie, czy też powolnie. Gdyż w pierwszym razie przedziurawiony wyrostek wylewa swą zakaźną w wysokim stopniu treść do jamy brzusznej i zakaża całą otrzewnę, w drugim albo na otrzewnej, poprzednio podrażnionej chemicznemi wytworami bakteryj, potworzyły się zlepy, odgraniczające niejako zapobiegawczo, ochronnie część jamy otrzewnej, oddanej na pastwę zakażeniu, dla ocalenia reszty, — lub też wyrostek przyrasta miejscem zgorzelinowem do otrzewnej ściennej i wylewa swą zawartość zaotrzewnowo,— lub wreszcie przylepia się do któregoś z sąsiednich narządów (pętli jelita, pęcherza, odbytnicy, macicy, pochwy itp.) i za pośrednictwem owego narządu pozbywa się swej zawartości. Tym sposobem wzniecone jakieś ognisko zaotrzewnowe niezawsze pozostaje ograniczonem; — przeciwnie — niekiedy szerzy się, a szerzyć się może we wszystkich kierunkach. Raz więc opuszcza się w dół do miednicy i niespodziewanie okazuje się w okolicy rzyci, niby przetoka odbytu [22]). Kiedyindziej szerzy się w odwrotnym kierunku i raz przedstawia się jako ropień lędźwiowy, to znów jako ropień okołonerkowy lub podprzeponowy. Z pod przepony, przebiwszy ją, ropa przedostaje się do jamy opłucnej, wznieca tu zapalenie opłucnej, przebija płuco i chory odkrztusza ropę cuchnącą i posokowatą, której źródłem zapalenie wyrostka robaczkowego. Wreszcie dziać się może tak, że ropienie pozaotrzewnowe trwa niby w jednem miejscu, lecz powoli zajmuje ścianki żyły biodrowej, lub żyły głównej dolnej, i albo powstaje z naczyń tych gwałtowny krwotok, lub też w świetle naczynia powstaje zakrzep, który ulega zakażeniu, rozpada się, a cząstki zakażone prąd krwi unosi dalej; chory ginie wówczas wśród objawów ropnicy, (która się wtedy czasami nazywa „*pyaemia cryptogenetica*"!) — a sekcya stwierdza ropnie w wątrobie, śledzionie, nerkach i t. d.

W wyjątkowych przypadkach cała sprawa przedziurawienia wyrostka odbywa się niejako podstępnie i chyłkiem. Chory wcale nie wie o tem, że w jego wyrostku robaczkowym toczyła się sprawa zapalna, że wyrostek ten miejscem zgorzelinowem przyrósł do jelita lub pęcherza i tam powstało przedziurawienie, i zgłasza się do nas ze zmianami oddawna już dokonanemi, a zgłasza się, bo mu zawadza guz w brzuchu [23]), albo dokuczają mu przypadłości ze strony pęcherza, lub coś podobnego.

Nieżytowe zapalenie wyrostka może ustąpić, nie pozostawiając po sobie żadnych zmian, a gdy los zdarzy, że człowiek, raz taką postacią tego cierpienia dotknięty, już drugi raz w życiu nie ulegnie zakażeniu, zapomni po jednym napadzie, że wogóle ma wyrostek robaczkowy. Następna postać: zapalenie z owrzodzeniem (*endoscolecoiditis ulcerosa*) niezawsze tak przebiega. Gdy owrzodzenie było małe, może się zabliźnić bez śladu, — stosunki anatomiczne wracają do stanu prawidłowego. Jeżeli jednak wrzód był większy, większa po nim blizna może wywoływać zboczenia w przebiegu i rozmiarach przewodu wyrostka, pozostają trwałe zmiany, tak jak i po zapaleniu śródściennem (*scolecoiditis interstitialis*), które jużto stale podtrzymują stan zapalny, od czasu do czasu wybuchający tylko żywszym płomieniem, lub też na całe życie wytwarzają się takie warunki, wśród których lada sposobność wystarczy, aby dopieroco uspokojony napad ostry na nowo wywołać. Są też w tej postaci śródściennej inne

[22]) Por. spostrz.: XXIV.

[23]) Por. spostrz.: XXX.

źródła, skąd płyną różne dolegliwości dla chorych. Jak w czasie rewolucyi znoszą na barykady wszystko, co kto znajdzie pod ręką, tak i w tej postaci zapalenia wyrostka, gdy zakażenie drobnoustrojami ma spaść tuż — tuż na nieosłoniętą jamę brzuszną, odgradza się ona, czem może. Pętle jelitowe zrastają się nietylko między sobą, ale przyrastają i do ścian miednicy i powłok brzusznych i stąd wynika znaczne upośledzenie ruchów robaczkowych. Lub też do osłony użytą zostaje sieć wielka. Przyrósłszy gdzieś do miednicy, pociąga ona jednak znów żołądek, ściąga poprzecznicę i sprawia tysiące różnych przypadłości, które nie ustępują nawet ... w Karlsbadzie [24]). (Ciąg dalszy nastąpi).

II. O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Podał

Dr. S. Ruff

asystent kliniki chirurgicznej we Lwowie

Wykład na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, dnia 15. lipca 1901. r.

Teorya urazowego pochodzenia nowotworów jest tak stara, jak poszukiwania nad ich etyologią, a może i starsza, gdyż z ust chorych zawsze prawie słyszymy, że pierwszym bodźcem do powstania nowotworów był uraz, mniej lub więcej silny. Ale pomijając wszystkie bałamutne podania dawnych czasów znajdziemy, że w pierwszej połowie ubiegłego wieku Velpeau, a za nim Verneuil, tłómaczyli sobie powstawanie nowotworów, szczególniej zaś raka w ten sposób, że przez zadziałanie urazu powstaje wybroczyna krwi, a ta później — pod wpływem nieznanych bodźców — organizuje się w nowotwór. Nie brak też w tym czasie i prac doświadczalnych. Schröder van der Kolk w r. 1847 [1]) po przecięciu nerwów udowych łamał zwierzęciu udo i spostrzegał nie tworzenie się kostniny, ale bujanie młodej tkanki łącznej, zbliżonej bardzo do utkania mięsaka. Tłómaczy się to w ten sposób, że wskutek przecięcia nerwów usunięty został wpływ regulacyjny systemu nerwowego i odradzanie tkanki nie odbyło się prawidłowym trybem.

Virchow wskazał w r. 1863. wbrew teoryi zarodkowej Cohnheima na związek bodźców zewnętrznych, czy to zapalnych, czy też urazowych z powstawaniem nowotworów, a Waldeyer wyraża się już bardzo stanowczo: „Dass Carcinome nicht selten auf einfach entzündliche Reize, wie Traumen, entstehen, ist bekannt. Auf traumatische Einwirkungen reagirt immer zunächst das Bindegewebe, später, bei der narbigen Schrumpfung, gewöhnlich erst nach 1—2 Jahren, entwickelt sich das Carcinom.“

Billroth uważał uraz za przyczynę tylko przypadkową, a główną wagę przywiązywał do ogólnego usposobienia do nowotworów, Lücke przyjmował istnienie usposobienia miejscowego, bez którego żaden uraz nie może wywołać nowotworu i t. d.

Sprawa budziła zajęcie raczej teoretyczne, niż praktyczne, i z rozmaitych stron padały najrozmaitsze przypuszczenia i zapatrywania, które ostatecznie nie doprowadziły do żadnych stanowczych wyników.

Obecnie jednak wskutek rozwoju przemysłu i idącej z tem w parze sprawy ubezpieczenia robotników od wypadków sprawa ta nabrała też znaczenia praktycznego i dziś w krajach przemysłowych bardzo często lekarz sądowy spotyka się z pytaniem, czy w danym przyypadku uraz mógł być przyczyną powstałego nowotworu Sumienna odpowiedź na to pytanie jest istotnie bardzo trudna, a wszakże od tej odpowiedzi zależy nieraz los całych rodzin. Dlatego z wielką ochotą przyjęto w Niemczech na zjeździe chirurgów niemieckich w 1899 wezwanie Büngnera, żeby zapomocą dokładnych zestawień i publicznych rozpraw rzucić światło na tę sprawę — i dziś już posiadamy cały szereg prac z różnych klinik i szpitali niemieckich, rozprawy na ten temat odbywają się na zjazdach i zebraniach lekarzy, i jest nadzieja, że może uda się w przyszłości uchylić bodaj rąbek zasłony, kryjącej tę trudną zagadkę.

Zadaniem niniejszej pracy nie jest wcale rozwiązanie zagadnienia, czy uraz jest wyłączną i jedyną przyczyną nowotworów, w szczególności złośliwych, nie chodzi mi też w tej chwili o obalenie lub potwierdzenie teoryi pasorzytniczej lub teoryi Cohnheima. Mam na oku głównie cel praktyczny Chodzi mi o wykazanie, że uraz, i to uraz w znaczeniu klinicznem, może być w pewnej liczbie przypadków bezpośrednią przyczyną powstania nowotworu, a przynajmniej jedną z przyczyn, nie najpośledniejszą. Zadanie to jest tem ważniejsze, że jeszcze przed kilku dniami wyczytałem w „Przeglądzie lekarskim“ wprost przeciwne zdanie tak wybitnego znawcy sądowego, jak prof. Wachholz.

A więc naprzód teoretyczne rozpatrzenie sprawy. Przypominam przedewszystkiem powszechnie stwierdzony i przyjęty fakt powstawania nowotworów w bliznach. Wiemy oddawna, że z wrzodu żołądka często rozwija się rak. Wiemy dalej, że bardzo często powstają raki woreczka żółciowego u osób, dotkniętych kamicą żółciową. Wiemy też, że nierzadko wskutek urazu nowotwór łagodny przeradza się w złośliwy; — odnosi się to głównie do znamion barwikowych (*naevus pigmentosus*). Przypominam dalej częste pojawianie się raków w okolicy wszystkich fizyologicznych otworów ciała ludzkiego, a więc w miejscach najczęściej wystawionych na działanie bodźców zewnętrznych Wspomnę o raku wargi dolnej u palących fajkę, o powstawaniu raka w bliźnie po wilku, o częstości nowotworu części rodnych u prostytutek (Kühn), o zwyrodnieniu nowotworowem jąder, zatrzymanych w kanale pachwinowym (Godard). Wspomnę wreszcie o tak zwanej chorobie górskiej (Bergkrankheit) u robotników, pracujących w kopalniach gór śnieżnych (Schneeberg). Jestto mięsak (*lymphosarcoma*) gruczołów oskrzelowych, a podlegają tej chorobie i giną na nią wszyscy pracujący tam robotnicy, o ile przedtem nie ulegną jakiemu wypadkowi. Przyczyną tej choroby jest ustawiczne działanie pyłu arsenowego, który dostając się do płuc drażni zarazem mechanicznie i chemicznie pęcherzyki płucne, a stąd dostaje się do gruczołów oskrzelowych i w końcu wywołuje powstanie mięsaka w gruczole oskrzelowym, a w następstwie przerzuty w innych gruczołach [1]). — Dla dokładności wspomnę

[24]) Porównaj spostrzeżenie XX.

[1]) Przyt. u Virchowa: Die krankhaften Geschwülste.

[1]) Hesse i Härting: Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin Tom. 30 i 31. przyt. u Loewenthala.

jeszcze o raku moszen u kominiarzy, o raku przedramienia i dłoni u robotników, zatrudnionych przy fabrykacyi parafiny, o raku pęcherza u robotników w fabrykach fuksyny, i t. d. i t. d. — wszystko niewątpliwie stwierdzone fakta, które z pewną koniecznością naprowadzają nas na domysł, że jednak w tych przypadkach działanie pewnej przyczyny zewnętrznej, — nie w ustroju ludzkim leżącej, — ma stanowczo wpływ na powstanie nowotworów. Czy tą przyczyną są zmiany zapalne, czy uraz jednorazowy, gwałtowny, czy też tak zwany uraz przewlekły, czyli stałe działanie drobnych, często się powtarzających urazów, to jest rzecz podrzędnej wagi, różnica jest tu tylko ilościowa, a mechanizm działania jednaki.

Brosch (Virchow's Archiv. 1900) tłómaczy sobie związek przyczynowy między zadziałaniem urazu a powstaniem nowotworu w następujący sposób: Weźmy za przykład mięsaki. Nowotwory te składają się z tkanki łącznej młodej, znajdującej się w pierwszych okresach rozwoju, obdarzonej niezwykle żywą zdolnością rozrostu. Takiej tkanki w ustroju zupełnie rozwiniętego i zdrowego człowieka nie ma. Istnieje ona tam, gdzie są sprawy zapalne, owrzodzenia, lub gojące się rany. Ażeby mięsak mógł powstać, trzeba, żeby gdzieś w ustroju istniała młoda tkanka łączna, jako materyał, z którego mięsak może się wytworzyć, zatem musi jakiś bodziec zewnętrzny (uraz, zapalenie) wywołać powstanie tkanki ziarninowej. Ta młoda tkanka ziarninowa może wskutek jakiejś przyczyny uledz zwyrodnieniu, które objawia się w ten sposób, że komórki tej tkanki nie przechodzą całej prawidłowej skali rozwoju od komórki okrągłej do włókienka tkanki łącznej, ale pozostają na niższym stopniu rozwoju, jako komórki okrągłe lub wrzecionowate. Dalszym objawem tego zwyrodnienia jest to, że komórki te ulegają zmianom wstecznym, które doprowadzają do rozpadania się nowotworu.

Za przyczynę, prowadzącą do tego zwyrodnienia, uważa Brosch uraz i mechanizm powstawania nowotworu przedstawia tak: uraz — proces twórczy — drugi uraz — bujanie nowotworowe.

Obrazowo schemat ten przedstawia się w następujący sposób: Na jakąś tkankę zadziałał uraz. Następstwem tego urazu jest zniszczenie pewnej ilości komórek. Wiadomo, że tam, gdzie pewna ilość komórek została zniszczoną, powstaje sprawa twórcza, która ma ubytek wyrównać, żywe bujanie komórek, obdarzonych niezwykłą zdolnością proliferacyjną, o wiele silniejszą, aniżeli przy zwykłem odradzaniu się zużytych fizyologicznie komórek. Wśród tego bujania jakaś przyczyna — według Brosch'a uraz — wywołuje zwyrodnienie owych komórek w wyżej opisanym kierunku i w końcu powstaje nowotwór. Zatem według Broscha do powstania nowotworu potrzeba dwukrotnego urazu w to samo miejsce. Jednakże jeden z tych urazów może być tak nieznaczny, że klinicznie nie przedstawia się jako taki, i w ten sposób tłómaczą się te przypadki, gdzie przedmiotowo da się stwierdzić tylko jeden uraz. Czy w miejscu urazu rozwinie się rak, czy mięsak, zależy jedynie od tego, czy wskutek urazu pobudzone zostaną do bujania komórki nabłonkowe, czy też komórki tkanki łącznej, zatem czy uraz trafi na powłokę nabłonkową (w bliznach najczęściej powstaje rak), czy też na tkanki głębsze (mięśnie, ścięgna, kości). Ogólnie można powiedzieć, że uraz, połączony ze zniszczeniem powłoki nabłonkowej, wywoła raka, uraz bez zniszczenia powłoki wywoła mięsaka. Tem się też tłómaczy, dlaczego rak rozwija się przeważnie u ludzi starych, mięsak zaś u młodych. Rak rozwija się w następstwie lekkich, powierzchownych urazów, mięsak wskutek głęboko sięgających silnych wstrząśnień, wskutek skoku, uderzenia, złamania i t. p. Tym ostatnim urazom z natury rzeczy najczęściej podlegają osobniki młode. Jeżeli zaś i stary osobnik ulegnie urazowi tego rodzaju, to i u bardzo starych ludzi mięsaki mogą się wytworzyć. Na poparcie swoich zapatrywań przytacza Brosch cały szereg historyj chorób, i jakkolwiek praca jego grzeszy jednostronnością i małym zasobem krytycyzmu, nie można jego poglądom odmówić równego uprawnienia, jak wszystkim innym przypuszczeniom o etyologii nowotworów złośliwych.

Zatrzymałem się nieco dłużej na zapatrywaniach Broscha dlatego, że jest to najnowsza, najzupełniejsza i najskrajniejsza ze wszystkich teoryi urazowego pochodzenia nowotworów. O innych teoryach nie wspominam; są one dostatecznie znane. Przejdę natomiast do statystyki i kazuistyki, zapomocą których spróbuję wykazać, że to, co Brosch i inni podnoszą do wysokości tezy, można będzie uznać za względnie uprawnione zdanie, mianowicie, że uraz można w pewnych warunkach i z pewnemi ściśle określonemi zastrzeżeniami, które poniżej podam, uważać za przyczynę nowotworów złośliwych.

Przechodząc do statystyki, korzystam naprzód z największego, jakie dotychczas mamy, zestawienia Loewenthala[1]) z zakładu patologicznego w Monachium, obejmującego 800 przypadków, w których uraz niewątpliwie poprzedzał powstanie nowotworu. Jeżeli się przyjrzymy temu zestawieniu, to uderza nas przedewszystkiem okoliczność, że z 358 raków przypada na głowę 103 przypadków, zaś na kończyny dolne 26. Natomiast z 316 mięsaków przypada na głowę 24, a na kończyny dolne 103. Stosunek zatem jest wprost odwrotny, a tłómaczy się to tem, że właśnie kończyny dolne są najbardziej narażone na silne, gwałtowne urazy, podczas gdy głowa, w szczególności zaś twarz, nos i usta, jako stale odsłonięte, podlegają powierzchownie działającym wpływom atmosferycznym i nieznacznym, ale zato często powtarzającym się urazom mechanicznym.

Co się tyczy stosunku odsetkowego nowotworów, odnoszonych do urazu, to mamy bardzo dokładną statystykę raków sutka; mianowicie Winiwarter na 170 przypadków, 12 czyli 7·06% odnosi do urazu, jako możliwej przyczyny, Oldekop z kliniki kilońskiej na 250: 18, czyli 7·2%, Henry na 196 przypadków kliniki wrocławskiej 33, czyli 16·8%, Fischer z Zurychu tylko 1·6%, natomiast Snow z londyńskiego szpitala rakowego aż 30·7%, a Estlander 25·4%, wreszcie Schulthess 3·8%. Razem wziąwszy otrzymamy na 934 przypadków 125 pochodzenia urazowego, czyli przeciętnie 13·4%. Liczby te musimy przyjąć z pewnemi zastrzeżeniami. Mianowicie największe zaufanie budzą te zestawienia, które wykazują niski odsetek przypadków urazowych. Autorowie, którzy otrzymali wyższy odsetek, zawdzięczają to tej okoliczności, że bezkrytycznie przyjmowali podania chorych. Zobaczymy dalej, że nowsze zestawienia, w których przypadki były spostrzegane ściśle, nie zawierają ponad 2—3% nowotworów pochodzenia nie-

[1]) Loewenthal: Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. Archiv f. klinische Chirurgie Tom 49.

wątpliwie urazowego. Posiadamy dalej dość wielką statystykę mięsaków. I tak: Wolff na 100 przypadków mięsaka 20 odnosi do urazu, Liebe z kliniki strasburskiej na 42 tylko 3, czyli 7·1%, Wild na 423 mięsaków w 15 przypadkach wykazał jednorazowy gwałtowny uraz, jako przyczynę, zatem 3·5%, Kirchner na 76 przypadków wykazuje aż 10, czyli 13·1%, wreszcie Mertz na 65 przypadków 13, czyli 20%.

W nowszych pracach zapatrywano się na tę sprawę krytyczniej i przyjęto za podstawę zastrzeżenia, które podał Thiem w swoim „Handbuch der Unfallheilkunde", i tylko te prace mają dla nas rzeczywistą wartość. Zastrzeżenia Thiema są następujące: 1) Należy niewątpliwie wykazać, że nowotwór nie istniał przed urazem; 2) nowotwór musi znajdować się w miejscu urazu, lub w najbliższem jego sąsiedztwie; 3) między urazem a powstaniem nowotworu nie może upływać czas dłuższy, niż 2—3 lat. Jeżeli z temi zastrzeżeniami będziemy zapatrywali się na powyższe liczby, to odsetek przypadków urazowych zmaleje do 2, najwyżej do 3 od sta. Tej też liczbie odpowiadają wyniki prac, ogłoszonych w ostatnich dwóch latach w myśl wniosku Büngnera, a mianowicie Machola z kliniki strasburskiej (2·6%), Lengnicka z kliniki królewieckiej (2·07%), Kempffa z Getyngi (2·5%), Würza z Tybingi (2·66%). Tej też liczbie odpowiadają wyniki naszych poszukiwań na materyale kliniki chirurgicznej lwowskiej. Sprawą urazowego pochodzenia nowotworów złośliwych zajmujemy się od szeregu lat i bacznie w tym kierunku śledzimy. Na 242 przypadków nowotworów złośliwych (raków i mięsaków), spostrzeganych w ostatnich 4 latach, znaleźliśmy 10 takich, w których uraz niewątpliwie był przyczyną, a nadto 13 przypadków wątpliwych, których też tu nie wliczam. Odsetek tedy wynosi 4·1%.

Przypadki te rozdzielają się w następujący sposób: kobiet 3, mężczyzn 7. Raków 2, mięsaków 8. Co do usadowienia: Mięsaków kończyn dolnych 4, kończyn górnych 3, głowy 1; rak jeden znachodził się na kończynie dolnej, drugi na policzku.

Największa zatem liczba nowotworów urazowych przypada na mężczyzn i na kończyny dolne. Jeżeli teraz z tem porównamy ogólną częstość nowotworów na kończynach (według zestawienia Heimanna[1]) z szpitali i klinik pruskich z r. 1895 i 1896 na 20.094 przypadków raka tylko 124 raków kończyn dolnych, a 83 kończyn górnych), to uderza nas ten sam odwrotny stosunek, który widzieliśmy wyżej w zestawieniu Loewenthala. I tutaj najprościej tłómaczy się to zjawisko tem, że kończyny dolne najbardziej narażone są na urazy, i że właśnie te przypadki, w których przyczyną był uraz, najczęściej znajdują się i tam, gdzie uraz najczęściej się wydarza.

Przechodząc teraz do kazuistyki, to zarówno nasze, jak i ogłoszone przez innych autorów przypadki są tak przekonywujące, że istotnie trzeba całego krytycyzmu, żeby nie popaść w ostateczność, jak to się np. zdarzyło Broschowi. Nie będę przytaczał całego szeregu historyj chorób, wymienię tylko pokrótce kilka wybitniejszych. I tak ze zbioru Loewenthala Nr. 341. 1) Tkacz 62-letni uderzył się siekierą w podudzie. Po 5 latach znów uderzył się w starą bliznę — w kilka miesięcy potem stwierdzono *Ulcus cruris carcinomatosum*. 2) Restaurator 52-letni, przed 35 laty uderzył się siekierą w podudzie. Przed dwoma laty powtórny uraz w bliznę. Rozpoznanie: *Carcinoma cruris dextri*. Te dwa przykłady potwierdzają niejako zdanie Broscha o dwukrotnym urazie. 3) Parobek 58 letni. Przed 6-ciu tygodniami ugryzł go koń w lewą rękę. Rana się zagoiła, ale obok blizny powstał guzek, który szybko się powiększał. Rozpoznanie *Carcinoma dorsi manus*. 4) Kupiec 39 letni. Kopnięcie nogą w jądra. Po 6-ciu miesiącach guz prawego jądra; drobnowidowo stwierdzono raka. I tak dalej i t. d. Z naszych autorów ogłosił Steinhaus[1]) przypadek Oderfelda z Warszawy, gdzie chora dla silnych bólów głowy w okresie zdrowienia po durze przyłożyła na głowę pryszczydło. Owrzodzenie powstałe po zdjęciu pryszczydła nie chciało się goić i przybrało charakter owrzodzenia przewlekłego. Po kilku miesiącach wycięto cały wrzód i pokryto plastycznie. Badanie drobnowidowe wykazało raka.

Z naszych przypadków przytoczę króciutko kilka:

1) Dziecko 3 l. uderzyło się w głowę o brzeg stołu. W miejscu uderzenia powstał siniec, który powoli ustępował, nie ustąpił jednak całkowicie, ale przeciwnie zaczął nanowo się powiększać. W 3 miesiące po urazie stwierdziliśmy mięsaka kości czaszkowych.

2) Urzędnik 32 letni ukłuł się w mały palec ręki lewej. W miejscu tem wystąpiło krwawe podbiegnięcie. Po 8-miu miesiącach zgłasza się do kliniki z guzkiem wielkości orzecha laskowego na pierwszym członku palca małego. Guzek, umieszczony wewnątrz torebki ścięgna, dał się z łatwością wyłuszczyć. Badanie drobnowidowe wykazało mięsaka, złożonego z komórek wrzecionowatych.

3) Młodzieniec 20 letni, cierpiący na rozsiane stwardnienie rdzenia, ukłuł się przy naprawianiu zegarka w palec wielki ręki prawej. W kilka dni potem palec zaczął obierać, powstała zanogcica. Przecięto ją w szpitalu powszechnym lwowskim, rana jednak zamiast zmniejszać się powiększała się, brzegi stawały się twarde, a gdy w 2 miesiące potem wycięliśmy choremu kawałek owrzodzenia do zbadania drobnowidowego, znaleźliśmy mięsaka okrągłokomórkowego.

Sądzę, że przytoczone przykłady wystarczą do objaśnienia tego, co wyżej powiedziałem; dokładne historye chorób naszych przypadków będą później ogłoszone.

Jak sobie teraz wytłómaczyć związek między zadziałaniem urazu, a wystąpieniem nowotworu — na to odpowiedź jest bardzo trudna. Dotychczas nie udało się doświadczalnie wywołać nowotworu zapomocą urazu, bądź to mechanicznej, bądź chemicznej lub termicznej natury, — nie możemy więc znać spraw, odbywających się w tkankach, dotkniętych urazem, które prowadzą do wytworzenia się nowotworu. Bądź co bądź powyższe wywody doprowadzają nas do przekonania, że uraz czy jednorazowy, czy chemiczny, ma niewątpliwie poważny wpływ na rozwój nowotworu, i czy z Cohnheimem przyjmiemy obok tego pochodzącą z życia płodowego nieprawidłową zdolność rozrodczą pewnej gromady komórek, czy z Billrothem ogólną, swoistą skazę nowotworową, czy wreszcie zgodzimy się na pasorzytniczą teoryę raka, — w każdym razie uraz zewnętrzny pozosta-

[1]) Heimann: Die Verbreitung der Krebserkrankung itd. Archiv. Langenbecka Tom 57.

[1]) Steinhaus. Medycyna 1900. Nr. 47.

nie czynnikiem etyologicznym dla pewnej części nowotworów, szczególniej zaś mięsaków

Jak zaznaczyłem na początku, nie chodzi mi wcale o podniesienie urazu do wysokości jedynej i wyłącznej przyczyny nowotworów złośliwych; myślę, że może nowotwory te, jak wiele innych chorób, nie są wynikiem jednej przyczyny, lecz całego ich szeregu, w każdym razie jednak sądzę, że zapatrywanie, iż uraz w pewnej liczbie przypadków należy uważać za bezpośredni czynnik etyologiczny powstania nowotworu złośliwego, ma dostateczne uzasadnienie teoretyczne, statystyczne i kazuistyczne. Jak długo zapomocą doświadczenia nie zdołamy dać stanowczego dowodu, zapatrywanie to oczywiście pozostanie podmiotowem, podobnie jak wszystkie inne teorye pochodzenia nowotworów.

Celem niniejszej pracy było dać pochop do rozpraw nad tym przedmiotem i zachęcić do szczegółowych w tym kierunku badań, a ponieważ „wszystkie drogi prowadzą do Rzymu“, to kto wie, czy przypadkiem na tej drodze nie dojdziemy do odkrycia prawdziwej przyczyny raka.

I dlatego wdzięczny jestem prezydyum zjazdu, że raczyło ten przedmiot umieścić na porządku dziennym naszych obrad.

III. Wyciągi.

Kurth. **Zasłabnięcia, podobne do duru, wywołane przez prątek dotychczas nieopisany** *(Bacillus bremensis febris gastricae).* (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30 i 31, 1901). Kurth, niedawno zmarły dyrektor zakładu bakteryologicznego w Bremie, miał sposobność w ciągu roku 1900 w licznych przypadkach badać krew i wydzieliny chorych durowych. Wykonywał próbę aglutynacyjną Widala i szczepił hodowle na rozmaitych pożywkach. Próba Widala potwierdzała najczęściej rozpoznanie kliniczne, a gdzie wypadła ujemnie, stwierdzono inne choroby, (zapalenie opon, ropienie w kościach), które początkowo wzięto za dur. W 5-ciu jednak przypadkach obraz chorobowy był tak do duru podobny, że jakkolwiek badanie bakteryologiczne nie potwierdziło rozpoznania klinicznego, lekarze szpitalni obstawali przy swojem. W dwóch pierwszych z tych przypadków otrzymał K. raz ze stolca, a raz z moczu w hodowlach prątki, podobne do *B. enteritidis* Gärtnera i do prątków durowych. Od pierwszego różnią się owe prątki tem, że nie rozpuszczają żelatyny, od drugiego tem, że miały dłuższe nitki. Prątki te nie barwią się sposobem Grama, podobnie jak durowe; nitki wykazać można sposobem Zettnowa przez posrebrzanie. Na 3% żelatynie rosną hodowle, podobne do durowych; aglutynacya za pomocą surowicy krwi ludzkiej udaje się tak samo, jak z prątkiem durowym. W innych przypadkach nie otrzymał wprawdzie K. hodowli tych prątków, ale odczyn surowicy chorych z prątkami, wyhodowanymi w 2 pierwszych przypadkach, wypadł dodatnio i dosyć silny (1:250, 1:500).

W pierwszym przypadku gorączka spadała *per lysin* z 39·4° przez 23 dni aż do 36·6°C. W 2-gim i 3-cim po 8-miu dniach spadła *per crisin* z 40·6° i 41·2° do stanu prawidłowego, w 4-tym, w którym tylko przypuszczano dur, gorączka z 39 spadała *per lysin* i dłuższy czas utrzymywał się stan podgorączkowy. We wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wybitną osutkę durową. Próba Widala powiodła się tylko w pierwszym przypadku, w 3-cim, 4-tym i 5-tym wypadła zupełnie ujemnie, w 2-gim raz dodatnio, 2 razy ujemnie. Ponieważ przebieg gorączki w żadnym z tych 5 przypadków nie odpowiada temu przebiegowi, jaki spotykamy w durze, próba Widala dawała wyniki ujemne, a prątka durowego nie można było wykazać. — natomiast w 2-ch przypadkach wykazano wyż wspomniany odmienny prątek, dochodzi autor do przekonania, że w owych 5 przypadkach choroba nie była durem, lecz odrębną postacią *febris gastricae*, wywołaną przez prątek dotychczas nieznany, *bacillus bremensis febris gastricae.* (Zauważyć należy, że znane są przypadki, w których pomimo dodatniego wyniku próby Widala i typowej gorączki durowej sekcya czasem nie wykazuje żadnych zmian w jelicie; z drugiej znów strony niekiedy brak powyższych objawów za życia, a mimo to sekcya wykrywa owrzodzenia durowe. Twierdzenie autora, jakoby opisany, dotąd nieznany prątek nie był prątkiem durowym, nie wydaje się dostatecznie uzasadnione samą tylko większą długością nitek, bo biologicznie, jak sam autor podaje, oba prątki prawie się od siebie nie różnią. *Przyp. spraw.*). *L. R.*

De la Camp (Berlin). **Kwas chinowy a gościec.** (*München. med. Wochs.* Nr. 30, 1901). Z starannie przeprowadzonych badań kliniczno-doświadczalnych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Kwas chinowy wcale nie wpływa na wydzielanie kwasu moczowego w sposób, stwierdzić się dający, u osobników zdrowych lub gośćcowych, używających dyety mięszanej. Natomiast zawsze można wykazać znaczne wzmożenie się kwasu hippurowego. 2) Zdaje się, że według dotychczasowych spostrzeżeń pojawia się częściej zmniejszone wydzielanie kwasu moczowego skutkiem działania kwasu chinowego u tych chorych, którzy równocześnie przyjmują w znacznej ilości istoty, wytwarzające kwas moczowy, lub gdzie ustrój sam wydziela wiele kwasu moczowego (białaczka). 3) Same przez się już niejasno stosunki odnoszące się do tworzenia, a raczej przetwarzania kwasu moczowego i hippurowego, są jeszcze bardziej zawikłane w gośćcu skutkiem nieznanej roli kwasu moczowego, a powtóre wyniki, uzyskane na zwierzętach lub *in vitro* nie dadzą się bezwzględnie odnieść do ustroju ludzkiego; mimo to obecne spostrzeżenia przemawiają na korzyść kwasu chinowego w leczeniu gośćca. 4) Kwas chinowy jest nawet w wysokich dawkach nieszkodliwy; najbardziej polecenia godnym jego przetworem jest chinotropina (kwas chinowy i urotropina), wydzielająca w ludzkim ustroju urotropinę i tworząca formaldehyd, który z kwasem moczowym tworzy związek łatwo rozpuszczalny. *Dr. Henryk Pisek.*

Klimmer (Drezno). **Czy wystarcza obecny nadzór nad mlekiem i jak należy go wykonywać, ażeby zadosyć uczynić wymogom higieny?** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Tom 54, Zeszyt 1. 1900). W odpowiedzi na to pytanie zaleca autor, co następuje: 1) Obowiązkowe donoszenie o wszelkich chorobach wymion, jakoteż i wewnętrznych u zwierząt mlekodajnych, a mleko tych zwierząt w czasie ich choroby ma być usunięte z handlu. 2) Wszystkie krowy, dające mleko, należy szczepić tuberkuliną i badać klinicznie na gruźlicę. Krowy z objawami gruźlicy należy wyłączać od produkcyi mleka, ze stajen usunąć; te zaś krowy, które oddziałują na tuberkulinę, nie okazują jednak klinicznych objawów gruźlicy, należy odosobnić, a mleko ich może być użyte jedynie po ogrzaniu od 60—100° C. 3) W razie wybuchu zarazy pyskowo-racicznej musi być mleko usunięte z obiegu aż do chwili wygaśnięcia zarazy. 4) Mleka zwierząt chorych na wąglik, chorobę płuc lub wymion lub leczonych lekami trującymi lub drażniącymi, również nie wolno używać. 5) Należy uważać na czystość wymion, ogona, bioder i ud. 6) Osobom, cierpiącym na choroby, przenoszące się z mlekiem na człowieka, należy wzbronić wstępu do obór. Tosamo dotyczy osób, stykających się bezpośrednio z osobami choremi. 7) Służba w oborach ma obowiązek myć ręce przed udojem. Osoby z wypryskiem lub ranami ropiejącemi na rękach mogą być dopuszczone do dojenia, jeżeli w jakiś sposób uchroniono mleko od zakażenia drobnoustrojami ropnymi. 8) Obora musi być jasna, dobrze przewietrzana i opatrzona kanałem. 9) Mleko po udojeniu należy natychmiast usunąć ze stajni i ochłodzić. 10) Mleka nie wolno przechowywać w mieszkaniu lub sypialni. 11) Naczynia po użyciu muszą być dokładnie oczyszczone i nie wolno ich używać w innym celu. Naczyń miedzianych, mosiężnych, cynkowych, glinianych ze złą polewą, żelaznych z polewą ołowianą, nie wolno używać. 12) Dodawanie chemicznych środków zachowawczych jest wzbronione. 13) Mleko gorzkie, skwaśniałe, nadzwyczajnie zabarwione, zepsute, musi być z obiegu usunięte. 14) Powyższe wskazówki odnoszą się również do masła, sera, śmietany, serwatki itd. Kontrola powinna się odbywać co dni 14. (Przy sposobności chcę zwrócić uwagę na odczyt Profesora Bujwida, wygłoszony na jednem z ostatnich posiedzeń Tow. lek. krak. a wykazujący zupełnie niedostateczny nadzór nad oborami krakowskiemi, znajdującemi się rzekomo pod nadzorem Tow. lekarskiego i posługującemi się niesłusznie jego firmą. *Przyp. sprawozd.*). *Jan Landau*

George Lamb. **Czy przebycie duru brzusznego wytwarza odporność?** (*The Lancet* 6 kwietnia 1901 r.). Powszechnie przyjęto, że po przejściu duru brzusznego pozostaje odporność przeciw powtórzeniu się tej choroby. Autor na mocy obszernego doświadczenia, głównie w czasie epidemii durowej w Afryce południowej, podaje w wątpliwość słuszność tego zapatrywania. N. spostrzegał niejednokrotnie powtórne wystąpienie objawów duru u osób, które poprzednio przed jakimś, krótszym lub dłuższym czasem przebyły już tę chorobę w znamiennej postaci. N. przytacza dwa przypadki, w których w 5—6 miesięcy po durze chorzy zapadli pono-

wnie na tęsamą chorobę: w takich razach przypuszczać można samozakażenie, mianowicie prątki mogą w ustroju w ciągu wielu miesięcy zachowywać się biernie, a po dłuższym czasie przejawić znów swe działanie chorobotwórcze przy osłabieniu ogólnej odporności ustroju (zmęczenie, przeziębienie i t. p.). Że klinicznie stosunkowo rzadko spostrzega się przypadki powtórnego zachorowania na dur brzuszny, to objaśnia się to, jak wogóle niewielkiem rozpowszechnieniem tej choroby wśród osób, które jej nie miały, tak i małem zwracaniem uwagi na wywiady: czy chory już dur przebył, czy też nie. Jeżeli jednak nawet po przebyciu ciężkiego duru w ustroju nie wytwarza się odporność w stopniu dostatecznym, to należy wątpić i o skuteczności zastrzykiwań przeciwdurowych: to, że u osób, w ten sposób zaszczepionych, występuje odczyn Widala, nie dozwala jeszcze utrzymywać z pewnością, że nabytą została odporność: autor, oraz inni lekarze w Afryce południowej nieraz spostrzegali dur brzuszny u wielu młodych żołnierzy, którym z powodzeniem (t. j. z otrzymaniem odczynu Widala) wstrzyknięto surowicę przeciwdurową bezpośrednio, czasami zaledwo na kilka tygodni przed wyjazdem na pole walki. Dodając do wymienionych spostrzeżeń częstość nawrotów w przebiegu duru brzusznego, autor wyprowadza ogólny wniosek, że sprawa odporności po przebyciu duru nie jest jeszcze rozstrzygniętą, i że raczej należy na nią zapatrywać się ujemnie.

St. Rudzki.

Docent E. Payr. **Dalsze uwagi nad krwawem odprowadzaniem zastarzałych zwichnięć urazowych i patologicznych w stawie biodrowym.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Na pięciu odpowiednich spostrzeżeniach w klinice Nicoladoniego przekonał się autor, że najlepszy dostęp do stawu daje cięcie kątowate boczne Kochera. Z tego też cięcia najlepiej jeszcze można oszczędzać mięśnie, o ile to w ogólności w danym razie jest możliwe. Odprowadzenie główki do panewki ułatwia sobie P. w tym celu sporządzoną równią pochyłą w postaci rynienki. Rany operacyjnej nie szyje. Opatrunek gipsowy zakłada tylko na kilka pierwszych dni, — a potem zastosowuje t. zw. spodnie druciane Bonneta.

Herman.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Schroeder. **O nowszych lekach i przetworach, stosowanych w gruźlicy.** *(Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen* Tom II. Zeszyt 4. 1901).

1. *Tuberkulocidynę* podaje Klebs wewnętrznie w początkowych okresach gruźlicy, przebiegającej bez gorączki. Rozpoczyna od małych dawek (dla dorosłych 5 kropli 1% rozczynu, dla dzieci niżej 5 lat 2 krople) podając z każdym dniem o 1 kroplę więcej aż do najwyższej dawki dziennej 1—2 cm.³. Jeśli zachodzi przypadek chorobowy z gorączką (zakażenie mięszane) stosuje się tuberkulocidynę z typhazą (z 1% rozczynu 5 kropel postępując coraz wyżej), pozyskaną z prątków durowych,

2. *Thiokol i sirolina* pomyślnie skutkują w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli, nieżytów krtani i tchawicy, wreszcie w dychawicy. O jakiemś swoistem działaniu na gruźlicę nie może być mowy.

3. Ilość przetworów kreozotowych z dnia na dzień wzrasta; z najnowszych zasługują na wzmiankę *pulmoform*, przetwór otrzymany z formaldehydu i gwajakolu. Przedstawia się jako żółtawy proszek bez smaku i zapachu. Drugim lekiem jest *pneumina.* Silberstein podawał gruźliczym chorym obydwa te środki w ilości 1—2 gr. dziennie stwierdzając poprawę łaknienia i pomyślny wpływ na sprawę gruźliczą w płucach. Innym związkiem gwajakolu jest *jodokol* (gwajakol i jod) podawany w ilości 0·2—0·4, 4—5 razy dziennie (Cattani).

4. Co się tyczy leczenia gruźlicy wstrzykiwaniami *hetolu* według sposobu Landerera, nic da się na razie nic rozstrzygającego powiedzieć; jedni autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki, inni jak Gidionsen wręcz niepomyślne, wobec czego należy się na tę sprawę zapatrywać nader krytycznie.

W ostatnich czasach znów podjęto myśl stosowania środków odkażających, by niszczyć wprost prątki gruźlicze i w ten sposób wstrzymać rozwój choroby. Wielką w tym względzie rolę odgrywa *formaldehyd*; Maguire wstrzykiwał dziennie 50 cm.³ rozczynu formaldehydu (1:2000) do żyły ramieniowej i otrzymał podobno bardzo dobre wyniki.

5. Z środków objawowych, podawanych w gruźlicy, zasługują na uwagę: *Ichthoform* w ilości 6—8 gr. dziennie bardzo dobrze działa przeciwko biegunce gruźliczej, nie wywołując żadnych ubocznych a szkodliwych następstw; *tannopina* (rozpada się w jelitach na tanninę i urotropinę) pomyślnie wpływa na sprawy gnilno-rozkładowe w przewodzie pokarmowym; *kontyna*, brunatny proszek bez smaku i zapachu, w dawkach 0·5—2,00—10,00 dziennie dla dorosłych, a dla dzieci 0·25—0·5 na dawkę do 2·5 na dzień. Wreszcie wspomnieć należy o dwóch nowych przetworach, służących do polepszenia smaku tranu: *Gadol* (także gadol z kreozotalem 40:2), zawiesina zawierająca 50% tranu, wodę cynamonową z dodatkami aromatycznymi, i drugi *ossin*-Strohschein, cukrowo-olejowy przetwór tranu.

Dr. Henryk Pisek.

Leczenie chorób skórnych przetworami kakodylu. Można uważać za rzecz udowodnioną, że ze wszystkich pochodnych arsenu, kakodyl (i jego przetwory: kwas kakodylowy i kakodylany) posiada wybitne własności lecznicze, działające w tych schorzeniach, w których zwykle używamy arsenu. W chorobach skórnych (łuszczyca, trądzik, liszaj płaski, toczeń rumieniowaty), kwas kakodylowy i jego sole okazał się skuteczniejszy od rozczynu Fowlera, pigułek azyatyckich i od innych zwykle używanych przetworów arsenu.

W celu zbadania działania leczniczego połączeń kakodylu w chorobach skórnych użył Saalfeld przetworów, które wyszły z pracowni Leprincea pod nazwą kakodylanu sodowego *(arsycodyle)* i kakodylanu żelaza *(ferricodyle)*. Podawał on je bądź w pigułkach (4 pigułki dziennie po 25 miligramów jednego lub drugiego z wymienionych przetworów), bądź w kroplach 5%-go rozczynu (40 kropel dziennie = 0,10 soli kakodylowej), bądź wreszcie w czopkach, zawierających po 0,5 soli kakodylowej.

Saalfeld badał działanie przetworów kakodylowych na 50 chorych, z których tylko jedna kobieta histeryczna skarżyła się na bóle w dołku podpiersiowym. Wydech o czosnkowym zapachu, na który się uskarżają autorowie, stwierdzony został tylko u jednej trzeciej chorych, przeważnie niedokrewnych, których czynność trawienia była zresztą słaba; niemiły ten objaw nigdy nie był spostrzegany przy stosowaniu przetworów kakodylu w czopkach lub podskórnie. Biegunki lub wysychania w gardle Saalfeld nigdy nie zauważył; byli chorzy, którzy nigdy nie znosili przetworów arsenu, a natomiast nie doświadczali żadnych dolegliwości przy zażywaniu kakodylu.

Najwybitniejsze wyniki lecznicze spostrzegał Saalfeld po podskórnem stosowaniu arsykakodylu i to w tak uporczywych chorobach skórnych, jak łuszczyca, liszaj czerwony płaski itd. Firma Leprince wyrabia ampułki z jałowym rozczynem soli kakodylowych, który można stosować podskórnie bez wszelkich obaw zakażenia miejscowego.

A. K.

Dormiol jest płynem bezbarwnym, posiadającym swoisty zapach, zbliżony do kamfory i smak palący mentolu. Rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze i chloroformie; rozpuszcza się też, acz powoli, i w wodzie, w stosunku 1: 1: jeśli męt w rozczynie wodnym nie wyjaśnia się, należy ciecz przesączyć. Dormiol jest znakomitym lekiem nasennym, nie posiadającym ujemnych własności chloralu. Oddaje on nieocenione usługi w rozmaitych postaciach neurastenii, połączonych z uporczywą bezsennością, oraz w leczeniu umysłowo chorych, jeśli podniecenie nie przybrało zbyt gwałtownych rozmiarów. Dormiol stosowano z pożytkiem i w innych postaciach bezsenności, n. p. u alkoholików, cierpiących na silne bóle, u osób histerycznych, chorych na wady serca, u ozdrowieńców i w przebiegu chorób ostrych. Według Friesera dormiol usypia szybko, w 20 do 30 minut po zażyciu; polecano go w płynie lub w kapsułkach zawierających po 0·5 dormiolu; na jeden raz chory powinien zażyć 0·5 do 2·0 dormiolu. Wzór przepisu według Friesera jest następujący: *Dormioli 10·0, Syr. cort aurant. 20·0, Aq. gummosae 120·0.* S. jedną lub dwie łyżki stołowe zażyć na noc. (*La Presse médicale.* Nr. 52,1901).

A. K.

V. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Ciąg dalszy).

24. Aleksander Zawadzki (Warszawa): **Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka.** Jeszcze i dzisiaj wśród chirurgów zdania co do postępowania wobec ran postrzałowych brzu-

cha są podzielone; jedni takich chorych natychmiast operują, inni leczą zachowawczo. Do liczby tych ostatnich (za wzorem Reclusa i Noguèsa) należą lekarze wojskowi wojen chińsko-japońskiej, amerykańsko-hiszpańskiej, angielsko-boerskiej i ostatniej chińskiej. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy musimy przedewszystkiem wyłączyć z danych, na jakich opierać będziemy nasze wywody, zdanie i dane statystyczne lekarzy wojskowych, dopóki nie ulegną całkowitej zmianie złe warunki transportu, natychmiastowa pomoc na placu boju; dopóki spostrzeżenia lekarzy z placu boju nie będą ścisłemi (dokładne badanie, operacya, sekcya), do tej pory zestawienia lekarzy wojskowych świadczyć tylko mogą wogóle o odsetku śmiertelności z powodu ran postrzałowych drążących brzucha, bez względu na to, czy odpowiednio leczeni tacy chorzy mogliby wyzdrowieć, lub nie.

Jednem słowem zestawienia te mają wartość tylko dla postępowania wobec rannych na placu boju w dzisiejszych warunkach. Dane statystyczne podają: Otis, Nussbaum, Coley, Reclus, Mac Cormac, Lühe, Adler i inni. Dane statystyczne ran postrzałowych brzucha, zadanych podczas pokoju, ze względu na możliwość ścisłego spostrzegania i odpowiedniego leczenia powinny być dla nas wskazówką chirurgicznego postępowania. Spór, jaki toczył o to Reclus i jego zwolennicy na zasadzie prac Klemma i innych [nieaktualność *bouchon muqueux* i *rentrant*, możliwość wielkich dziur i wielkiej ich ilości przy małym kalibrze broni (Habart, Bogdanik), bezwartościowość zestawień statystycznych Reclus, stwierdzona przez Klemma, Lühego, Dölflera, Mannaborga], został prawie rozstrzygnięty na stronę bezzwłocznych czynnych zabiegów chirurgicznych. Już 1883 roku, po operacyi Mariona Simpsa, Kocher, który miał podobny przypadek, stanowczo orzekł, że rany postrzałowe żołądka nieoperowane kończą się śmiertelnie, wyzdrowienie bez operacyi należy do niezmiernych rzadkości. W r. 1885 powtórzył prawie to samo Mikulicz na zjeździe w Magdeburgu. Stronnictwo czynnego wystąpienia dzisiaj liczy w swoich szeregach znaczną większość chirurgów, a jak pisze Jalaguier, nawet Reclus w ostatnich czasach (praca Forgue i Reclus 1898) ograniczył bardzo znacznie wskazania do leczenia zachowawczego.

Statystyka zranień żołądka, kiszek lub narządów brzusznych daje nam prawie pewność zranienia tego lub innego narządu przy ranach drążących postrz. brzucha (Nussbaum, Fiszer, Klemm, Cormac, Reclus, Adler, Lühe, Duroselle, Vulliet). Co do ran żołądka Otis podawał 99,2% śmiertelności, Percy 75%. Przytaczanie tych obliczeń z rozmaitych lat zdaje się bezcelowe; dawniej laparotomia była równie groźna, jak rana postrzałowa brzucha, dzisiaj technika ulepszona, inne też otrzymujemy wyniki: rany żołądka, operowane bezzwłocznie, dają bardzo mały odsetek śmiertelności (15%). Piśmiennictwo, dotyczące ran postrz. żołądka do r. 1894 zebrał Schroeter, do 1898 — Kukula. Razem zebrali 87 przypadków, z tych 45 operowanych. Na 12 niepowikłanych, operowanych ran żołądka tylko 2 przypadki śmierci. Na 5 takich samych nieoperowanych, 4 zejścia śmiertelne. Ogółem zaś powikłane i niepowikłane rany żołądka — operowane: 48% śmiertelności, nieoperowane 47%. Dodać trzeba, że w przypadkach, wyleczonych bez operacyi, nie ma pewności, czy żołądek i kiszki istotnie były przedziurawione; operowane przypadki zaś podlegały zabiegom chirurgicznym w rozmaitych odstępach czasu od chwili zranienia, a to ma ogromne znaczenie. Siegel podaje wśród operowanych przed upływem 4 g. — 15.2% śmiert.; po 5—8 g. 44,4%; po 9—12 g. 65,6%; potem 75%; Adler przed 5 g. 18%; Dörfler po 5 g. 50%. Schroeter oblicza, że z 25 operowanych przed 6 godz. zmarło 6 (24%), z 22 później operowanych 10 (45%).

Kukula i Schroeter na zasadzie badań innych autorów dochodzą do wniosku, że kaliber kuli nie pozwala osądzić, czy rana lekka czy nie; to samo można powiedzieć o kierunku strzału. Znaczenie ma stan napełnienia żołądka, stan jego zdrowia, siedziba przedziurawienia, powikłania. Do wzoru, jaki podał Schroeter dla opisu klinicznego ran postrzałowych żołądka, Kukula dodaje żądanie badań bakteryologicznych zawartości żołądka.

Rana zazwyczaj zakaża się także i od zewnątrz cząstkami ubrania.

Do liczby przypadków, zebranych przez Kukulę i Schroetera, dodać trzeba przypadki, opisane w ostatnich czasach. Wogóle ran postrzałowych żołądka opisano jeszcze 13, wszystkich zatem jest 100. Z tych 13 — 11 operowane. Z 11 operowanych umarł 1 w 8 g. po postrzale: znaleziono 2 otwory w żołądku i 8 w kiszkach. Obydwaj nieoperowani umarli. Przez ostatnie dwa lata przeto odsetek śmiertelności wobec powikłanych operowanych ran żołądka 9,9%, wobec niepowikłanych (było ich 4) 0%; (wszyscy wyzdrowieli). Wogóle co do ran niepowikłanych żołądka otrzymujemy następujące liczby: z 16 operowanych umarło 2 (12,5%), z 7 nieoperowanych umarło 6 (84%). Do liczby 16 operowanych przypadków należy i przypadek Al. Zawadzkiego i Solmana.

E. P. l. 14, uczeń gimnazyum, otrzymał ranę z floweru k. 6 mm. w lewe nadpępcze. Jadł na 6 g. przedtem. Prócz lekkich bólów i wydobywania się przy ucisku z rany niewielkiej ilości krwi z pęcherzykami gazów nie było żadnych innych objawów. W dwie godziny potem laparotomia: przebita przednia ściana żołądka pośrodku, i w dalszym ciągu kula przebiła w drugiem miejscu przy wielkiej krzywiźnie błonę śluzową i mięsną; surowicza natomiast nienaruszona. Błona śluzowa nie tworzyła *bouchon muqueux*, zawartość sączyła się. Po połączeniu obydwóch obrażeń jednem cięciem, zeszyto żołądek szwem trzypiętrowym. Przez umyślny otwór w *lig. gastro-colicum* obejrzano tylną ścianę żołądka — stwierdzono, że jest prawidłowa. Kula nie wyszła z przewodu pokarmowego. Ściany brzuszne zeszyto szwem piętrowym; w dolnej części rany zostawiono sączek. Wyzdrowienie. Operował A. Zawadzki. W 3 tygodnie potem chorego badano promieniami Roentgena — kula na fotografii z prawej strony nieco nad małą miednicą. W trzy tygodnie potem fotografia pokazuje kulę w innem miejscu. Dalej podaje Z. jeszcze dwa przypadki, — jeden rany kłótej wątroby i żołądka, operowany przez Borzymowskiego przy pomocy Zawadzkiego; wyzdrowienie. Drugi przypadek: pęknięcie polowy żołądka z powodu uderzenia w brzuch przy wybuchu żelaznego syfonu. Skóra ścian brzusznych była nieuszkodzona, czuć było tylko z lewej strony przerwę podskórną w mięśniach i gazy pod skórą. Operował A. Zawadzki z Kociatkiewiczem. Chory po operacyi doznał znacznej ulgi, — bóle zniknęły, wstrząs jednak mimo wlewań wody z solą i środków pobudzających trwał dalej i w 9 godzin po operacyi chory umarł. W końcu opisuje Z., jak postępuje wobec ran drążących brzucha przy doraźnem ratowaniu takich chorych przed odwiezieniem ich do szpitala pogotowie warszawskie. (Streszczenie własne).

25. Czaplicki (Lwów). **O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit.** Doświadczenia C. nad wpływem atropiny na jelita zwierząt wykazały, że po wstrzyknięciu tego środka następuje silny skurcz mięśni okrężnych jelita, a niekiedy tylko spostrzegał C. słaby ruch robaczkowy; gwałtownego ruchu, opisywanego przez niektórych autorów, nigdy nie zauważył. Z doświadczeń tych. jakoteż z kilku spostrzeżeń klinicznych z kliniki chirurgicznej lwowskiej wnosi C., że atropiny użyć można z dobrym skutkiem w *ileus dynamicus* i *obturatorius*. Skoro jednak przeciętna dawka, wywołująca skutek, jest bardzo wysoka: 0·005, należy wogóle podawać atropinę nadzwyczaj ostrożnie, i o ile możności zastąpić ją środkami, łagodniej działającymi.

W dyskusyi: Bossowski i Kader wyrażają się korzystnie o działaniu atropiny w pewnych formach niedrożności jelit.

26. Prof. Kader (Kraków). **O jejunostomii.** W niektórych przypadkach po wytworzeniu przetoki żołądkowo-jelitowej (*gastroenterostomia*), lub też po wycięciu odźwiernika, jeżeli chodzi o forsowne odżywianie chorych, wykonywa K. jejunostomię, a to w sposób następujący: jelito nacina poprzecznie, wkłada dren dość gruby, poczem podobnie jak w gastrostomii, swoim sposobem wykonanej, obok drenu unosi 2 fałdy poprzeczne. Dzięki takiemu postępowaniu użyć można nierównie grubszego drenu, niż przy jejunostomii sposobem Witzla.

Dyskusya.

Rutkowski nadmienia, że już dawniej Obaliński używał podobnego sposobu. Okazał się on jednak mało praktycznym. R. zatem stale po wycięciu odźwiernika używa własnego postępowania t. j. przez równocześnie wytworzoną przetokę żołądkową wprowadza gruby dren do jelita czczego.

27. Prof. Wehr (Lwów): **Przedstawienie jelita, wyciętego po wgłobieniu.** W. przedstawia okaz wgłobionego i już uległego zgorzeli jelita cienkiego. Operacyę wykonał na dziecku drugiego dnia choroby. Dziecko czuło się tak dobrze, że na stół operacyjny weszło samo. Mimo to jelito było już zgorzelinowe, a w kilkanaście godzin po operacyi nastąpiła śmierć z zapadu.

28. Radca dw. Prof. Rydygier (Lwów): **O postępowaniu operacyjnem wobec nowotworów złośliwych pętli esowatej.** W tych przypadkach, a zwłaszcza w przypadkach dalej już posuniętych, tam więc, gdzie od czasu do czasu występują objawy niedrożności jelit, wytwarza R. przedewszystkiem odbyt sztuczny w linii środkowej ciała na poprzecznej części okrężnicy. Część poprzeczną okrężnicy zagina esowato (jak syfon przy wodociągach) wszywa ją do rany zewnętrznej w ten sposób, że taśmy jelita ustawia się prostopadle i na nich przecina jelito. Dopiero w kilkanaście dni po tej przedwstępnej operacyi przystępuje do wycięcia nowotworu z cięcia brzusznolędźwiowego, okrążającego lewy kolec biodrowy. Syfon na okrężnicy ma podwójne zadanie: 1) dokładne opróżnienie jelita, 2) ochronę szwu na pętli esowatej przed naporem kału; znosi go przeto dopiero w kilkanaście dni po doszczętnym zabiegu.

29. Herman (Lwów). **W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.** H. przyjmuje podział następujący: I. *Scolecoiditis acuta: a) simplex, b) periscolecoiditis sero-fibrinosa, c) periscolecoiditis purulenta, α) saccata, β) progrediens, d) scolecoiditis c. peritonitide diffusa.* II. *Scolecoiditis chronica, a) remittens, b) recurrens.* III. *Scolecoiditis larvata.* — W ostrem zapal. tylko wówczas jest wskazaną operacya, gdy w otoczeniu wyrostka wytwarza się ropień (t. j. *c:* α) i β), lub gdy zapaleniu ulegnie cała otrzewna (*d*). We wszystkich tych przypadkach ograniczyć się trzeba na razie tylko na zapewnieniu ropie swobodnego odpływu, — usunięcie zaś wyrostka odłożyć do czasu, gdy miną wszystkie objawy zapalne. — W każdym przypadku przewlekłego zapalenia wyrostka rob. wskazane jest wycięcie wyrostka w okresie między napadami. W postaci III (*sc. larvata*) nakłaniać należy chorych do operacyi, skoro tylko uda się dokładne rozpoznanie.

30. Doc. Bossowski (Kraków). **Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** W dłuższym wykładzie zwraca B. uwagę na trudności rozpoznawcze tych ropni przy wyłącznem badaniu od zewnątrz przez powłoki brzuszne. Natomiast rozpoznanie jest łatwe, gdy się bada przez odbytnicę lub pochwę. Po rozpoznaniu natychmiast należy przystąpić do otwarcia ropnia. A dokonać tego można wkraczając albo od powłok brzusznych, albo obok kości krzyżowej, albo przez międzykrocze, odbytnicę lub pochwę. Z tych wielu dróg najodpowiedniejszą wydaje się B. droga przez powłoki brzuszne, pozaotrzewnowa. Tędy postępując, można po drodze otworzyć i inne ropnie i wydalić wyrostek. Leczenie następowe trwa dość długo. B. potępia otwieranie ropnia przez odbytnicę, gdyż na dnie jamy Douglasa przyróść mogą pętle jelita, (co stwierdził i w swoim przypadku) i przy postępowaniu na ślepo uledz mogą uszkodzeniu.

31. Docent Kryński (Kraków). **W sprawie wycinania wyrostka robaczkowego.** 1. W przypadkach ostrego zapalenia wycina K. wyrostek robaczkowy tylko wtedy, jeżeli go łatwo znaleść. Tam, gdzie stosunki są trudne, w otoczeniu liczne zrosty, przestrzega K. przed wyszukiwaniem „za każdą cenę" chorego narządu. 2. K. mniema, że w zapaleniu wyrostka nie powinno się podawać środków przeczyszczających. Nie jest jednak wielkim zwolennikiem makowca i woli wilczą jagodę. 3. W końcu zwraca uwagę na związek między prawostronną nerką ruchomą a zapaleniem wyrostka u kobiet.

Dyskusya.

Löwenstein wobec zapalenia wyrostka trzyma się zasady *»ubi pus, ibi evacua«*. Po przecięciu ropnia odszukuje i wycina wyrostek. W ten sposób operował 7 przypadków, a tylko jeden zakończył się śmiercią z powodu ogólnego wyczerpania.

Pruszyński godzi się na to, że zapalenie wyrostka jest cierpieniem chirurgicznem Każdy, kto przebył jeden napad, powinien być operowany, najlepiej „à froid". Przy leczeniu wewnętrznem zaleca P. przetwory makowcowe, wypróżnienia sprowadza wlewaniami.

Rosner przytacza ciężki przypadek zapalenia wyrostka u ciężarnej i rodzącej, który skończył się śmiercią z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej. Mniema, że poród, jako silny uraz dla otrzewnej, wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Warto zastanowić się, czyby nie należało w razie zapalenia wyrostka u ciężarnych dążyć do doszczętnego wydalenia wyrostka.

Oderfeld radzi w ostrym napadzie otwierać tylko te ropnie okołowyrostkowe, które zawierają dużo ropy. Małe bowiem ropnie ulegają wessaniu. Przestrzega przed nakłuciem ropni.

Prof. E. Korczyński: Różnice w zapatrywaniach co do wskazań operacyjnych w zapaleniu wyrostka pomiędzy chirurgami, a internistami wyrównały się w ostatnich czasach głównie skutkiem rozpraw na zjazdach chirurgicznych, ogólno-lekarskich i internistycznych. Obecnie tak chirurdzy, jakoteż interniści przyszli do tego zgodnego przekonania, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą, w której rychła pomoc ze strony chirurga w przeważnej liczbie przypadków jest konieczna, i że ona tylko zdoła usunąć niebezpieczeństwo dla życia i zapobiedz smutnym następstwom, jakie niestety przydarzają się jeszcze dość często, jeżeli chory na operacyę godzić się nie chce. — Mimo to cała sprawa rozpoznawania i leczenia zapalenia wyrostka *in casu concreto* nie da się obecnie i prawdopodobnie i na przyszłość ująć w takie prawidła, któreby były rozstrzygające dla każdego danego przypadku. Już samo rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne, a jak przemawiającemu wiadomo z własnego doświadczenia, czasem wręcz niemożebne, tak dalece, że w pewnej liczbie przypadków operujący musi być przygotowany na niespodzianki, z rozpoznaniem niezgodne, które się dopiero podczas operacyi ujawniają. Kilka takich przypadków z ostatnich czasów tkwi żywo w pamięci przemawiającego.

W ostatnich czasach coraz częściej się przydarza, że koledzy z prowincyi przysyłają wprost do operacyi przypadki, w których przypuszczają zapalenie wyrostka robaczkowego. W przeważnej części tych przypadków zapalenia wyrostka niema. Jest to jednak dobrą oznaką, że koledzy owi całkiem słusznie wolą nieraz narazić chorego na niepotrzebną podróż, aniżeli narazić jego życie przez zwlekanie operacyi.

Co do chwili, kiedy operować należy w przypadkach ostrych, a kiedy już operować nie należy, to jest sprawa, która mimo wszelkich utartych zasad zawsze jeszcze zależy i zapewne długi czas jeszcze zależeć będzie od indywidualnego zapatrywania się i ocenienia danego przypadku i od tych wszystkich czynników, które składają się na dokładność rozpoznania i rokowania.

Im więcej nabiera się doświadczenia własnego, tembardziej każdy internista przychylać się musi koniecznie do tego zapatrywania, aby zawsze operować na czas, a nigdy zapóźno. Temsamem wskazanie do operacyi nie może nigdy zależeć od domniemanej ilości ropy, nagromadzonej około wyrostka robaczkowego, a to tembardziej, że zdaniem przemawiającego ilości tej ropy przy łóżku chorego prawie nigdy naprzód oznaczyć nie można.

Co do wpływu obniżenia nerki prawej na powstawanie zapalenia wyrostka, o czem wspomina kol. Kryński, to przemawiający twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że nietylko obniżenie prawej nerki, ale i zwieszenie trzew brzusznych, znane obecnie powszechnie pod nazwą choroby Glenarda, w przeważnej liczbie przypadków wpływa niekorzystnie tak na czynności żołądka, jakoteż i jelit. W żołądku zauważyć można często niedomogę błony mięsnej, rozstrzeń żołądka, a nierzadko także i zboczenia bądź czynnościowe, bądź anatomiczne na błonie śluzowej żołądka. Co do jelit, to tak chorobie Glenarda wogóle, jakoteż obniżeniu nerki towarzyszy prawie zawsze nawykowe zaparcie stolca. Stolec zalega zazwyczaj w kiszce ślepej i w kiszce wstępującej. Ta część jelita grubego rozszerza się nadmiernie, bardzo często jest bolesną, a nierzadko występują w tej okolicy napadowe bóle. Już te szczegóły przemawiają za tem, że obniżenie czy to prawej nerki, czy też innych trzew usposabiać może do zapalenia wyrostka, taksamo jak stałe drażnienie otrzewnej przez zbytnią ruchomość trzew brzusznych i zastój żylny w zakresie rozgałęzienia żyły wrotnej, dochodzący niekiedy aż do tworzenia się zakrzepów w żyłach, staje się niekiedy powodem przesięków lub wysięków zapalnych do jamy brzusznej. Odnośnie do zapalenia wyrostka, to przemawiający z własnego doświadczenia zna kilka przypadków, w których nieprawidłowe ułożenie trzew brzusznych uważać należy jako przyczynę wywołującą, a przynajmniej jako przyczynę usposabiającą do zapalenia wyrostka. (Streszczenie własne).

Kader oświadcza się za wczesnem operowaniem; lepiej zaś za wcześnie, — niż za późno. Naciąwszy ropień, należy szukać wyrostka, o ile tem choremu nie zaszkodzimy. Szukając wyrostka, rozpoczyna K. od odszukania kątnicy i środkowej jej taśmy (*taenia*).

Trzebicky nie przyjmuje żadnego szablonu w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Zawsze trzeba ściśle indywidualizować. Doświadczeniem pouczony, radzi T. z operacyą nie zwlekać, operować choćby w czasie napadu — a kierować się tętnem. Tętno wyżej 100 skłania T. do czynnego wkroczenia.

Kryński przytacza doświadczenie chirurgów francuskich, którzy radzą w przypadkach zapalenia wyrostka u ciężarnych operować jak najwcześniej i jak najdoszczętniej.

Rydygier zaznacza, że szczególnie te przypadki każą źle rokować, w których naciek opuszcza się do miednicy małej. Ropni, usadowionych w jamie Douglasa, nie otwierałby R. nigdy przez odbytnicę.

32. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **O leczeniu nowotworów odbytnicy.** R. mówi głównie o raku. W statystyce przytacza przypadek raka odbytnicy u 9-letniego chłopca, wyleczony operacyjnie. Następnie zwraca uwagę, że lekarze często i na szkodę chorych pomijają badanie palcem przez odbytnicę i skutkiem tego dzieje się, że często tacy chorzy zgłaszają się z rakiem odbytnicy daleko posuniętym, który przez długie miesiące uważany był za krwawnice. Wskazania do operacyi przyjmuje R. bardzo rozległe; nie operuje tylko tam, gdzie znajdzie zrosty z pęcherzem lub cewką. Gdzie tylko może wycina (resekuje) odbytnicę bez wahania, otwiera jamę Douglasa i ściągnąwszy tyle kiszki, ile tego potrzeba, zaszywa jamę Douglasa przed przystąpieniem do dalszych zabiegów. Operując trzyma się zdala od ścian odbytnicy, idąc aż poza *fascia propria recti.* Gdzie tylko może, pozostawia R. zwieracz odbytu, i przeciągając jelito poza zwieracz sposobem Hohenegga, dodaje okręcenie wedle zaleceń Gersunyego.

Dyskusya.

Kader operował dotychczas 21 razy raka odbytnicy; wszystkie przypadki wyleczone. Gdy musi amputować, używa sposobu Kochera. Jeżeli zaś wystarcza *resectio recti* posługuje się sposobem Rydygiera. Przygotowując chorego do operacyi przeczyszcza go bardzo silnie przez trzy dni. Kikut jelita opatruje sposobem Nicoladoniego. (Dok. nast.)

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

30. V. Podhajsky (Ołomuniec). **Umyślne uszkodzenia się w wojsku w ostatnich 25-ciu latach.** Uszkodzenia się dobrowolne żołnierzy dzielą zwykle na samobójstwo, usiłowane samobójstwo i samookaleczenie; P. jednak woli połączyć pierwsze dwie gromady w jedną. Z zajmujących zestawień P. wyjmujemy kilka danych. Liczba samobójstw stanowczo przeważa nad liczbą umyślnych okaleczeń: w przeciągu roku bowiem wypada jeden przyp. samobójstwa na 605 żołnierzy, a jeden przypadek samookaleczenia na 4262 żołnierzy. Od roku 1894 ilość tych ostatnich przypadków szybko się zmniejsza. Samobójstwo popełniają żołnierze w 33·3% z obawy kary, a w 20% z powodu niechęci do służby, zaś w samookaleczeniu tę ostatnią przyczynę wykazano w 87·8%, obawę kary zaś tylko w 2%. Co do sposobu samobójstwa, najczęstszem jest zastrzelenie się (71·6%), daleko mniej częstem powieszenie się (15·3%) lub śmierć z broni siecznej (3·8%). Przy okaleczeniu się odwrotnie tej ostatniej broni używano najczęściej (55·4%), postrzału zaś tylko w 34·1%, substancyj chemicznych (kwasów itd.) w 8·8%. Co do czasu: Najwięcej przypadków umyślnego uszkodzenia zdarza się w październiku i listopadzie (rekruci), najmniej we wrześniu (wesołe życie podczas ćwiczeń w polu, nadzieja powrotu do domu). Niewyjaśniono, dlaczego także maj odznacza się wielką liczbą samobójstw. Co do rodzaju broni: Pierwsze miejsce zajmuje konnica (44·27‰) i pułk kolejowy (45·87‰), następnie piechota (39·82‰), dalej pionerzy, train, strzelcy, służba sanitarna, artylerya. — Uderzającą jest u konnicy szczególnie częstość samookaleczeń, co prawdopodobnie stoi w związku z uciążliwą służbą, która daje się we znaki głównie rekrutom. Co do pojedynczych krajów, to najmniej samookaleczeń wykazują kraje alpejskie, najwięcej Galicya i Bukowina. Co tutaj wchodzi w grę, czy narodowość, czy kultura lub religia, P. nie chce rozstrzygać. Niema nadziei, aby umyślne uszkodzenia się w wojsku zniknęły, lecz od roku 1895 widać przecie stanowczo zwrot ku lepszemu.

31. Prof. F. Scherer (Praga). **Porażenie rzekome Parrota w kile wrodzonej.** Parrot opisał w roku 1871—72 w kile wrodzonej porażenia, dotyczące szczególnie kończyn górnych, przyczem jednak czucie i oddziaływanie elektryczne mięśni jest zachowane. Dziecko nie porusza kończynami z powodu bólu, wywołanego przez swoiste zmiany w nasadach kostnych. Oprócz tego istnieją jednak podobne porażenia u dzieci z kiłą wrodzoną, gdzie zmian w kościach niema. Różni autorowie opisywali w takich razach rozmaite zmiany (wybroczyny, zwyrodnienia) w rdzeniu. Scherer w przypadku swoim znalazł zatory paciorkowcami w naczyniach rdzenia (i w innych narządach); wpływowi ich jadów na komórki zwojowe przypisuje on w danym przypadku powstanie porażenia.

32. V. Skalička (Praga). **O patogenezie półpaśca (herpes zoster).** W trzech przypadkach półpaśca, wyjętych z zestawień prof. Thomayera na czeskiej poliklinice, porównuje S. miejsca wystąpienia pęcherzyków z obszarami czucia skórnego, odpowiadającymi poszczególnym korzonkom (według schematu Marinesca). Zgodnie z wynikami Heada i Campbella (1900) dochodzi S. do wniosku, iż rzeczywiście istnieje zupełna zgodność między siedzibą półpaśca i stosunkami czucia skórnego i że przyczyną półpaśca jest zajęcie odpowiedniego korzonka (Baerensprung).

33. F. Procházka (Praga). **Samoistne pęknięcie serca.** Rzadkość pęknięcia serca wykazuje najlepiej statystyka: w czeskim zakładzie anatomii patolog. i zakł. mek. sąd. znaleziono je pomiędzy 18.813 sekcyami tylko 11 razy (0·05%). Autor sam widział trzy przypadki: I. Kobieta 59-letnia; pęknięcie podwójne w następstwie rozmiękczenia mięśnia (*myomalacia*) po zatorze miażdżycowo zwyrodniałego naczynia wieńcowego. II. Mężczyzna 62-letni; ostry tętniak serca po zatorze naczynia wieńcowego i wynikającym stąd rozmiękczeniu mięśnia, pęknięcie tętniaka. III. Mężczyzna 62-letni; tętniak serca przewlekły w następstwie zapalenia śródsierdzia, przechodzącego na mięsień, zator paciorkowcami w ścianie tętniaka, rozmiękczenie ściany, pęknięcie.

34. V. Hüttel (Praga). **Leczenie operacyjne zwężeń błoniczych w pierwszem dziesięcioleciu w czeskiej klinice dla dzieci.** Na podstawie zestawienia z lat 1891—1900, w którym to czasie przyjęto na powyższą klinikę 1027 przypadków błonicy [operowano 391 przypadków = 38%], dochodzi H. do następujących wniosków: Obie operacye (tracheotomia i intubacya) połączone są z niebezpieczeństwem i trudnościami; żadna z nich nie chroni przed powikłaniami. Śmiertelność jest prawie jednakowa (zwykle przez powikłania płucne). U dzieci młodszych i w przypadkach łżejszych należy się pierwszeństwo intubacyi; intubacya może również poprzedzać tracheotomię. W razie braku umiejętnego dozoru jest tracheotomia zabiegiem pewniejszym nawet wtedy, jeżeli rurka często się zatyka. Lecz intubacyi również porzucać nie należy, gdyż obie operacye uzupełniają się. Poza kliniką, gdzie wszystko jest do tracheotomii przygotowane i gdzie krewni nie są obecni, jest intubacya bardzo ryzykowną.

35. Šoreys (Praga). **O ropniu płuc.** S. spostrzegał 9 przypadków ropnia płuc: 6 po zapaleniu, 1 po aspirowaniu wody w łaźni, 1 przy rozszerzeniu oskrzeli, 1 w zawale [infarkcie]. Ten ostatni wyleczył się zupełnie, 2 wypuszczono z kliniki bez gorączki z miernem wykrztuszaniem plwociny ropnej, 3 przypadki przeszły w stan przewlekły, 3 chorych umarło. Dla porównania przytacza Š. statystykę z zakładu anatomii patologicznej prof. Hlavy, gdzie między przeszło 10.000 zwłok znaleziono 260 ropni i 105 zgorzeli płucnych, i wylicza następnie drogi zakażenia w tych przypadkach.

36. J. Šebor (Praga). **Rak przełyku.** Podstawą odczytu tego jest materyał z oddziału prof. Maixnera i zakładu anatomii patologicznej. S. podnosi przedewszystkiem, że jeszcze przed dysfagią rak przełyku zapowiada się szeregiem niewyraźnych objawów (bóle w piersiach, bóle sięgające do łopatek lub do ramion, przypadłości żołądkowe itd.), i to szczególnie w przyp. raka wpustu. W dalszym przebiegu choroby zdarzają się nieraz okresy, w których dysfagia ustępuje na jakiś czas. Co do powikłań, to różne przedziurawienia do sąsiednich narządów wcale nie są tak rzadkie, jak zwykle się mówi. Również nie mógł Š. sprawdzić twierdzenia, jakoby rak przełyku odznaczał się małą skłonnością do przerzutów. Zajmujący objaw podwójnego zwężenia, z którym spotykamy się nieraz w przebiegu raka przełyku, ma swą przyczynę tylko w połowie przypadków w rzeczywistem podwójnem zwężeniu nowotworowem, w drugiej zaś połowie chodzi prawdopodobnie o skurcz odruchowy wpustu.

37. Prof. Reinsberg (Praga). **Mięśniak prążkowany serca.** Rzadki ten nowotwór znaleziono w czeskim zakładzie med. sądowej w czterech przypadkach. jako przyczynę nagłej śmierci: 1. Dziewczynka, licząca dni 14; śmierć nagła dnia 26/XI 1885; *rhabdomyoma teleangiectaticum* lewej komory. 2. Parobek 21-letni, śmierć nagła 21/XII 1894; nowotwór znajduje się również w ścianie komory lewej. 3. Dziewczyna 24-letnia, śmierć nagła 27/7 1898 przy pracy 4. Chłopak 11-letni umarł nagle 7/5 1895 bawiąc się. W oba tych przypadkach siedzibą nowotworu była przegroda serca.

38. Docent L. Haškovec (Praga). **Tyreoidyna i jej zastosowanie.** Tyreoidyna, wstrzyknięta do żyły, obniża parcie krwi i przyspiesza tętno. Pierwsze jest następstwem bezpośredniego działania na serce, drugie drażnienia nn. przyspieszających. Zastosowana wewnętrznie również przyspiesza tętno. W dalszym ciągu zaś jest tyreoidyna przyczyną szeregu objawów ujemnych t. zw. tyreoidyzmu. Według niektórych objawy zatrucia przy podawaniu tyreoidyny należy odnieść do sposobu jej przyrządzania (rozkład substancyi przez suszenie gruczołu).

Tyreoidyna działa przedewszystkiem na osobniki. u których czynność gruczołu tarczykowego jest nieprawidłową. Po wstrzykiwaniu tyreoidyny zauważyć można poprawę w tężyczce, cherze z braku gruczołu tarczykowego, najwięcej zaś w obrzęku śluzakowym. Zapomocą tyreoidyny starano się niekiedy w nowszych czasach przyspieszyć zrastanie się odłamków kostnych; wzmożona przemiana materyi pod wpływem tyreoidyny była przyczyną zastosowania tego przetworu jako środka przeciwko otyłości. H. spostrzegał w jednym przypadku sklerodemii i sklerodaktylii po tyreoidynie częściowe odbarwienie skóry i rozluźnienie stawów i skóry do pewnego stopnia.

39. L. Naxera (Praga). **Hippus i jego znaczenie.** Na 500 przypadków najrozmaitszych chorób stwierdzono na czeskiej poliklinice *hippus* 84 razy t. zn. w 16·8%. Wobec tak znacznej li-

czby nie można uważać zjawiska tego za stan patologiczny i nie można przywiązywać do niego wielkiej wagi rozpoznawczej. Co się tyczy powstawania tego zjawiska, to N. nie uważa go za odruch, wywołany przez zmienność w natężeniu światła, akomodacyi itp. lecz uważa go za zjawisko, zależne od sfery psychicznej. Np. jeżeli każemy komuś wpatrywać się w płomień, z reguły występuje zwężenie źrenic. Jeżeli zaś równocześnie zajmiemy umysł jego np. jakiemś zadaniem matematycznem, to pomimo ciągłego działania światła w 23 przypadkach na 30 widać rozszerzenie lub drganie źrenic. N. tłómaczy to w ten sposób, iż odwracając uwagę od płomienia, zamieniamy synergię na unerwienie mięśni śródgałkowych, względnie uwydatniamy przez to więcej działanie ośrodka rozszerzającego w korze mózgowej. Oczywiście należy przypuścić wzmożoną wrażliwość środka tego wobec bodźców psychicznych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 23 sierpnia.

— Redaktor główny „Przeglądu lekarskiego" Dr. August Kwaśnicki powrócił do Krakowa i objął swe czynności.

— Rządowy dziennik „Berliner Correspondenz" omawiając wykład Kocha na londyńskim zjeździe w sprawie zwalczania gruźlicy, podaje, że o wynikach badań swoich Koch zawiadomił już z początkiem lipca niemieckie władze rządowe, prosząc o wyznaczenie komisyi, któraby nadzorowała i sprawdzała jego pracę; do komisyi tej należeli między innymi Virchow i Bollinger. Wówczas też postanowiły niemieckie władze rządowe zarządzić na większą skalę dalsze badania, których dokładny plan już wypracowano. Dotychczas obowiązujące w Niemczech przepisy sanitarne, dotyczące mleczywa, nie ulegną jednak zmianie, tem mniej, że ukończenia badań, zarządzonych przez władze niemieckie, oczekiwać można może dopiero za lat kilka. Jak dotychczas więc obowiązane będą mleczarnie niemieckie i nadal do wyjaławiania mleka; również zaleca „Berliner Correspondenz" publiczności nie zaniedbywać przegotowywania mleka przed użyciem, choćby ze względu na inne zarazki, mogące prócz prątków gruźliczych znajdować się w mleku. *(Deutsch. med. Wochs.* Nr. 33).

Byłoby rzeczą pożądaną, aby przytoczone zapatrywania niemieckich władz sanitarnych doszły także i u nas do wiadomości szerokiego ogółu.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem pod kierownictwem Dr. Dłuskiego znajduje się już pod dachem i ma być otwarte w jesieni r. 1902.

— Kol. Dr. Ludwik Czernichowski z Orszy ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. kilkadziesiąt tomów polskich czasopism lekarskich („Gazety lek." „Medycyny" i „Kliniki"). Za hojny ten dar tem serdeczniejsze składam Mu podziękowanie, że są to tomy, brakujące naszej Bibliotece, a w handlu księgarskim i antykwarskim zupełnie wyczerpane.

Dr. L. K. Gliński, Bibliotekarz Tow. lek. krak.

Mianowania i odznaczenia: Prof. patologii zewnętrznej, Dr. Baudry, mianowany profesorem kliniki okulistycznej w Lille; Dr. Packard profesorem otyatryi w Filadelfii.

Zmarli: Profesor chirurgii Fontorbe w Rochefort; profesor chirurgii Saliczew w Tomsku; docent chirurgii Marston w N. Jorku; profesor anatomii porównawczej Ciaccio w Bolonii.

Bibliografia.

Bernhardt R. **Rzeżączka czyli tryper i jego leczenie.** Warszawa Wende i Ska. 1901. Cena 30 kop. Zaczynając od patologii opisuje autor dokładnie, a nader przystępnie i zrozumiale, objawy kliniczne rzeżączki ostrej i przewlekłej, dalej jej cechy rozpoznawcze, powikłania, pojawiające się tak często wśród jej przebiegu, wreszcie zachowanie się, sposoby leczenia i nieliczne, a mało skuteczne środki zapobiegawcze. W ustępie końcowym obok sposobów chronienia się przed zakażeniem, przestrzega również przed spółkowaniem w okresie istnienia rzeżączki, opisując ciężkie zazwyczaj następstwa zakażenia rzeżączkowego u kobiet. Książeczka niniejsza jest wydaniem popularnem, przeznaczonem zatem dla cierpiących na rzeżączkę w celu zwrócenia ich do lekarza. Trudno jednak przypuścić, aby broszurka ta zadość uczyniła swemu zadaniu, bo chorego, który wedle twierdzenia autora lekceważy chorobę i do lekarza chętnie się nie udaje, nie skłoni chyba do tego książeczka, z której chory dowiedzieć się może o środkach leczniczych i sposobie zachowania się wśród choroby; te zaś znowu podane ogólnie, a nie zastosowane do danego przypadku, nie mogą być dostateczne, — przeto chorego nie uleczą, a dają mu w ręce środki, które nieumiejętnie użyte mogą raczej zaszkodzić, niż pomódz. Oprócz tego nie można jednak dziełku żadnego zrobić zarzutu; sumienne opracowanie, jasny wykład i poprawny język składają się na udatną zresztą całość. *F. K.*

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

— *La Presse médicale* Nr. 63: Carriere: Paramyoclonus multiplex. Busquet: Badania przenoszenia się meningokoka drogami oddechowemi. Nr. 64: Bezy i Stoianoff: Leczenie gruczołem tarczykowym w obrzęku śluzakowym. Longuet: Aseptyka rąk w chirurgii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33: Pertot: W sprawie badania krwi przy łożu chorego. Alexander: O otwieraniu wyrostka sutkowego w znieczuleniu sposobem Schleicha. Halle: Przyczynek do nauki o *xeroderma pigmentosum* (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 33. Leser: Spostrzeżenia co do nowotworów złośliwych, w szczególności raków. Kreeke: Vioform, nowy środek zastępujący jodoform. Schattenfroh i Grassberger: W sprawie szelestnicy. Gebele: W sprawie leczenia niedrożności jelit zapomocą atropiny. Pritchard: Przypadek zatkania jelita przez kamień żółciowy; wyleczenie zapomocą atropiny. Aronheim: Niedrożność jelit a atropina. Pincus: Przypadek przejściowej ślepoty ołowiczej. Batsch: Sztuczne zęby w przełyku. Niewerth: W sprawie kiłowej rwy kulszowej i jej leczenia. Fütterer: Pierwszeństwo wykazania prątków durowych w treści woreczka żółciowego i wyjaśnienia przyczyny nawrotów duru. Flade: O użyciu zgłębnika żołądkowego przy wrzodzie okrągłym. Lautenschläger: W sprawie stosowania suchego powietrza w przewlekłych ropieniach ucha środkowego. Schulz: Przyczynek historyczny do sprawy leczenia niedrożności jelit zapomocą przetworów wilczej jagody.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Grunow: O zastosowaniu podskórnych wstrzykiwań żelatyny przeciw krwotokom. Bernhard M: O współruchach mięśni powieki i nosa. Mendel: O operacyi zaćmy u starców. Bonhoeffer: W sprawie patogenezy obłędu opilczego. Maas: O zmianach układu nerwowego ośrodkowego po podwiązaniu naczyń gruczołu tarczykowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Rok XL. Kraków, 31 Sierpnia 1901. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do wiadomości o działaniu enzymów na enzymy.[1])

Podali:

A. Wróblewski, B. Bednarski i M. Wojczyński.

Wstęp.

Sprawa działania enzymów na enzymy zajmowała od dawna badaczy. Jeszcze Corvisart uczył, że pepsyna i trypsyna wzajemnie się niszczą. Natomiast Kühne w r. 1876 podaje, że trypsyna zostaje zniszczoną przez pepsynę, lecz odwrotne działanie nie ma miejsca[2]). Ewald potwierdza te spostrzeżenia w r. 1880; stosował on do doświadczeń kwas solny 0·3%[3]). Engesser natomiast, którego preparat pankreatyny stosował Ewald, zaprzecza tym doświadczeniom i podaje, że pankreatyna nawet w 0·5% kwasie solnym nie traci pod wpływem pepsyny swego działania[4]). Z oświadczeń R. Maysa wynika, że pepsyna wspiera działanie słabych kwasów na trypsynę[5]). Podług Langleya natomiast, wbrew spostrzeżeniom Kühnego, trypsyna wywiera działanie na pepsynę, wspierając osłabiające działanie alkaliów. Podaje on, że podpuszczka zostaje zniszczoną przez trypsynę, pepsyna zaś osłabia diastazę[6]). Podług F. Falka ślina, sok trzustkowy oraz papaina nie działają na emulsynę. Papaina nie działa na ptyalinę oraz na diastazę. Podług tegoż autora pepsyna nie działa na inwertynę. Toż samo wykazali Ch. Richet i Szabo. Trypsyna również nie działa na inwertynę podług Falka[7]). Podług Marcusa i Pineta ślina i sok trzustkowy nie działają na emulsynę, lecz niszczy ją kwas solny 0·02%; papaina nie działa na ptyalinę i diastazę[8]). Podług A. Baginskyego trypsyna niszczy podpuszczkę[9]). Natomiast C. Fermi i L. Pernossi podają, że pepsyna nie działa na trypsynę[10]).

W powyższem zestawieniu zapatrywań badaczy na daną sprawę widzimy taką różnorodność poglądów i wyników badań, że nie możemy wysnuć pewnych i jasnych wniosków. Zdawało się więc nam koniecznem dla rozjaśnienia tego zagadnienia przedsięwziąć nowy szereg badań. Do ścisłego doświadczalnego zbadania tej spornej sprawy zachęcała nas jej ważność, ponieważ z przedsięwziętych w tym kierunku badań spodziewać się można było pewnych wyjaśnień co do chemicznych własności enzymów, a osobliwie co do ich własności jako ciał proteinowych.

W następujących sześciu rozdziałach podajemy sprawozdanie z naszych doświadczeń, które staraliśmy się wykonać z zastosowaniem najściślejszych metod.

I. O działaniu pepsyny na trypsynę.

Chcąc przedewszystkiem zbadać działanie pepsyny na trypsynę należało poznać wrażliwość trypsyny na działanie kwasu solnego, a następnie na rozczyn pepsyny w kwasie solnym.

Do doświadczeń stosowaliśmy świeżo przyrządzony preparat trypsyny wieprzowej, wywierający silne działanie. Równoległe próby trawienia w rozczynie zalkalizowanym sodą wykazały, że łatwiej trawi się pod wpływem tej trypsyny włóknik, niż ścięte białko jaja kurzego. W jednem z doświadczeń, wykonanych w celu przekonania się, jak rychło zaczyna się przejawiać trawienie, ścięte białko jaja kurzego zaczęło się rozpuszczać po upływie 4 godz. 30 minut, włóknik zaś, przechowywany w glicerynie, zaczął rozpuszczać się po 3 godz. 40 minutach, a włóknik, przechowywany w wyskoku, — po 4 godz. 15 min.

Trzy szeregi doświadczeń, zestawionych w Tabl. I. wykazują, jakiem jest działanie małych ilości kwasu solnego na tę trypsynę.

Do każdej próbówki dodaliśmy po 0·05 gr. trypsyny, rozpuszczonej w 3 c. sz. 0·1% rozczynu Na_2CO_3. Zobojętniliśmy ciecz w każdej próbówce, dodając po 0·9 c. sz. 0·056% kwasu solnego. Następnie dodaliśmy tyle kwasu solnego, aby próby zawierały taki jego procent, jak to wyrażają liczby drugiej kolumny Tabl. I. Po dodaniu kwasu wystąpiła słaba opalizacya, najsilniejsza w próbach, zawierających najwięcej kwasu. Wstawiliśmy wówczas próby do termostatu na 6 godzin, aby kwas solny działał na trypsynę w ciepłocie równo 37° C. Po wyjęciu z termostatu zobojętniliśmy sodą, dodaliśmy wody do równej we wszystkich próbach objętości (16·8 c. sz.), wzięliśmy po 5 c. sz. cieczy z każdej próby do świeżych próbówek. Dla zalkalizowania dodaliśmy do każdej próbówki po 5 c. sz. 0·2% rozczynu sody; ciecze nieco zmętniały. Wówczas dodaliśmy po równej objętości włóknika. Włóknik ten był przechowywany w glicerynie, wypłókany wodą i napęczniały wodą. Był on zabarwiony karminem podług przepisu Grütznera. Możliwie jednostajna jego warstwa, ułożona między dwiema tafelkami

---

[1]) Praca niniejsza została rozpoczęta w r. 1896 w Zakładzie fizyologicznym Uniw. Jagiellońskiego, a ukończona w r. 1901 w c. k. Zakładzie do badania środków spożywczych.

[2]) Jhrsb. f. d. Tierchemie. 1876.

[3]) Ibid. 1880. str. 297.

[4]) Ibid.

[5]) Ibid. str. 298.

[6]) Ibid. 1881. str. 295.

[7]) Ibid. 1881. str. 444 i 1882. str. 496.

[8]) Ibid. 1883. str. 416.

[9]) Ibid.

[10]) Ibid. 1894. str. 723. — Podane tu zestawienie nie jest zupełnem, ponieważ nie zostały tu zebrane doświadczenia dorywcze, opisywane przez badaczy w pracach, dotyczących innych tematów, których z tego powodu trudno odszukać w literaturze.

Tablica I.

	Liczba porz. próby	HCl %	Obserwowano rozpuszczanie się włóknika po upływie								
			1 godziny	2 godz.	$2^{1}/_{2}$ godz.	3 godz.	4 godz.	5 godz.	6 godz.	7 godz.	8 godz.
Szereg I.	1	0.028	—	zaczęło się trawienie	znaczna część strawiona	połowa strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad	powstaje mały osad
	2	0.056	—								
	3	0.084	—								
	4	0.112	—								
	5	0,140	—								
	6	0.280	—	—	—	zaczęło się trawienie	$^{1}/_{2}$ strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad
	7	0,560	—	—	—	—	zaczęło się trawienie	$^{1}/_{2}$ straw.	$^{2}/_{3}$ straw.	$^{9}/_{10}$ straw.	ślady pozost.
	8	0.000	zaczęło się trawienie	$^{1}/_{2}$ strawiona	większa część strawiona	mało pozostało	ślady pozostały	ślady	powstaje mały osad	dtto	dtto
Szereg II.	1	0,112	—	—	—	zacz się traw.	$^{1}/_{2}$ straw.	$^{1}/_{3}$ pozost.	$^{1}/_{4}$ pozost.	mało pozost	ślady
	2	0,140	—	—	—	zacz. się traw.	$^{1}/_{2}$ straw.	$^{1}/_{3}$ straw.	$^{1}/_{4}$ pozost.	mało pozost.	b. mało pozostało
	3	0,280	—	—	—	—	zacz się traw	$^{1}/_{9}$ pozost.	$^{1}/_{3}$ pozost.	$^{1}/_{4}$ pozost.	$^{1}/_{10}$ pozost.
	4	0.560	—	—	—	—	—	zacz. się traw.	$^{2}/_{3}$ pozost.	$^{1}/_{2}$ pozost.	$^{1}/_{3}$ pozost.
	5	0,700	—	—	—	—	—	—	zacz. się traw.	$^{2}/_{3}$ pozost.	$^{1}/_{2}$ pozost.
	6	0,000	zacz. się traw.	$^{1}/_{2}$ strawiona	zostały ślady	ślady	powstaje mały osad	dtto	dtto	dtto	dtto
Szereg III.	1	0,056	—	$^{1}/_{2}$ pozost.	$^{1}/_{3}$ pozost	$^{1}/_{4}$ pozost.	mało pozost	ślady pozost	ślady	po staje mały osad	dtto
	2	0,112	—	—	zacz się traw.	$^{1}/_{2}$ pozost.	$^{1}/_{4}$ pozost.	1/[illegible] pozost.	mało pozost.	ślady	ślady
	3	0.280	—	—	—	$^{3}/_{4}$ pozost.	$^{2}/_{3}$ pozost.	$^{1}/_{2}$ pozost.	mniejsza część pozost.	mało pozost	ślady
	4	0,560	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	5	0.980	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6	1.400	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	7	0.000	zacz się traw.	$^{1}/_{4}$ pozost.	mało pozost.	ślady pozost.	ślady	ślady	powst. osad	dtto	dtto

szklanemi, została podzielona na równe kwadraciki, zawierające prawie równe ilości włóknika. Po włożeniu próbówek do termostatu obserwowaliśmy rozpuszczanie się włóknika. Rozpuszczanie się to można było rozpoznać nie tylko po zmniejszaniu się objętości włóknika, ale o wiele pewniej i dokładniej po zabarwianiu się cieczy na czerwono i po wzmaganiu się natężenia tego zabarwienia.

Z doświadczeń tych wynika, że kwas solny działa szkodliwie na trypsynę. Małe jego ilości, do 0·14%, działają słabo, większe ilości wyraźnie osłabiają trypsynę, 0·56% HCl osłabia już bardzo silnie, a w pewnych warunkach zupełnie niszczy jej działanie.

Różnice, występujące w opisanych trzech szeregach doświadczeń, pochodzą zapewne stąd, że rozczyny trypsyny były nie jednostajnej siły, do jednego doświadczenia użyty był świeży rozczyn, do innego zaś — przyrządzony przed paru dniami, trypsyna zaś rozpuszczona w wodzie słabnie z czasem.

Doświadczenia te były jednak zbyt mało ściśle, aby mogły nas zadowolnić. Należało bardziej zaufać metodzie wagowej. Przedsięwzięliśmy więc szereg doświadczeń, do których zamiast włóknika napęczniałego używaliśmy włóknika, suszonego przy 105° C.

Do każdej próby dodawaliśmy po 0·05 gr. startego na proszek i przesianego włóknika i po 0·33 c. sz. 6% $Na_2 Co_3$ i ogrzewaliśmy w termostacie przez 4,5 godz., następnie sączyliśmy przez ważone sączki, przemywaliśmy wodą, wyskokiem i eterem i suszyliśmy przy 105° C. Waga niestrawionego włóknika wskazuje na większą lub mniejszą trawiącą siłę rozczynów, jak to przedstawiono w Tabl. II.

Próbowaliśmy też w przesączu zapomocą metody Esbacha. Im więcej włóknika się rozpuściło, tem więcej osadu powinno było powstać. Jednakże metoda Esbacha, sama przez się niedokładna, nie dała i w tym razie zadawalniających rezultatów. Do niejasności wyników przyczyniała się jeszcze i ta okoliczność, że część produktów trawienia, jak np. kwasy amidowe, wcale nie dawała osadu.

Tablica II.

L. próby	HCl %	Waga niestrawionego włóknika w gr.
1	0·028	0·0005
2	0·560	0·0440
3	0·980	0·0456
4	0·000	0·0031

Doświadczenia z suszonym włóknikiem, aczkolwiek przeprowadzone metodą wagową, okazały się bardzo mało ścisłemi i zadowolniły nas mniej, aniżeli doświadczenie z włóknikiem napęczniałym. Ziarenka suszonego włóknika tworzą się nie z jednostajną szybkością, mniejsze trawią się szybciej, większe powolniej; niektóre z nich pęcznieją łatwiej, inne trudniej. Stąd pochodzi trudność w porównywaniu wyników; w próbach, gdzie się włóknik łatwiej trawi, mogą pozostawać niestrawione cząstki.

Większej ścisłości można było oczekiwać przy stosowaniu rozczynów białka, które się dają ilościowo zupełnie dokładnie odmierzyć, posiadają jednostajność zawartości białka i działanie proteolityczne zachodzi w nich równomiernie i jednostajnie w całej masie. Do doświadczeń więc dalszych, zestawionych w Tabl. III, użyliśmy rozczynu białka kurzego 1 : 4, dodając po 3 c. sz. tego rozczynu do 5 c. sz., wziętych z każdej zobojętnionej próby. Następnie dodaliśmy dla zalkalizowania po 0·33 c. sz. 6% rozczynu sody i ogrze-

waliśmy w termostacie w ciągu 6 godzin. Następnie dodaliśmy dostateczną ilość 10% kwasu octowego, zagotowaliśmy, przesączyliśmy przez ważony suchy sączek, przemyliśmy wodą, wyskokiem i eterem i zważyliśmy po wysuszeniu przy 105°C. Czwarta próba wykonana była bez trypsyny w celu wagowego oznaczenia całkowitej ilości białka przed trawieniem.

Tablica III.

L. próby	Rozczynu trypsyny c. sz	HCl %	Niestrawionego białka gramów
1	3	0·028	0·0548
2	3	0·980	0·0690
3	3	0·000	0·0537
4	0	0·000	0·0698

Doświadczenia z suszonym włóknikiem i białkiem jaja kurzego (Tabl. II. i III.) potwierdziły nasze spostrzeżenia poprzednie. Mała ilość kwasu nie osłabia trypsyny, większe jego ilości niszczą natomiast ten enzym.

Ze wszystkich wypróbowanych metod badania najdokładniejszą się okazała metoda ostatnia, z zastosowaniem rozczynu białka jaja kurzego.

Po wypróbowaniu metod, oraz po zapoznaniu się z działaniem kwasu solnego na trypsynę przedsięwzięliśmy doświadczenia, dążące do wyjaśnienia działania pepsyny na trypsynę.

W Tabl. IV. zestawione są wyniki, otrzymane przy stosowaniu do trawienia napęczniałego włóknika. Próby były przyrządzone podobnie jak poprzednio (Tabl. I.), w dwóch równoległych szeregach, oba szeregi były traktowane jednocześnie i różniły się pomiędzy sobą tem, że próby jednego z nich zawierały prócz kwasu po 2·66 c. sz. 2% rozczynu pepsyny. Po dodaniu kwasu i pepsyny próby były pozostawione w termostacie przez 6 godzin, poczem zobojętniliśmy kwas dodając obliczoną ilość rozczynu sody, dodaliśmy wody dla zrównania objętości cieczy we wszystkich próbach i zalkalizowaliśmy zapomocą sody, dodając jej tyle, aby próby zawierały 0·1% Na_2CO_3. Wstawiliśmy próby do termostatu i obserwowaliśmy przez 6 godzin, następnie przechowaliśmy próby przez noc w zimnem miejscu i po 18 godzinach, licząc od początku obserwacyi, wstawiliśmy je znowu do termostatu. Z danych Tabl. IV. wynika wyraźnie, że pepsyna działa na trypsynę niszcząc jej enzymotyczne własności.

Tablica IV.

Liczba próby	2%-go rozcz. trypsyny c. sz	HCl %	2%-go rozcz. peps. c. sz.	Obserwowano rozpuszczanie się włóknika po upływie								
				3 godz	4 godz.	5 godz.	6 godz.	19 godz.	20 godz.	22 godz.	26 godz.	29 godz.
1	3	0,056	2,66	—	—	—	—	zacz. się traw.	3/4 pozost	1/2 pozost.	1/3 pozost.	mało pozost
2	„	0,112	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	„	0,168	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	„	0,224	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	„	0,056	0,00	zacz. się traw.	1/4 pozost	mało pozost	mało pozost.	wszyst str.	—	—	—	—
6	„	0,112	„	—	—	zacz się traw.	1/2 pozost.	mało pozost.	ślady pozost.	wszyst str.	—	—
7	„	0,168	„	—	—	—	—	1/4 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost.	mało pozost.	wszyst. str.
8	„	0,224	„	—	—	—	—	1/1 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost	„	„
9	„	0,280	„	—	—	—	—	1/4 pozost.	1/5 pozost.	1/6 pozost.	„	„
10	„	0,560	„	—	—	—	—	1/2 pozost.	1/4 pozost.	mało pozost.	ślady	„
11	„	1,120	„	—	—	—	—	zacz. się traw.	zacz. się traw.	3/4 pozost.	3/4 pozost.	1/2 pozost.
12	„	0,000	„	mało pozost.	wszyst. str.	—	—	—	—	—	—	—
13	0	0,000	„	—	—	—	—	—	—	—	—	—

W celu ściślejszego zbadania tej kwestyi przedsięwzięliśmy trzy niezależne od siebie i w różnym czasie wykonane szeregi prób z rozczynem białka jaja kurzego. Wyniki tych doświadczeń zestawione są w Tabl. V.

Liczby tu podane wskazują, iż pepsyna bez wątpienia działa na trypsynę, chociaż nie tak silnie, aby ją miała w krótkim czasie zupełnie strawić, lecz wspiera ona szkodliwe działanie kwasów na trypsynę.

Tablica V.

Liczba próby		2% rozcz. tryps. c. sz.	HCl %	Pepsyny grm.	Rozczynu białka (1:5) c. sz.	Waga niestr. białka grm.
Szereg I.	1	10	0·056	0·1078	3	0·0185
	2	„	1·120	0·1078	„	0·0761
	3	„	0·056	0·0000	„	0·0230
	4	„	1·120	0·0000	„	0·0480
	5	„	0·000	0·0000	„	0·0000
	6	0	0·000	0·0000	„	0·1025
Szereg II.	1	10	0·056	0·1078	3	0·0207
	2	„	0·280	0·1078	„	0·0392
	3	„	1·120	0·1078	„	0·0401
	4	„	0·056	0·0000	„	0·0131
	5	„	0·280	0·0000	„	0·0372
	6	„	1·120	0·0000	„	0·0386
	7	„	0·000	0·0000	„	0·0272
Szereg III	1	3	0·028	0·1078	3	0·0230
	2	„	0·560	0·1078	„	0·0299
	3	„	0·980	0·1078	„	0·0457
	4	„	0·000	0·0000	„	0·0087
	5	0	0·000	0·0000	„	0·1102

II. O działaniu trypsyny na pepsynę.

Działanie trypsyny na pepsynę badaliśmy w rozczynie alkalicznym, w którym ono najlepiej się pojawia. Następnie

po zobojętnieniu zakwaszaliśmy próby, aby wypróbować, czy pepsyna jeszcze trawić może*). Stosowaliśmy obojętny 2% roczyn trypsyny oraz 2% roczyn pepsyny, zobojętniony ługiem; na 10 c. sz. rozcz. pepsyny zużyliśmy 0,2 c. sz. 1% NaOH.

Doświadczenia wykonywaliśmy w ten sposób, że do 8 próbówek wlaliśmy po 5 c. sz. roczynu pepsyny, następnie dodaliśmy ilości ługu, wykazane w drugiej kolumnie Tabl. VI, oraz po 5 c. sz. roczynu trypsyny, do prób LL. 1—4 gotowanego roczynu, do prób LL. 6—9 natomiast roczynu niegotowanego, dopełniliśmy wodą do równej objętości 13 c. sz. we wszystkich 8 próbach i pozostawiliśmy w termostacie Ostwalda przy 37°C. w ciągu 6 godzin. Następnie wyjęliśmy z termostatu, zobojętniliśmy kwasem solnym, dopełniliśmy wodą do równej objętości 15 c. sz. Wówczas też przyrządziliśmy świeży roczyn 0,1gr. pepsyny w 15 c. sz. wody dla próby L. 5. Z każdego z tych roczynów wzięliśmy po 10 c. sz. do nowych próbówek, dodaliśmy po 5 c. sz. roczynu białka w 0,2% kwasie solnym i pozostawiliśmy dla wypróbowania pepsyny w termostacie Oswalda przy 37°C. przez 6 godzin. Ilość niestrawionego białka oznaczyliśmy metodą wagową, zaprawiając ciecz w każdej próbie kwasem octowym, zagotowując i ważąc przemyty i wysuszony osad ściętego białka. W próbie 10 oznaczyliśmy dla kontroli ilość białka, zawartego w 5 c. sz. roczynu.

Tablica VI.

Liczba próby	2% rozcz. pepsyny c. sz.	NaOH %	2%-go rozcz. trypsyny c. sz.	Rozcz. białka kurzego w 2%-wym HCl c. sz.	Waga niestrawionego białka w gr.
1	5	0,00	gotow. 5	5	0,1070
2	„	0,01	„ „	„	0,1308
3	„	0,05	„ „	„	0,1400
4	„	0,10	„ „	„	0,1430
5	„	0,00	„ „	„	0,0699
6	„	0,00	śwież. 5	„	0,1410
7	„	0,01	„ „	„	0,1525
8	„	0,05	„ „	„	0.1455
9	„	0,10	„ „	„	0,1498
10	0	0,00	0	„	0,1395

Z danych Tabl. VI wynika, że 0,05% i 0,10% NaOH niszczą pepsynę, zaś 0,01% osłabia ją znacznie, dodanie zaś świeżej trypsyny wzmaga jeszcze to osłabiające działanie. Ale i bez dodania ługu świeży roczyn trypsyny działa na pepsynę, jak to wynika z porównania próby L. 1 i L. 6. Zbyt wielka waga osadu białka w próbach LL. 7, 8 i 9 pochodzi stąd, że roczyn trypsyny zawiera ścinające się przy zagotowaniu białka, które tu szły na wagę razem z białkiem jaja kurzego. W próbach LL. 1—4 dodaliśmy natomiast roczyn trypsyny, przesączony po zagotowaniu. Porównanie prób L. 1 i L. 5 wykazuje, że pepsyna w próbie pierwszej osłabła pod działaniem wody. Z danych tego rozdziału wynika, że trypsyna działa na pepsynę, wspierając niszczące działanie ługu. (Dok. nast.)

*) Stosowaliśmy trypsynę i pepsynę sprowadzoną od Mercka. Do rozpoznania odczynu, czy jest kwaśnym, zasadowym lub obojętnym, używaliśmy fioletowego roczynu lakmusu, oraz fioletowo-niebieskiego roczynu lakmoidu. Roczyny enzymów posiadają odczyn podwójny, zapomocą więc samego lakmusu nie można rozpoznać zobojętnienia, natomiast lakmoid wskazuje niebieskie zabarwienie, gdy ciecz zawiera jedno- i dwukwaśne fosforany, nie zawierając wolnego kwasu.

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Większość autorów obcych, a wielu naszych (Rydygier, Krajewski) zaznacza wyraźnie, że nie ma równoległości między zmianami anatomicznemi a objawami klinicznymi. Podział więc anatomiczny (Sonnenburga) do celów kliniczno-praktycznych się nie nadaje. Również nieodpowiednim jest podział na przypadki ciężkie, średnie i lekkie. Bo nie jeden z ciężkiego napadu zapalenia wyrostka łatwo wyzdrowiał, a inny, który cierpiał na lekki napad, lekko także... umierał. Dla celów klinicznych należałoby zatem stworzyć podział taki, któryby uwzględniał nie tyle zmiany anatomiczne, ile wskazane w danym razie postępowanie lecznicze. Oczywiście, że tylko w wyjątkowych przypadkach takie rozpoznanie uda się postawić od pierwszego wejrzenia; niekiedy musi się kilka dni badać, zanim zdołamy się należycie i jak potrzeba w położeniu rozpatrzeć. Dlatego też i z tej przyczyny, że w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego w czas podjęty zabieg chirurgiczny większą może przynieść korzyść choremu, niż bierne spostrzeganie internisty, które z co najmniej równą dla chorego korzyścią przeprowadzić potrafi każdy chirurg, słusznie domagają się chirurdzy, aby zapalenie wyrostka zaliczać do cierpień chirurgicznych „par excelence" lub aby każdy taki przypadek obserwowali pospołu chirurg i internista. Takie wspólne badanie wyjdzie obu stronom na korzyść, a może — czynię to przypuszczenie z wszelkiemi zastrzeżeniami, — lepiej wyszliby na tem także sami chorzy. W każdym razie rzadziej stawałby chirurg przy łożu chorego „z uczuciem noża na gardle", jak się wyraża Prof. Rydygier w swoim referacie, a znając przypadek od początku, nie z opowiadania, a z własnego spostrzegania, łatwiej i prędzej decydowałby się na odpowiedni zabieg, aniżeli wówczas, kiedy bywa zapraszany już do gotowego. Stawiając zaś takie żądanie, nie zdradzamy wcale krwiożerczych instyktów, przeciwnie podejmujemy się bez operacyi wyleczyć tyluż chorych, co i lekarze chorób wewnętrznych; pragniemy tylko, aby w każdym przypadku zapalenia wyrostka zachowany był „pokój zbrojny" (Sahli). Uzbrojenie zaś owo, zdaniem większości, nie polega na obstawieniu chorego flaszeczkami z nalewką makowcową lub innemi miksturami, lecz na takiem zarządzeniu, aby już w parę godzin po zdarzonem zajściu módz przystąpić do najcięższego w tych warunkach zabiegu tj. do otwarcia jamy brzusznej.

Przejrzystym byłby może podział kliniczny na:

I. Scolecoiditis acuta a) simplex b) periscolecoiditis serofibrinosa c) periscolecoiditis purulenta α) saccata β) progrediens d) scolecoiditis cum peritonitide diffusa α) sero-purulenta β) septica.

II. Scolecoiditis chronica a) remittens b) recurrens.

III. Scolecoiditis larvata.

Dla porównania przedstawiam tu podział kliniczny Rydygiera i Krajewskiego. Rydygier przyjmuje:

I. Zapalenie wyrostka rob. nieżytowe bez towarzyszącego zapalenia otrzewnej *a)* z przekrwieniem *b)* z owrzodzeniem błony śluzowej.

II. Zapalenie wyrostka rob., połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanek sąsiednich, z mniejszym lub większym naciekiem lub wysiękiem zapalnym (plastron).

III. Zapalenie wyrostka rob. połączone z ogólnem zapaleniem otrzewnej *a)* ropnem, włóknikowo-ropnem. *b)* posokowatem.

Podział zaś Krajewskiego przedstawia się tak:

I. Zapalenie wyrostka rob. bez udziału tkanek otaczających. 1. *Append. simplex a) acuta b) chronica* 2. *Hydrops et empyema processus vermiformis.*

II. Cierpienia, będące najczęściej następstwem pierwotnej choroby wyrostka, czasami jednak wywołane przez pierwotne cierpienie kiszki ślepej: 1. *Peritonitis generalis ex appendicitide* 2. *Pylephlebitis ex appendicitide* 3. *Epityphlitis a)* ***acuta*** *α) circumscripta β) progrediens b)* ***chronica*** *α) vulgaris β) tuberculosa γ) actinomycotica c)* ***latens*** *d)* ***recurrens.***

III. Cierpienia, naśladujące ostre zapalenie okołowyrostkowe *(pseudoepityphlitis).*

Największą liczbę przypadków tego cierpienia stanowi *scolecoiditis acuta simplex.* Do tej postaci zaliczamy te przypadki, w których występuje napad nagle, nie poprzedzony żadnymi objawami zwiastunowymi, ciepłota nie przekracza 39⁰, stan ogólny dobry, tętno odpowiada zupełnie gorączce, wymioty, jeżeli były, to tylko raz, na samym początku cierpienia, miejscowo zaś przy badaniu znachodzimy nad talerzem biodrowym prawym bolesność, najwybitniejszą w punkcie Mc. Burneya, i opór, zależny tylko od napięcia miejscowego powłok brzusznych, o czem przekonać się możemy lekkiem opukiwaniem tej okolicy. Wypuk wówczas będzie głośny, bębenkowy, chyba że w kątnicy nagromadzi się większa ilość kału, który przytłumi jasność wypuku. Badaniem przez odbytnicę wykazać możemy co najwyżej bolesność po stronie prawej, ale żadnego obrzęku. Ciepłota w odbytnicy wyższa o 0·9⁰—1·0⁰ od ciepłoty pachy, podczas gdy w stosunkach prawidłowych i w innych chorobach gorączkowych różnica ta nie wynosi więcej, jak 0·5—0·6⁰. Na objaw ten zwracają uwagę Madelung, Schüle i Lenander. Objaw to ważny, nie tylko pod względem rozpoznawczym, ale, jak później wspomnę, także i w rokowaniu. Gorączkowy stan i bolesność utrzymują się w tej postaci choroby przez kilka (około 6) dni, poczem oba te główne objawy znikają albo nagle *per crysin* lub też powoli *per lysin.* W leczeniu najważniejsze — to bezwzględny spokój i bardzo ścisła dyeta, najlepiej ograniczona wyłącznie do wody białkowej, podawanej łyżeczkami. Takie kilkudniowe głodzenie szkody nie przynosi. Miejscowo worek z lodem, zawieszony na obręczy, okłady wysychające lub gorące, co chory woli i co mu największą ulgę przynosi.

Teraz wylania się zagadnienie najważniejsze, jakkolwiek może dla przebiegu choroby obojętne, czy podawać wewnętrznie makowiec czy środek czyszczący (olej rącznikowy, kalomel). Jeden i drugi środek ma swoich gorących zwolenników, tak zawziętych, że zwolennicy np. oleju rącznikowego oskarżają zwolenników makowca o błąd w sztuce[24]). Te skrajne różnice zdań zdają mi się dostatecznie dowodzić, że obojętnem jest, co podamy. Nie przeszkadzając tedy przeznaczeniu, sądzę że najlepiej zrobimy nie podając chorym ani makowca, ani olejku. W chirurgii jamy brzusznej odzwyczailiśmy się wreszcie od szablonowego podawania makowca i nie mieliśmy dotychczas powodu tego żałować. Makowiec, porażając jelita, wzmaga wzdęcie *(meteorismus),* przez co jeszcze bardziej utrudnia oddychanie i nie zapobiega temu, aby w danym razie nie wytworzyła się zgorzel wyrostka robaczkowego, boć ta zależy od znanych zmian anatomicznych. Nie pomoże też w wytwarzaniu się zlepów otrzewnowych, bo ruchy robaczkowe jelit, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka, któremu tak często towarzyszy zaparcie stolca, nie są nigdy tak gwałtowne, aby mogły aż przeszkodzić wytworzeniu się zlepów. Nie ulega jednak wątpliwości, że makowiec tamuje ruch robaczkowy, a przez to, jako też przez to, że pośrednio wzmaga wzdęcie, utrudnia rychłe rozpoznanie powstającego dopiero ogólnego zapalenia otrzewnej. A to wielka rzecz. Makowiec tylko tyle robi dobrego, że łagodzi a nawet usuwa zupełnie bóle. Do tego samego celu możemy jednak użyć podskórnie morfiny, która będzie równie skuteczna, jak makowiec, ale bez owych niepożądanych dodatków, lub wreszcie wilczej jagody, wzgl. jej farmaceutycznych przetworów. Z drugiej zaś strony nie zaleca się bynajmniej podawanie środków czyszczących, gdyż te rzeczywiście wzmagając ruch robaczkowy i umożliwiając płynnemu kałowi dostanie się do wyrostka, przyspieszyć mogą zagrażające już jego przedziurawienie, lub przez otwarty już wyrostek przepchać jeszcze większą ilość kału do jamy otrzewnowej. W ostatecznej już potrzebie, gdy chory wiele cierpi z powodu braku stolca (a wiadomo, że różni różnie na brak ten oddziałują), zalecić możemy lewatywę z małych ilości (około 500 gr.) letniej słonej wody i w razie potrzeby kilkakrotnie je powtórzyć.

Po ustąpieniu bolesności i gorączki, kiedy już śmielej badać możemy, nie wyczujemy w dole biodrowym żadnego nacieku, co najwyżej wtłaczając palce głęboko i trochę dopełniając spostrzeżenia wyobraźnią, wyczujemy wyrostek robaczkowy jakoby nieco zgrubiały i tkliwy. Wkrótce jednak znika i ta tkliwość, a wraz z nią następuje anatomicznie i ogólnie powrót do pierwotnego stanu zdrowia. Zupełnie jednak stanowczo i prawdziwie mówić możemy, że przebyta choroba była tylko prostem ostrem zapaleniem wyrostka (*scolecoiditis acuta simplex*), gdy co najmniej po jednorocznem spostrzeganiu (chociaż inni autorowie wymagają dwóch lat) chory nie narzeka na żadne dolegliwości ze strony jelita ślepego, ani też w tym czasie nie wystąpił świeży napad. Zestawienia różnych autorów (Kleinwächter, Rotter, Sahli i in.) wykazują, że takie przypadki stanowią około 70% wszystkich zachorzeń na zapalenie wyrostka robaczk.

W naszej klinice nie spostrzegaliśmy żadnego przypadku, któryby odpowiadał wszystkim tym warunkom.

Tą liczbą 70% objąć się jednak musi przeważną liczbę i z następnego działu: *periscolecoiditis sero-fibrinosa.* Tu już możemy wykazać wcale wyraźny „plastron“, utworzony z nieznacznych zlepów pętli jelitowych i wysięku surowiczego i włóknikowego. Tej odmianie towarzyszą zwykle objawy takie same, jak w postaci poprzedniej, z dodatkiem „plastronu“. Naciek nie obfity i surowiczy rychło ulega wessaniu. Część tych przypadków leczy się bez pozostawienia śladów, część zaś przechodzi w postać przewlekłą.

[24]) Bobrow, Deaner, A. C. Bernays, wielki znawca w sprawie zapaleń wyrostka robaczkowego, oświadczają się gwałtownie i zasadniczo przeciwko makowcowi. Marklecow, Kleinwächter i przeważna część internistów równie usilnie zalecają makowiec.

I w tej gromadzie podobnie, jak i w poprzedniej, wystarcza i do celu prowadzi leczenie środkami wewnętrznymi, jednak o tyle tylko, o ile nie rozwinie się postać przewlekła.

I z tej gromady nie mieliśmy sposobności leczyć ani jednego przypadku.

Periscolecoiditis purulenta jest odmianą poprzedniej. Tu już naciek miejscowy jest o wiele wybitniejszy, niż w przypadkach gromady poprzedniej. Ponad nim nierzadko stwierdzić możemy obrzęk skóry i tkanki podskórnej, a w późniejszych okresach zaczerwienienie skóry i chełbotanie. Odpowiednio do tych zmian zmienia się i stan ogólny: gorączka utrzymuje się stale przez przeciąg choćby paru tygodni, nierzadko występują dreszczyki, objaw bardzo niepożądany, zwłaszcza gdy równocześnie stwierdzimy podsychanie języka. Gdy sprawa się ograniczy do najbliższego sąsiedztwa wyrostka robaczkowego, a zatem powyżej więzu Pouparta, dalszy przebieg może być łagodnym, a nawet zakończyć się wyzdrowieniem. Nie kto inny bowiem, jak właśnie Sonnenburg wykazał, że takie ropnie okołowyrostkowe, których istnienie udowodnił zapomocą nakłucia, mogą jeszcze uledz wessaniu. Częściej jednak to nie następuje i ropień przebija się na zewnątrz przez skórę, tworzy się przetoka, z którą chorzy potem noszą się latami, chyba że nowy i cięższy napad zmusi ich przedtem szukać pomocy chirurgicznej. Rzadziej następuje przebicie do któregokolwiek z sąsiednich narządów, lub wreszcie, co się stosunkowo najrzadziej zdarza, ropień taki przebija równocześnie do jelita i przez powłoki brzuszne, przez co w końcu powstaje stała przetoka kałowa [25]).

Spostrzeżenia: I. 1899 N. p. 50. T. H. l 36. żona handlarza. Od 14/1 do 8/2. Przed dwoma miesiącami po napadzie bólów w boku prawym, wytworzył się tamże guz. Ból utrzymuje się stale. St. ob.: Brzuch wzdęty, przez powłoki brzuszne rysują się pętle jelit. Nad prawym talerzem biodrowym guz wielkości głowy noworodka, chełboczący, skóra nad nim zaczerwieniona. 14/1 otworzono ropień. Ropa brudna, cuchnąca. 8/2 rana wszędzie ziarniną pokryta. Na odcięcie wyrostka robaczkowego chora się nie godzi.

II. 1901 N. p. T. G. l. 52, urzędnik. Od 18/4 do 12/6. Obecne cierpienie trwa od miesiąca. Rozpoczęło się bólem w pachwinie prawej, który przez 10 dni utrzymywał się w jednej mierze. Po przemijającej poprawie, pogorszenie. St. ob.: Ponad prawym więzem Pouparta guz podłużny, chełboczący, skóra nad nim niezmieniona. Ciepłota rano 36·5, wieczorem 38·5. — 19/5 nacięcie ropnia w znieczuleniu miejscowem; znaczna ilość ropy brudnej, cuchnącej. 12/6 wypisany z małą przetoczką, z której przez krótki czas wydzielał się kał. Ma się zgłosić po paru tygodniach w celu usunięcia wyrostka robaczkowego.

III. 1899. N. p. 93. M. K. l. 26, młynarz. Od 20/1 do 8/3. Obecne cierpienie trwa od 3 miesięcy. Rozpoczęło się nagłym bólem w krzyżach, który następnie ograniczył się do prawego podbrzusza. Bóle o tem samem nasileniu trwają ciągle. Stolec zaparty. St. ob.: W szczytach płuc wypuk przytłumiony. Brzuch płaski, tylko nad talerzem biodr. pr. wysklepiony przez guz chełboczący, bolesny. Ciepłota prawidłowa. 21/1 przecięto ropień cięciem Rydygiera. Jama po ropniu wypełniała się powoli. Dnia 1/2 i 6/2 krwawienie z rany. Dnia 8/3 na własne żądanie wypisany z kliniki z raną brodawkującą, głęboką na 5—8 ctm.

IV. 1899. A. W. l. 23., masarz. Od 6/6 do 12/7. Obecne cierpienie trwa od 10 dni. Rozpoczęło się gwałtownymi bólami w brzuchu, najwybitniejszymi w prawem podbrzuszu, gdzie bez skutku stawiano pijawki. St. ob.: Brzuch miernie wysklepiony. Przy głębszem obmacywaniu po stronie prawej na wysokości pępka wyczuwa się guz grubości i kształtu palca, bolesny. 6/6 Cięcie Rydygiera. Naokoło kątnicy zrosty. Wyrostek rob. przyrośnięty do tylnej ściany kątnicy, na szczycie przedziurawiony i zanurzony w małym ropniu. Wyrostek odcięto. W połowie wyrostka przewężenie. Ranę z przodu zaszyto z wyjątkiem najniższego punktu, gdzie wprowadzono seton. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

V. 1901. E. B. l. 28, muzykant. Od 12/2 do 27/4. Chory od 6 tygodni. Cierpienie rozpoczęło się bólem w prawej połowie brzucha; wkrótce potem chory zauważył guz ponad pachwiną. Gorączka 38—39°. St. ob.: Wyraźne wypuklenie brzucha po prawej stronie u dołu, zależne od guza rozlanego, skóra nad guzem obrzękła. Bolesność znaczna. Chełbotanie. Wypuk przytłumiony. 6/4 cięciem Rydygiera przecięto olbrzymi ropień. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Wypisany z kliniki z raną podgojoną. Dalej leczony jako chory przychodni.

VI. 1901. J. P. l. 49 rolnik. Od 8/6 do 25/6. Obecna choroba trwa od 3 tygodni, a rozpoczęła się bólami w dolnej połowie brzucha poniżej i na prawo od pępka. Gorączkuje, ma dreszcze. St. ob.: Dolna część brzucha ponad spojeniem łonowem wysklepiona, na skórze ślady po pijawkach. Wypuklenie zależy od dużego guza nieruchomego, chełboczącego. Wypuk nad nim stłumiony. Bolesność w okolicy kiszki ślepej i pętli esowatej. Po kilkudniowem spostrzeganiu, wśród którego chory gorączkował (do 38·2) guz zmniejszył się i przesunął bardziej ku stronie prawej. Przy wypisywaniu chorego z kliniki na jego własne żądanie, stwierdzono na talerzu biodrowym prawym guz wielkości pięści, chełboczący.

VII. 1900. W. R. l. 47., rolnik. Od 3/11 do 16/1. Od 3 lat chory na przepuklinę pachwinową prawą i nosi pasek. Przed 3 dniami zaczęło go bardzo boleć w okolicy przepukliny, moszna obrzękły i stwardły. Od 3 dni stolca, ani wiatrów niema. Nie wymiotował. St. ob.: Prawa połowa moszen powiększona, skóra nad nią zaczerwieniona. Bolesność. Wypuk nad guzem stłumiony. Ponad talerzem biodrowym brzuch lekko wysklepiony; obmacaniem stwierdza się w głębi obrzęk, wielkości dwóch pięści, bolesny, napięty, chełboczący. Wypuk bębenkowo-przytłumiony. Gorączkuje do 39·3°. — 5/11 w uśpieniu chloroformowem cięcie jak przy operacyi doszczętnej sp. Bassiniego. Z worka przepuklinowego wylewa się ropa: zawartość przepukliny stanowiła kątnica i silnie zrosłe z nią pętle jelita cienkiego. Wyrostek robaczkowy nie widoczny i nie szukano go. Rana goiła się *per secundum*. Chory opuścił klinikę z blizną i otrzymał polecenie, aby się za parę tygodni stawił w celu usunięcia wyrostka.

Tak bywa w przypadkach szczęśliwych. W innych ropienie nie ogranicza się, lecz szerzy się w jednym lub drugim kierunku, jak to już naszkicowaliśmy, mówiąc o zmianach anatomo-patologicznych. Przyłączyć się mogą powikłania, same przez się groźne, nierzadko śmiertelne (ropień podprzeponowy, otok opłucny, ropnica i t. n.).

Sądzę że dokładne spostrzeganie kliniczne i ponawiane codziennie dokładne badanie, uwzględnienie szczegółowe tętna i gorączki i ich wzajemnego stosunku, dreszczów (zwłaszcza tętno powyżej 120 każe być bardzo ostrożnym), często ponawiane badanie przez odbytnicę, pozwolą nam na czas rozpoznać tę złośliwą postać *periscolecoiditis purulenta progrediens* i przez czynne wdanie się zapobiedz złemu. W przypadkach tych ograniczyć się na leczeniu wewnętrznem lub, co na jedno wyjdzie, wyczekiwać wyjątkowo możliwego samowyleczenia, aby módz w danym razie operować „a froid", wydaje mi się postępowaniem nieodpowiedniem, ryzykownem i przynoszącem choremu raczej szkodę niż pożytek. Jeżeli już nie co innego, to przynajmniej stara chirurgiczna zasada „*ubi pus ibi evacua*" powinna być obowiązującą. Powstrzymywać należy tylko przedwczesne zapały, a do operacyi przystąpić wówczas, gdy już jesteśmy pewni jakichtakich zrostów, odgraniczających jamę otrzewnową niezajętą. A na tę chwilę, przy znanej wytwórczej własności otrzewnej, chyba nie długo wypadnie nam czekać. W przypadkach *periscolecoiditis purulenta saccata* nie ma powodu nastawać i nalegać na chorego, trzeba mu dać czas do namysłu i oględnie przedstawić mu korzyści wczesnej operacyi. Zre-

[25]) cf. Spostrzeż. XIX.

sztą dokładniej o rodzaju operacyi i jej rozmiarach pod koniec wykładu.

Spostrzeżenia:

VIII. X., pryw., lat 16. Chory od kilku tygodni. Zapadł wśród typowych objawów ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przez cały czas wysoko gorączkuje. St. ob.: Brzuch lekko wzdęty, ale bolesny tylko po prawej stronie. Tu największa oporność. Wyraźnego nacieku niema. Objawów ogólnego zapalenia otrzewnej niema. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Rydygiera. Otrzewnej nie przecinano, lecz odłuszczając ją ku tyłowi i ku miednicy małej natrafiono na ognisko ropno-posokowate. W czasie operacyi naddarła się pętla jelita, — jak się zdaje oddzielił się wyrostek rob. od podstawy. Przez otwór wylewa się obficie kał. Otwór zaszyto, wyrostka nie szukano. — Chory umarł w trzy dni po operacyi wśród objawów posocznicy.

IX. J. W. l. 20, słuchacz politechniki. Od 18 do 27 listop. 1900. Często zapadał na zapalenie migdałków. Obecne cierpienie od 10-ciu dni. Rozpoczęło się bólem w brzuchu, który 7-ego dnia rano nagle się zwiększył. St. ob.: Objawy posocznicy. Brzuch wzdęty, po prawej stronie bardzo bolesny i silnie napięty ;— po lewej niebolesny. Po prawej wypuk stłumiony, schodzi się ze stłumieniem wątroby. W klatce piersiowej po stronie prawej z tyłu objawy wysięku opłucnowego. Temperatura 39·5. — Wykonano resekcyę żebra po stronie prawej — wylało się wiele płynu posokowatego. 27/11 chory umarł. Sekcya wykazała: *appendicitis perforativa, abscessus cavi Douglasi, abscessus subphrenicus, pleuritis exsudativa. Causa mortis: pyaemia.*

X. J. P. l. 15, uczeń krawiecki, od 12—13 kwietnia; chorego przyniesiono z rozpoznaniem przedziurawienia wyrostka robaczkowego, z kliniki wewnętrznej. Natychmiast otwarto cięciem Rydygiera jamę brzuszną. Z okolicy kątnicy wylał się płyn posokowato-ropny, a w nim kamyk kałowy. W kilka godzin potem chory umarł. Sekcya potwierdziła rozpoznanie i wykazała liczne ropnie wątroby. *Causa mortis: septico-pyaemia.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Lubliński. **Czy istnieje porażenie samego mięśnia pierścienio-tarczykowego.** (*Münchner medic. Wochenschrift* 1901, Nr. 26). Schrötter oświadcza, że nigdy takiego porażenia nie widział. Z tem oświadczeniem Schröttera zgadza się może to, że rozmaici autorowie podają tej zmiany różnorodne objawy. Autor miał w trzech przypadkach spostrzegać porażenie tego mięśnia. Jednym z objawów porażenia ma być niemożność wydobycia wysokich tonów. L. spostrzegał porażenie zawsze po jednej stronie. Na zasadzie swoich przypadków twierdzi L. wbrew zapatrywaniom Schröttera, że porażenie samego tylko mięśnia pierścienio-tarczykowego zdarza się. *Dr. Teofil Zalewski.*

Krause. **Dwadzieścia siedm przypadków wewnątrzczaszkowego wycięcia nerwu trójdzielnego** (między tymi 25 przypadków typowego wycięcia zwoju Gassera) **i jego wyniki.** (*Münchner med. Wochenschrift* Nr. 26, 27, 28). W dwóch przypadkach, w których K. wykonał wewnątrzczaszkowe wycięcie drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, powstał po roku nawrót tak, że w jednym przypadku musiał K. następowo wyciąć zwój Gassera. Dlatego też autor radzi we wszystkich przypadkach, w których nie cofamy się przed otwarciem czaszki, wycinać zwój Gassera, bo sama operacya nie o wiele jest cięższa, a zaburzenia po wycięciu zwoju Gassera są też stosunkowo nieznaczne. Pierwszą tego rodzaju operacyę wykonał autor, a później Doyen. Autor otwiera czaszkę, tworząc z okolicy skroniowej płat, składający się z części miękich i kości; szypuła płatu znajduje się u dołu na wysokości łuku jarzmowego. Następnie radzi autor zapomocą kleszczy usuwać jeszcze kość u dołu z bocznej ściany czaszki aż do podstawy czaszki, by uzyskać tem swobodniejszy dostęp do wnętrza czaszki. Doyen przyznaje też temu sposobowi pierwszeństwo. Autor podwiązuje zawsze tętnicę oponową średnią w przeciwieństwie do Dollingera, który uważa podwiązanie za niepotrzebne. K. zwraca uwagę na jaknajdokładniejsze opanowanie krwotoku, gdyż tylko wtedy można pewnie operować w dość znacznej stosunkowo głębokości. Po dojściu do zwoju Gassera przecina się druga i trzecia gałąź nerwu trójdzielnego, oddziela się zwój i wyrywa się go wraz z dośrodkowym końcem nerwu; niekiedy udaje się wyrwać norw trójdzielny aż do mostu Varola; przy wyrywaniu tem przerywa się jednocześnie pierwszą gałąź nerwu trójdzielnego. Operacya trwa od 25 minut do trzech godzin. Leczenie trwało 18—20 dni; przez pierwsze 10—12 dni chory pozostaje w łóżku. Operacyę wykonał K. 18 razy u kobiet i 7 razy u mężczyzn. Najważniejsze zaburzenia po wycięciu zwoju Gassera występują ze strony oka: mianowicie wskutek utraty czucia w rogówce i spojówce bardzo łatwo występują rozmaite zmiany odżywcze, szczególnie jeżeli oko jest narażone na zewnętrzne wpływy szkodliwe. Dlatego też po tej operacyi należy szczególną uwagę zwracać na oczy. Niebezpieczeństwo wystąpienia zmian odżywczych jest największe bezpośrednio po operacyi, później zmiany te występują rzadziej. W pięciu przypadkach spostrzegał K. wystąpienie porażeń nerwów ocznych (*oculomotorius, trochlearis, abducens*); za przyczynę uważać należy ucisk podczas operacyi. Porażenia te ustąpiły samoistnie bez leczenia. W dwóch przypadkach, w których operowano po lewej stronie, wystąpiły bardzo nieznaczne zaburzenia w mowie, które również samoistnie znikły. W jednym przypadku spostrzegał K. po prawostronnej operacyi porażenie lewej ręki i nogi i nerwu twarzowego. Porażenie ustąpiło, ale pozostał niedowład. Autor objaśnia sobie wystąpienie porażenia wynaczynieniem do mózgu, które powstało wskutek przejściowego ucisku na mózg podczas operacyi. Po wycięciu zwoju Gassera w żadnym przypadku nie było nawrotu; czas spostrzegania wynosi w pięciu przypadkach 6—8¼ lat, w 11-tu przypadkach dwa lata. W trzech przypadkach wystąpił ból po stronie nieoperowanej, nigdy jednak nie przechodził na stronę operowaną. Wycięcie zwoju Gassera jest przeciwwskazanem w przypadkach nerwobólu na tle histerycznem; K. w tych warunkach wyciął zwój raz tylko — bez skutku. W niektórych przypadkach występuje utrudnienie w otwieraniu ust wskutek zbliznowacenia mięśnia skroniowego, ale tylko w jednym przypadku utrudnienie to było tak znacznem, że chora nie mogła wcale otwierać ust i K. musiał wyciąć wyrostek wroniasty dolnej szczęki po tej stronie. Występuje też porażenie mięśni służących do żucia, ale żucie mimoto odbywa się wskutek prawidłowej czynności mięśni po drugiej stronie. W dwóch przypadkach chorzy skarżyli się na zniesczulenie błony śluzowej jamy ustnej po stronie operowanej. Z powodu niejakiego niebezpieczeństwa tej operacyi zaleca ją K. tylko w tych razach, gdy inne środki nie pomagają. Wypadków śmierci miał K. pięć; dwa wskutek operacyi, trzy z innych przyczyn. *Dr. Teofil Zalewski.*

Breitung. **Przyczynek do techniki wydalania ości z gardła.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 28). Autor poleca w przypadkach uwięznięcia ości w gardle badanie palcem, gdyż badanie wziernikiem często zawodzi z tego powodu, iż ość siedzi zbyt głęboko i zupełnie jej nie widać. B. przytacza przypadek, w którym, badając wziernikiem, nie widział uwięzłej w migdałku ości, a wyczuł ją dopiero palcem. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pręgowski. **O podmiotowym objawie przy wysięku osierdziowym.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 31). Niedawno powstał u mnie wysięk osierdziowy, stwierdzony prócz mnie przez innego lekarza. Przebieg lekki, ciepłota nie przewyższała 37·2. Na pewien czas przed stwierdzeniem tego wysięku, więc gdy jeszcze nic o nim nie wiedziałem, a nawet nie przypuszczałem jakiejkolwiek zmiany ze strony serca, — począłem doznawać pewnego uczucia, na które z początku nie zwracałem uwagi, a którego znaczenie wyjaśniło mi się dopiero wtedy, gdy się dowiedziałem o swoim wysięku. Jeżeli mianowicie obracałem się w łóżku na bok prawy, doznawałem wrażenia, jak gdyby jakiś ciężar spadał na śródpiersie, w okolicy trzonu mostka i cisnął ku stronie prawej. Dopiero po stwierdzeniu płynu w worku osierdziowym, objaśniłem sobie to wrażenia tem, że płyn, na mocy ciężkości, przechodząc na stronę prawą, cisnął na nią i ja to ciśnienie odczuwałem. Po ustąpieniu wraz ze wszystkimi innymi jego objawami znikło także i wspomniane wrażenie. Należy nadto nadmienić, że wspomniane wrażenie zjawiało się, gdy kładłem się do snu, już śpiący, a więc daleki od dowolnego zwracania uwagi na cokolwiek; że na serce i na daną okolicę ciała nigdy nie zwracałem żadnej uwagi i nie przypuszczałem tam nawet jakiejkolwiek zmiany, że przeto uczucie wspomniane niejako narzucało mi się wbrew chęci. Wpływ samopoddawania jest zatem tutaj wykluczony. Wskazując kolegom na wspomniany objaw, proszę zarazem o zwrócenie uwagi, czy jest on stałym, tudzież od jakich jest zależny warunków, w pierwszym zaś rzędzie, o ile jest zależny od jakości i ilości płynu w worku osierdziowym. (*Streszczenie własne*).

Alexander. **Przyczynek do etyologii chorób trąbki Eustachiusza i ucha środkowego** (dwa przypadki zaburzeń czynnościowych trąbki po resekcyi górnej szczęki. (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 27). Autor opisuje dwa przypadki, w których po resekcyi szczęki górnej wystąpiły objawy niedrożności i nieżytu trąbki Eustachyusza po stronie operowanej. W pierwszym przypadku

objawy wystąpiły w cztery tygodnie, w drugim w dwa tygodnie po operacyi. Autor zastanawia się nad przyczyną wystąpienia tych objawów i przypuszcza, że przyczyną niedrożności i nieżytu w obu przypadkach jest upośledzenie drożności trąbki wskutek zmniejszenia sprawności mięśnia napinającego podniebienie, który uchodzi jednocześnie za mięsień rozszerzający trąbkę. Zmniejszenie sprawności nastąpiło wskutek tego, że przyczep mięśnia tego w powięzi podniebiennej uległ wskutek operacyi uszkodzeniu. Twierdzenie to autor opiera na tem, że i w przypadkach wilczej paszczy spotykamy się z podobnemi zaburzeniami. Sprawność mięśni trąbki może być upośledzona także z powodu zwyrodnienia tłuszczowego, jakie spostrzegać się daje po długotrwałych nieżytach gardła, albo z powodu zbliznowacenia, np. po wrzodach gruźliczych i kiłowych. Co do wyników leczenia, to w żadnym przypadku autor nie otrzymał trwałej poprawy. Leczenie polegało na wdmuchiwaniu powietrza przez cewnik. Aby uniknąć wymienionych zaburzeń, radzi autor zostawiać przy resekcyi szczęki górnej tylną część podniebienia twardego, choćby w postaci wązkiej blaszki. Autor nie znalazl podobnych przypadków w piśmiennictwie. *Dr. Teofil Zalewski.*

P. Réclus. **O sposobie znieczulania Biera.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 39). W polemice z Tuffierem twierdzi autor, że jedynie dzięki Bierowi sposób znieczulania drogą rdzenia kręgowego wszedł w życie, — dlatego należy zachować nazwę sposobu Biera, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że Corning znał dawniej już ten sposób znieczulania. Zachwalane przez T. postępowanie polega na stosowaniu do nakłócia strzykawki bez mandryna, co R. potępia ze względu na możność zatkania przewodu. Inne techniczne szczegóły postępowania są zapożyczone częścią od internistów, częścią od chirurgów. W przeciwieństwie do twierdzeń T. spostrzegał R., że znieczulenie bardzo często, prawie zawsze — rozpoczyna się na narządzie płciowym. Wyniki wstrzykiwań lędźwiowych są niepewne i niestałe, ponieważ wpływy osobnicze czy idyosynkrazya grają tu bardzo ważną rolę. Znieczulenie może rozpocząć się późno i bywa niestałe, a nawet może zupełnie nie wystąpić. Może ustać zbyt wcześnie, nawet przed końcem operacyi. Granica znieczulenia nie jest jednakową; w jednych przypadkach sięga do okolic przepony, w innych do pępka, a może zatrzymać się także na spojeniu łonowem. Tosamo tyczy się towarzyszących przypadłości, jakoto wymiotów, bólu głowy, podniesienia się ciepłoty, porażenia zwieraczy. Są one często, przykre i również niestałe co do natężenia, czasu powstawania i długości trwania. W ocenie dotąd opisanych ciężkich i śmiertelnych przypadków autor nie zgadza się z Tuffierem. Liczne stopniowania i przejścia od jednych do drugich potwierdzają istnienie zaburzeń ośrodkowych, zwanych przez autorów meningizmem i tłómaczących całokształt objawów i wypadki śmiertelne. Dlatego Reclus sądzi, że metoda Biera dopiero po ulepszeniu jej — w przyszłości — mieć może pewne znaczenie. Jak na dziś, jako nierównomierna i niepewna, może tylko wyjątkowo znaleźć zastosowanie. *Dr. M. Blassberg.*

George Coates. **Przyczyny i leczenie obfitych krwotoków nosowych u osób starszych.** (*The Lancet* 20-go kwietnia 1901 r.). Autor spostrzegał pięć przypadków krwotoków z nosa, nie wywołanych przez żadne zewnętrzne uszkodzenia, u osób, liczących powyżej 50 lat, a znanych autorowi w ciągu lat wielu: krwotok zjawiał się nagle, bywał bardzo obfity, trwając od ½ godziny do godziny i dłużej; powtarzał się potem w ciągu dni kilku. U trzech chorych jednocześnie z krwotokiem z nosa zauważono pierwsze objawy wad zastawek sercowych, u dwóch innych spostrzegano w ciągu lat wielu znaczne wzmożenie ciśnienia tętniczego; krwotok nastąpił po zmęczeniu się i przeziębieniu.

Autor stara się objaśnić w następujący sposób zjawianie się krwotoków z nosa u swoich chorych: 1° wysokie ciśnienie w tętnicach, trwające czas dłuższy, i 2° nagło osłabienie serca wskutek jakiejkolwiek przyczyny — wywołują 3° przepełnienie całego systemu żylnego i 4° przesiąkanie krwi z przepełnionych żył nosowych. Wobec tego głównem wskazaniem leczniczem jest według autora opróżnienie przepełnionych żył: mechaniczne miejscowe leczenie mało pomaga; unikać należy i środków pobudzających wobec zmęczenia serca; natomiast należy skierować uwagę na naczynia włoskowate i drobne tętnice całego ustroju (naczynia nosa są bowiem w danym wypadku jedynie *locus minoris resistentiae*). Wskazane tedy są środki, rozszerzające tętnice: nitrogliceryna, amylnitrit, jako najprędzej działające, — a potem erythrol, tetranitrit lub nawet tabliczki z gruczołu tarczowego. Gdy naczynia włosowate i tętnice drobne już się rozszerzyły, należy zastosować strychinę i *strophantus*. Krwotoki nosowe przy tem leczeniu prędko ustawały i bez tamponowania nosa. *St. Rudzki.*

IV. Międzynarodowy Zjazd celem zwalczenia gruźlicy.

(Londyn 23—26 lipca 1901 r.).

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Dokończenie).

II. Brouardel: **Jakich środków chwytają się państwa, aby zwalczyć gruźlicę?** Udowodnioną jest rzeczą, że można uniknąć gruźlicy, zarówno jak i to, że jest uleczalną w początkowych swych okresach. O ile świat lekarski wierzy w ten pewnik, o tyle społeczeństwo może tylko wówczas istotną mieć z tego korzyść, jeśli każdy człowiek będzie nawskróś przejęty tą wielką prawdą; jak najszersze więc rozpowszechnienie tych zasad winno być jednem z najgłówniejszych zadań ruchu przeciwgruźliczego. Angielskie Towarzystwo „National Association of Prevention of Consumption itd.“ wydaje często i w wielkiej ilości pisma ulotne pod rozmaitymi tytułami: „Mleko a gruźlica“, „Świeże powietrze a wentylacya“ i t. d., w Niemczech to samo robią „Towarzystwa uzdrowiskowe“ (Heilstättenvereine), tą samą drogą kroczy Belgia, Norwegia i inne kraje. W broszurach, wykładach i t. p. należy nietylko wskazywać na niebezpieczeństwa, grożące ze strony suchotników, ale trzeba także zaznaczyć, że przy zachowaniu pewnych zasad i przepisów obcowanie z gruźliczymi chorymi nie wpływa ujemnie na stan zdrowia otoczenia; w przeciwnym bowiem razie wyłoniłaby się z biegiem czasu prawdziwa *tuberculophobia* (obawa przed gruźlicą).

Istotnem niebezpieczeństwem jest plwocina suchotników, — wszystkie więc środki zapobiegawcze powinny zmierzać do tego, aby w pierwszym rzędzie usunąć to źródło zakażenia; w Ameryce, Australii (Sydney) i w innych krajach istnieją surowe co do tego przepisy; w Europie jakoś mniej. Jak z jednej strony odpluwanie do odpowiednich spluwaczek usuwa zupełnie niebezpieczeństwo, tak z drugiej strony plwocina, wyrzucona na ziemię, wysuszona i wreszcie unosząca się w pyle, jest czynnikiem nader groźnym i niebezpiecznym, zwłaszcza w przepełnionych i ciemnych mieszkaniach uboższej ludności, gdzie nawet światło słoneczne nie zdoła zniszczyć prątków gruźliczych. Z tego wynika, że piekącą potrzebą są jasne i dostatecznie obszerne mieszkania; ten brak można usunąć tylko przez należyte socyalne ustawodawstwo i prywatne przedsiębiorstwa. W Anglii n. p. wydano i przeprowadzono już od r. 1851 cały szereg stosownych przepisów, za tym przykładem idą inne narody. Również i okoliczność, że niższa klasa ludności ucieka z dusznych i ciemnych mieszkań do szynkowni i tu oddaje się pijaństwu, przemawia za jak najszybszem usunięciem złych mieszkań, tem bardziej, że wielka część suchotników rekrutuje się z alkoholików; w tym samym kierunku powinny działać „kolonie wakacyjne“ dla dzieci, by już młody ustrój nabył do pewnego stopnia odporności.

Obok środków zapobiegawczych ma doniosłe znaczenie także sposób leczenia gruźlicy i sprawa jej uleczenia. Już Hippokrates wypowiedział zapatrywanie, że we wczesnym okresie suchoty są uleczalne, w obecnych zaś czasach ważnem jest, by ogół lekarski przejął się tą prawdą, a przekonanie to starał się wszczepić w swoich chorych; nie należy więc przed chorym ukrywać prawdy, lecz właśnie zwrócić mu uwagę, że przez wczesne a należyte leczenie może zupełnie odzyskać zdrowie. Co się tyczy wczesnego rozpoznania i wykrycia przypadków gruźlicy wśród szerokich mas ludności, to należy tworzyć odpowiednie zakłady (polikliniki dla suchotników), któreby się tem zajmowały. Wreszcie omawia autor obowiązek donoszenia władzy o zaszłych przypadkach gruźlicy i sprawę odkażania.

III. Mc Fadyean: **Prątki gruźlicze w krowiem mleku jako źródło zakażenia dla człowieka.** Koch mniej więcej w ten sposób się wyraził: Zarazki gruźlicy zwierząt (perlicy) są dla bydła rogatego jadowitsze, aniżeli prątki gruźlicy ludzkiej; różnica ta jest tak wybitna, że można zapomocą niej oznaczyć rodzaj prątka pod względem rozpoznawczo-różniczkowym. Jeśliby prątki gruźlicy bydła rogatego zdołały u człowieka wywołać gruźlicę, wówczas znaczna liczba ludzi, spożywających mleko i masło perliczych zwierząt, musiałaby zapaść na pierwotną gruźlicę jelit. Z uwagi jednak, że pierwotna gruźlica jelit nader rzadko występuje, nie można mówić o przenoszeniu się gruźlicy zwierząt na człowieka, a co zatem idzie, środki ochronne przeciw temu źródłu zakażenia są zbyteczne.

W odpowiedzi na te twierdzenia Kocha oświadcza Mc Fadyean:

1) Prątki gruźlicy ludzkiej mają prawdopodobnie mniejszą jadowitość, aniżeli zarazki bydła rogatego i dlatego ono z trudnością tylko ulega zakażeniu gruźlicą ludzką. Stwierdzoną zaś jest rzeczą, że prątki gruźlicy bydlęcej są chorobotwórczymi nietylko dla bydła, ale i dla innych czworonogów (koń, pies, owca i t. d.); z drugiej

strony doświadczenie uczy, że jeśli zarazek, znaleziony u pewnego gatunku zwierząt, jest nietylko u „gospodarza“, ale i u całego szeregu innych gatunków zwierząt rozsadnikiem choroby, — wówczas także i u człowieka wywołuje tę samą chorobę. Z tego wynika, że prawdopodobnie zarazek gruźlicy bydlęcej działa zakaźnie na ustrój ludzki. 2) Następnie, wcale jeszcze nie jest bezwzględnie pewnem, że prątki gruźlicy bydlęcej różnią się co do jadowitości od prątków gruźlicy ludzkiej: po pierwsze, być może, że zarazki gruźlicy bydlęcej, przechodząc przez ustrój ludzki, tracą na jadowitości, a powtóre istnieją już między prątkami jednego i tego samego gatunku wielkie różnice pod względem jadowitości. 3) Co się wreszcie tyczy pierwotnej gruźlicy jelit, statystyka angielska różni się od Kochowskiej: podaje bowiem 29% wszystkich przypadków. Dodać należy, że w gruźlicy u ludzi niezawsze można odkryć pierwotne źródło zakażenia, a ostatecznie już z przyzwyczajenia odnosi się wszystkie przypadki *tabes mesaraica* u dzieci do używania mleka, zawierającego prątki gruźlicze.

Omawiając środki ochronne powiada Mac Fadyean: 1) Rozpowszechnienie wiadomości o powyższych niebezpieczeństwach, szczególniej wśród ludności wiejskiej, jest rzeczą konieczną. 2) Rozpoznawcze szczepienie zwierząt tuberkuliną jest rzeczą wielkiej wagi; aczkolwiek nie można zaprzeczyć, że otrzymane wyniki nie są zupełnie bez zarzutu. Zaleca się nadto: a) okresowe badanie bydła rogatego, b) obowiązkowe zawiadomienie władzy o przypadkach gruźlicy wymion, c) nadzór nad przemysłem mlecznym.

W ożywionej dyskusyi, w której brali udział Spencer, Browne, Nocard, Hamilton, Ravenal, Crookshead, Woodhead, zgodzono się na następującą zasadę: Pomimo wielkiej powagi Kocha w dziedzinie bakteryologii, należy na razie z całą energią sprzeciwić się jego twierdzeniu, jakoby prątek gruźliczy bydła rogatego nie dał się przenieść na człowieka; wszystkie zaś środki ochronne i zapobiegawcze, zmierzające do zapobieżenia przenoszeniu się zarazka, należy w całym zakresie zatrzymać.

Na 5-tem publicznem posiedzeniu powziął Zjazd następujące uchwały:

1) Ludzka plwocina jest najgłówniejszym rozsadnikiem gruźlicy.
2) Należy niszczyć plwocinę (spluwaczki i t. d.)
3) Obowiązkowe zawiadomienie władzy wskazane jest tylko w szczególnych przypadkach.
4) Budowanie domów zdrowia (uzdrowisk) jest konieczne.
5) Przepisy i środki przeciw perlicy zwierząt mają nadal obowiązywać.
6) Należy na szersze rozmiary powtórzyć doświadczenia Kocha.
7) Konieczność zawiązania międzynarodowego Komitetu dla zwalczania gruźlicy.
8) Należy zwracać baczną uwagę na uboczne przyczyny (wyskok) suchot.

Nadmienić wreszcie należy, że ze Zjazdem połączono wystawę okazów, obrazów, przyrządów i t. d., stojących w ścisłym związku z przedmiotem Zjazdu.

V. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Dokończenie).

33. Prof. Kader (Kraków). **O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń jelita grubego.** Niezłośliwe zwężenia odbytnicy powstają najczęściej na tle kiły i rzeżączki. Zwężenia te zwykle sięgają bardzo wysoko tak, że w zasadzie używać się powinno sposobu brzuszno-krzyżowego. Podobnego sposobu użył K. w jednym przypadku z powodzeniem (cf. *Przegląd lekarski* 1901, str. 368).

Dyskusya.

Rutkowski użył podobnego sposobu już raz w praktyce. Po otwarciu jamy brzusznej przeciął pętlę esowatą, koniec dośrodkowy wszczepił w powłoki brzuszne (*anus praeternaturalis inguinalis*), koniec zaś obwodowy wgłobił, poczem od międzykrocza dokonał amputacyi odbytnicy.

Barącz zwraca uwagę, że technika Kadera różni się znacznie od techniki, podanej przez Giordano, Chalot i Quénu.

34. Docent Chlumsky (Kraków). **Przypadek przepukliny uwięzłej, leczony nowym sposobem.** Przed pół rokiem miał Ch. sposobność przedstawić w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem osobę operowaną z powodu zwężlenia jelit i wgłobienia kątnicy, której życie udało się uratować li tylko dzięki szczególnemu sposobowi operacyjnemu. Ch. zalecał wówczas, podobnie jak swego czasu Helferich, stosować ten sposób w przypadkach przepuklin uwięzłych, gdzie już zgorzel wystąpiła, a to głównie tam, gdzie chory jest bardzo osłabiony i zależy na szybkiem zakończeniu operacyi. Sposób ten stosował Ch. i w obecnym przypadku. Przed 16-tu dniami przywieziono do kliniki krakowskiej chorego z uwięzłą już od czterech dni przepukliną pachwinową; stan był groźny. Operowano niezwłocznie w znieczuleniu Bier-Corninga. W worku przepuklinowym znaleziono pętlę jelita 15 ctm. długą, czarno zabarwioną i pokrytą nalotami. O odprowadzeniu oczywiście mowy nie było. Przeciwko resekcyi przemawiał znaczny upadek sił chorego. Pozostały więc dwie drogi: albo założyć odbyt sztuczny, albo użyć własnego sposobu, co też wykonano, jak następuje. Pomiędzy pętlami jelitowemi, 10 ctm. poniżej uwięźnięcia, wytworzono boczne połączenie. Przy pomocy swego wessalnego guzika przymocował Ch. chorą część jelita do brzegów rany poza jamą brzuszną szwem okrężnym. Chory wkrótce po operacyi przyszedł do siebie. Ciepłota i tętno wróciły do stanu prawidłowego. Już na drugi dzień po operacyi wiatry. Mocz oddawał chory swobodnie. Na trzeci dzień po operacyi nastąpiło przedziurawienie pętli, pozostawionej na zewnątrz, w trzech miejscach, i to właśnie w miejscach, gdzie jelito pokryte było ową brudną wypociną. Przez te otwory wyciekał kał płynny. Samo zaś jelito, pozostawione na zewnątrz, zmniejszyło się o połowę, mimo że od operacyi upłynęło dopiero kilka dni. Chl. sądzi, że to zmniejszenie postąpi i dalej i że wystarczy następnie tylko mały zabieg, by sprowadzić zamknięcie pozostałych otworów.

W ten sposób uzyskał Ch. właśnie to samo, co można uzyskać przez odbyt sztuczny, z tą jednak różnicą, że postępowanie późniejsze jest tu o wiele prostsze. Kto zna różnicę gojenia się odbytu sztucznego, a zwykłej przetoki jelitowej, ten uzna wartość i znaczenie użytego sposobu. Ciekawem jest zachowanie się guzika Ch. przy tej operacyi. W 10-tym dniu dawał się on wyraźnie wyczuć palcem, wprowadzonym do przetoki. Tkwił wówczas jeszcze silnie. Dnia 11-ego był już wolniej osadzony, a 12-ego dnia po operacyi znalazł go Ch. kilka centymetrów poza anastomozą w pętli odprowadzającej. Z pewnym trudem udało się go wyciągnąć zapomocą długich kleszczyków. Ch. pokazuje ten guzik, przyczem zwraca uwagę, że choć jego powierzchnia jest już ostrą i nadżartą, to mimo to jest on dosyć jeszcze silny, by zadosyć uczynić o wiele większym wymogom, aniżeli w tym właśnie przypadku. (Streszcz. wł.).

W dyskusyi zabierają głos Barącz, Kader, Trzebicky, Bossowski, Rydygier zaznaczając, że podobne postępowanie zalecano już oddawna. W odpowiedzi zaznacza Chlumsky, że nowem tu jest zastosowanie wessalnego guzika z magnezyi, który dobre usługi oddaje i przy zakładaniu połączeń na jelicie grubem.

35. Doc. Bossowski (Kraków). **O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. „megacolon congenitum“.** Klasycznym zabiegiem w tem wrodzonem cierpieniu jest niewątpliwie wycięcie całego rozszerzonego jelita. Dla dzieci jednak osłabionych i wynędzniałych jest to zabieg zbyt ciężki. Lżejszym byłoby niewątpliwie założenie połączenia między jelitem biodrowem a pętlą esowatą, lub odbytnicą. Operacyę taką, t. j. ileorektostomię wykonał B. przed kilkoma miesiącami na dwuletniem dziecku, które przedstawia. Po operacyi odżywienie dziecka znacznie się poprawiło, i wbrew oczekiwaniu stolec jest zawsze uformowany, a nawet od czasu do czasu występuje chwilowe zaparcie stolca.

36. Docent Barącz (Lwów). **O przepuklinie lędźwiowej.** Do niedawna uważano za punkt wyjścia przepuklin lędźwiowych trójkąt Petita, t. j. ograniczone miejsce w dolnym odcinku okolicy lędźwiowej, zawarte pomiędzy mięśniami: szerokim grzbietu, skośnym zewn. brzucha, a grzebieniem kości biodrowej. W r. 1866 Grynfelt, a wkrótce potem Lesshaft, zwrócili uwagę na inne, częściej napotykane, słabsze miejsce w okolicy lędźwiowej, t. zw. *trigonum lumbale superius s. rhombus lumbalis.* Granice tego trójkąta stanowią: na zewnątrz — tylny brzeg mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha, u góry — dolny brzeg mięśnia zębatego, tylnego dolnego, (*m. serpratus post inf.*), szczyt XII żebra, ku tyłowi — zewnętrzny brzeg ochwy mięśnia prostującego grzbiet, ku dołowi — zaś mięsień brzuszny skośny wewnętrzny. J. Wolff i H. Braun powątpiewają o istnieniu przepuklin lędźwiowych w trójkącie Lesshafta. Pierwszy przypadek podobnej przepukliny spostrzegał Karol Bayer w Pradze w roku 1888. Bossowski przytacza cztery przypadki własne, w których brama przepuklinowa dawała się wykazać w trójkącie Lesshafta; w dwóch przypadkach dawał się nadto wykazać garb (*spondylitis)*, w jednym boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*). Zmiany anatomiczne w kręgach usposabiają prawdopodobnie do tej prze-

pukliny. Badania anatomiczne (kol. Burzyński), które są w toku, wykazują przeciętnie na 16 nekroskopij, w trzech trójkąt Lesshafta. (Streszczenie własne).

37. Bogdanik. **O zachowawczem wyłuszczaniu włókniaków macicy.** Na podstawie przypadków przez siebie operowanych, rozróżnia B. trzy rodzaje włókniaków macicy, które się dadzą wyłuszczyć. Pierwszy rodzaj: włókniaki wychodzące z błony śluzowej macicy, a bujające do jamy macicy, dostępne są od strony pochwy. Włókniaki podotrzewnowe i śródścienne wyłuszczyć można przez otwarcie jamy otrzewnej. W obu przypadkach prowadzi się cięcie w linii białej poniżej pępka, kończąc je na trzy palce powyżej spojenia kości łonowych, a następnie wydobywa się macicę na zewnątrz jakby do cięcia cesarskiego. Jeżeli się teraz znajdzie guz podotrzewnowy, to się otrzewnę przecina przez największą wypukłość guza, a następnie wyłuszcza się guz na tępo. Broczenie bywa przytem zazwyczaj małe. Po zatamowaniu krwawienia zaszywa się naciętą otrzewnę maciczną, odprowadza macicę, a szew w powłokach brzusznych kończy zabieg operacyjny.

B. przedstawia włókniak tym sposobem operowany u kobiety 40-letniej, która nigdy nie rodziła; włókniak ma 23 ctm. w obwodzie.

Jeżeli włókniak siedzi w samym miąższu macicy, wtedy B. podwiązuje szyjkę wydobytej na zewnątrz macicy gazą wyjałowioną, celem zapobieżenia krwotokom, potem nacina macicę przez najwyższą wypukłość guza aż do nowotworu, który się następnie wyłuszcza na tępo, bez otwarcia jamy macicy. Szew mięśnia macicy, otrzewnej macicznej, nareszcie ściany brzusznej, po odprowadzeniu macicy, kończy zabieg. B. okazuje guz, wydobyty tym sposobem, u kobiety 34-letniej, mający 45 ctm. w obwodzie i ważący 1300 gramów. Kobieta ta dotąd, t. j. w cztery lata po operacyi, jest zdrową. *(Streszczenie własne).*

38. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym.** R. przedstawia chorą, u której śródotrzewnowo wykonał częściowe wycięcie ścian pęcherza, zajętych owrzodzeniem dziurawiącem (najprawdopodobniej gruźliczem). Otwór zatkany był siecią, w kłąb zwiniętą, którą R. podczas operacyi również odciął. Przebieg pooperacyjny wyborny. Chora przedstawia się w cztery miesiące po operacyi z zupełnie prawidłową czynnością pęcherza i w doskonałym stanie odżywienia.

39. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **Dalsze doświadczenie nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.** U dwóch chorych, dotkniętych gruźlicą stercza, wykonał R. własnym sposobem operacyę i przekonał się, że technika operacyjna jest bardzo łatwą, a leczenie pooperacyjne jest proste i nie wymaga dłuższego czasu. Do gruczołu krokowego dostaje się R. przez cięcie podłużne na szwie międzykrocza.

40. Docent Chlumsky (Kraków). **Odprowadzenie wrodzonego zwichnięcia biodra u 12-letniej dziewczyny.** Ch. przedstawia chorą, która zgłosiła się na klinikę z wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego lewego. Ch. przedstawia ją dlatego i to jeszcze przed skończeniem leczenia, że mu się powiodło na drodze bezkrwawej zwichnięcie to odprowadzić, pomimo że pacyentka dawno już przekroczyła 6-ty rok życia. Jak wiadomo, Lorenz, Hoffa i inni odradzają odprowadzać bezkrwawo po szóstym roku życia. Mimo to Ch. dokonał zupełnie pomyślnie odprowadzenia, jak to z badania i z fotografii Röntgena przekonać się można. Skrócenie wynosiło przed odprowadzeniem 7 ctm. W przypadku tym ciekawem jest jeszcze to, że chora w cztery miesiące po odprowadzeniu upadła na wysoki próg w pokoju i wtedy nie nastąpiła, jakby się można było spodziewać, ponowne zwichnięcie, lecz zwykłe złamanie uda chorej kończyny. Zgojenie z bardzo małem skróceniem, nastąpiło w 6 tygodni. Chora od $1^1/_2$ miesiąca nie nosi żadnego opatrunku i leczy się ją tylko ortopedyeznie; chodzi tu mianowicie o to, by tkankę otaczającą staw uczynić wiotszą. Pomimo wszystkiego chód chorej znacznie się polepszył, chodu kaczkowatego niema. W ostatnim czasie było w klinice krakowskiej 5 przypadków wrodzonego zwichnięcia biodra, i to 2 obustronne, a 3 jednostronne. Dwa jedno- i dwa obustronne zwichnięcia odprowadzono, piąte u 15-letniej dziewczyny ma być odprowadzone. Skrócenie w tym ostatnim przypadku jest bardzo wielkie, nie możemy więc się odważyć ani krwawo, ani bezkrwawo operować bez poprzedniego przygotowawczego wyciągania (*extensio*). (Streszczenie własne).

Tak w streszczeniu przedstawiają się dwudniowe obrady XI-go Zjazdu chirurgów polskich. Brak czasu sprawił, że nad wieloma wykładami rozprawiano jak najtreściwiej, byle wyczerpać porządek dzienny. Aby złe — choć w części naprawić, postanowiono na przyszłym Zjeździe zająć się wyczerpująco sprawą chirurgii wątroby i dróg żółciowych (sprawozdawcy: Pruszyński (Warszawa) i Prof. Kader), a Prof. Trzebickyego uproszono o dokładne opracowanie sprawy leczenia gruczolaków zołzowych na szyi, nasuwają się bowiem pewne wątpliwości, czy w cierpieniu tem leczenie chirurgiczne nie jest już wystarczające, lecz wogóle odpowiednie.

* * *

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

40. Prof. Kuffner (sprawozdawca główny). Docent L. Haškovec, Doc. Heveroch, A. Riegel (spółsprawozdawcy) (Praga). **O urządzeniach dla ostrych i przejściowych chorób umysłowych.** Wywody wszystkich sprawozdawców zmierzają do wniosku, że chorych z objawami ostrych i przejściowych chorób umysłowych nie należy odstawiać do zakładów dla obłąkanych, ale że koniecznem jest utworzenie pewnego rodzaju klinik czy oddziałów obserwacyjnych, dołączonych w danym razie do kliniki chorób wewnętrznych. Bo wiadomo, że kto raz, choćby przejściowo, znalazł się w domu obłąkanych, spotyka się między ludem z uprzedzeniem lub lekceważeniem; człowiekowi takiemu np. nadzwyczaj trudno dostać jakieś zajęcie lub posadę. O chorych tego rodzaju wogóle sądzi się błędnie i to nietylko ze strony laików, lecz nawet i ze strony lekarzy. Przyczyną tego zaś jest niewystarczające psychiatryczne wykształcenie lekarza. A z drugiej strony dziwić się należy, na ile waży się nieraz lekarz praktykujący pomimo braku odpowiednich wiadomości (Heveroch). Dotyczy to głównie lekarzy sądowych, więziennych i wojskowych. Najwięcej z tego wyrządza w takich razach lekkomyślne rozpoznanie: udawanie *(simulatio)*. Przedewszystkiem więc należy poświęcić nauce chorób umysłowych więcej czasu, niżeli dotąd, następnie trzeba zwalczać przestarzałe zapatrywania społeczeństwa na choroby umysłowe i wreszcie dążyć do urządzenia osobnych oddziałów lub klinik dla ostrych chorób umysłowych, nietylko w stolicy, lecz np. także w ogniskach przemysłowych, na skrzyżowaniu kolei żelaznych i t. p.

41. Prof. R. Kimla (Praga). **O niektórych ukrytych wrodzonych niedokształceniach.** *Zwyrodnienie torbielowate* powstaje według K. w ten sposób, iż jednostajny związek przybłonkowy przyszłego narządu gruczołowego, z nieznanej dotąd przyczyny dzieli się na kilka odcinków, które następnie rozwijają się w torbiele, a nie w gruczoł, zdolny do czynności. Do niedokształceń wrodzonych zalicza autor i pewne postacie rozszerzenia oskrzeli i to nietylko u płodów lub noworodków, lecz i u dorosłych n. p. tak nazw. *cirrhosis Corrigani* płuc, następnie większą część rozszerzeń workowatych, dalej rozszerzenia walcowate pojedyncze, co wszystko dotąd uważano za cierpienie nabyte. Podobnież i workowate wodonercze (*hydronephrosis*) polega według autora na zarodkowem niedokształceniu miąższu nerkowego, zatrzymanie zaś moczu stanowi tylko czynnik pomocniczy. Taksamo powstają i niektóre t. zw. żabki trzustki (*ranulae pancreaticae*). Do trzeciej gromady zalicza autor wrodzone stwardnienia (scelerosis) narządów, które zdarzają się najczęściej u dzieci z kiłą wrodzoną i które dotychczas tłómaczono jako zapalenia płodowe. Taka *»hepatitis pericellularis«* n. p. powstaje w ten sposób, że jad kiłowy, krążący w krwi, upośledza lub zatrzymuje rozwój części przybłonkowej, a pobudza tkankę mesenihymalną do bujania. Oprócz wspólnej przyczyny jednak jedna i druga sprawa są niezależne od siebie. Tak samo dzieje się i w płucach (*pneum. alba*), w trzustce *(sclerosis pancr.)*, w przewodzie pokarmowym (*hypoplasia mucosae intest*). Również i wodogłowie i *»hydromyelia«* wrodzone uważa autor za niedokształcenie, przyczem zwiększone parcie, jeżeli wogóle istnieje, ma znaczenie tylko uboczne. Wreszcie w podobny sposób omawia autor i wrodzone zapalenia zastawek serca, przedstawiając odpowiednie okazy.

42. Č. Návrat (Berno). **Etyologia padaczki, a jej znaczenie.** Autor zestawił historycznie cały szereg poglądów na przyczyny padaczki i wykazuje, że najważniejszymi czynnikami są choroby umysłowe (szczególnie padaczka) rodziców (około 50%) i alkoholizm tak rodziców, jak i samego chorego. Inne przyczyny (urazy, rozmaite wybryki, przestrach i t. d.) mają znaczenie drugorzędne. Opierając się głównie na zestawieniu Echeverria, według którego z 553 dzieci padaczkowych rodziców — 49% odziedziczyło chorobę tę wprost, 21·5% okazywało inne choroby nerwowe, a tylko 19% pozostało zdrowemi, odradza autor chorym padaczkowym wstępować w związki małżeńskie, chyba, że lekarz, uwzględniwszy stosunki po-

krewieństwa (liczbę dotkniętych padaczką) i stopień choroby, na to zezwoli. Oprócz tego wnosi autor, aby krajowe władze zdrowia zaprowadziły podobny nadzór nad chorymi na padaczkę, jak nad umysłowo chorymi. Po dyskusyi (z udziałem prof. Thomayera, Dra Wassermanna; dyr. Čumpelika i prym. Návrata) uchwalono: 1. prowadzić stałą statystykę chorych padaczkowych i 2. starać się o urządzenie schronisk dla nich.

43. Dyr. B. Čumpelik (Praga). **Przyczynek do objawów obłędu opilczego** (*delirium tremens*). Według Liepmanna można przez uciskanie gałek ocznych wywołać omamy wzrokowe, według Bechterewa można je sprowadzić przez wpatrywanie się w przedmiot lśniący. Oprócz tego jednak można omamy wywołać wzrokowe i przez poddawanie. A ten rodzaj omamów wzrok. jest według Č. znamiennym dla okresu podrażnienia halucynacyjnego w obłędzie opilczym. Te poddawcze omamy mają zawsze pozór rzeczywistości, trwają przez kilka sekund i odczyn ich afektywny (*reactio affectiva*) jest nieznaczny lub niema go zupełnie. Te dwa ostatnie objawy wyróżniają ten rodzaj omamów od omamów zwykłych. W następującym okresie spokoju ruchowego, w którym trwa przytłumienie świadomości, wyróżnia Č. dwa okresy: upośledzenie, świadomości wraz z zupełnem nieoryentowaniem się co do czasu i przestrzeni, a następnie: nieoryentowanie się tylko co do czasu, który to stan jest przejściem do stanu prawidłowego w korzystnie przebiegających przypadkach.

44. Z. Janke (Smichov). **O świadomych i nieświadomych ruchach przy jąkaniu się.** Przy jąkaniu się spotykamy się z dwojakiego rodzaju ruchami mięśni: *a*) mimowolne kurcze (stałe lub drgawkowe) tych gromad mięśni, które służą do wymówienia pewnej zgłoski (mięśnie jamy ustnej, krtani i mięśnie oddechowe); *b*) dobrowolne ruchy najrozmaitszych części ciała, zapomocą których chory stara się ułatwić sobie wymowę. Ruchy te nie mają charakteru kurczów i są nieraz nader złożone (ruchy kończyn, tułowia, głowy i t. d.). Pierwsza gromada ruchów jest ściśle związaną z jąkaniem się, ruchy zaś drugiego rodzaju mogą wcale nie istnieć. Autor na podstawie swojego doświadczenia popiera więc zapatrywanie Liebmanna, który twierdzi, że przez jąkanie się odróżniać należy ruchy mimowolne i dobrowolne, a nie zgadza się z Denhardtem, który uważa wszystkie ruchy za świadome i celowe dla ułatwienia wymowy, ani z Gutzmannem, według którego wszystkie te ruchy odbywają się nieświadomie.

45. J. Skalička (Praga). **O raku w Pradze.** Według niektórych autorów angielskich i niemieckich ilość przypadków raka wzrasta. S. wykazuje i dla Pragi ten sam stosunek. Oprócz tego stwierdza on i pewien wpływ położenia niektórych części miasta, ulic, a nawet i domów, na ilość przypadków raka. Niekorzystnie np. wpływa nizina i bliskość wody.

46. Prof. J. Thomayer (Praga). **Nieżyt oskrzeli u starców.** W przebiegu nieżytu oskrzeli u osób starych spostrzegano nieraz napady ciężkiej duszności tak, iż francuscy autorowie tworzyli z tego nawet odrębną postać kliniczną. Duszność taką tłomaczono od czasów Laenneca zatkaniem drobnych oskrzeli. Th. sądzi jednak, że tłomaczenie to nie zawsze zgadza się z prawdą, a natomiast dowodzi, że przyczyną bywa nieraz osłabnięcie lewej komory serca (*asthma cardiale*). Tłomaczenie to opiera autor na znakomitem działaniu środków sercowych (naparstnica, *strophantus*), na badaniu przedmiotowem serca (rodzaj „coeur surmenagé“), i na objawach, świadczących o tem, że kaszel ma znaczny wpływ na ciśnienie krwi (na żylakach kończyn dolnych stwierdzić można sfigmografem zmianę kierunku prądu krwi podczas kaszlu, taksamo i na tętnicach można wpływ ten wykazać tak zapomocą sfigmografu, jak i zapomocą tonometru Gaertnera).

47. Docent L. Syllaba (Praga). **Udział otrzewnej i opłucnej w chorobach wątroby.** Zapalenie torebki wątroby napotykamy w najróżniejszych chorobach wątroby. Autor n. p. dwa razy słyszał tarcie, pochodzące od zmian torebki wątrobowej w przypadku stwardnienia (*induratio*) wątroby w następstwie wady serca. Tarcie takie może czasami naśladować szmer osierdziowy (Emminghaus, Ortner) lub opłucnowy. Z drugiej strony zapalenie torebki wątrobowej może naprawdę przejść na prawą opłucnę. Na czeskiej poliklinice spostrzegano objaw ten w przebiegu białaczki wrzekomej, raka i kiły wątroby, w przypadku kamicy, następnie w przypadku zwykłej żółtaczki i przy zapaleniu torebki wątroby po urazie.

W każdym przypadku suchego zapalenia prawej opłucnej należy zwracać uwagę na torebkę wątroby, podobnie jak przy zapaleniu opłucnej lewej — na stan śledziony. Nieraz przy niewyraźnych bólach w jamie brzusznej może suche zapalenie prawej opłucnej skierować badanie na właściwą drogę, t. zn. na kamicę żółciową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 30 sierpnia.

* Namiestnictwo zawiadamia, że wskutek zarządzenia c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 2 sierpnia 1901 r. L 46.558, fizykackie egzamina lekarskie odtąd odbywać się będą tak w Krakowie, jak i we Lwowie, w dwóch terminach, t. j. na wiosnę i w jesieni.

— W poprzednim numerze podaliśmy za dziennikami politycznymi wiadomość, że pierwszy na ziemiach polskich zakład dla chorych piersiowych w Zakopanem ma być otwartym w jesieni roku przyszłego. Nastąpi to jednakże w takim razie, jeżeli zebraną zostanie reszta potrzebnych na budowę i urządzenie funduszów, wynosząca około 400 000 koron. Połowę tej sumy pokryje pożyczka, której udziela galicyjski Bank krajowy na dogodnych warunkach, druga połowa ma być zebraną przez dalszą sprzedaż udziałów po 1000 koron. Byłoby rzeczywiście objawem wielce dla naszego społeczeństwa upokarzającym, gdyby powolne rozchodzenie się udziałów opóźnić miało otwarcie zakładu, przystępnego wprawdzie tylko dla zamożnych chorych, niemniej u nas gdzie wcale niema takich zakładów. — niezbędnego. Wszak zagranicą istnieją ich setki, a posiadacze udziałów wcale nie skarżą się na straty. Widać społeczeństwo nasze nie umie jeszcze patrzeć na rzeczy ze stanowiska ekonomicznego interesu; niechżeby przynajmniej poparło sprawę, poruszone względami humanitaryzmu, które zresztą były i są bodźcem najważniejszym dla twórców zakładu. Jak dotąd, sprawa opiera się przeważnie na gronie artystów, literatów i lekarzy, a niewiele tylko znalazło się wyjątków wśród »beati possidentes«. Uderza też niestosunkowo słaby, nawet uwzględniając naszą »nędzę«, udział Galicyi w całem przedsiębiorstwie. Jako interes finansowy, choć nie pozbawiony znaczenia i dla krajowych spraw ekonomicznych, zakład nas nie obchodzi; ale jako przedsięwzięcie humanitarne zasługuje zakład na poparcie wszystkich, komu zdrowie społeczeństwa nie jest obojętne, w pierwszym więc rzędzie wszystkich naszych lekarzy, z których może niejednemu powiodłoby się poruszyć ospały dotąd ogół. — a przynajmniej wciągnąć do sprawy tej jednostki, obdarzone znaczniejszymi środkami materyalnymi.

— Zakład leczniczy w Sławucie doczekał 25 lecia swego założenia.

* Pierwszym asystentem zakładu leczniczego w Görbersdorfie mian. został warszawianin dr. H. Cybulski.

* W połowie lipca ubiegło 40 lat zawodowej i naukowej działalności prof. Mierzejewskiego. Z powodu nieobecności prof. M. w Petersburgu uroczystość jubileuszowa została odłożona do jesieni.

— W nowym programie szkolnym szkół średnich rosyjskich zamieszczono dla klasy VII. wiadomości z higieny. »Kronika lek«. (7—15) przypuszcza, że wykłady będą powierzone lekarzom, zwraca jednak uwagę na potrzebę stosownego podręcznika, którego dotąd brak. Zanim nowy program szkolny wejdzie w Rosyi w życie, może też i w szkołach austryackich doczekamy się uwzględnienia tego tak ważnego przedmiotu, wykładanego dotąd tylko w seminaryach nauczycielskich.

* Zjazd lekarzy egipskich odbędzie się od 10 do 14 grudnia 1902 r. w Kairze pod przewodnictwem Abbate Paszy. Sekretarzem generalnym wybrany został dr. Woronow. Kongres poświęci swą pracę higienie i chorobom pospólnym Egiptu. Szczegółowy program później ogłoszony zostanie.

* Podczas Zjazdu niemieckich lekarzy w Hamburgu (od 20 do 28 września) ma zawiązać się „Towarzystwo niemieckich ortopedystów«.

* W Bergen (Norwegia) odsłonięto pomnik prof. Hansena, wynalazcy prątka trądu.

* Twierdzenie prof. Kocha, jakoby prątek gruźlicy bydła rogatego nie zakażał człowieka, wywołało bohaterskie postanowienie lekarza francuskiego Dr. Garnaulta. Przekonany o błędności teoryi Kocha, sam bezdzietny i zrezygnowany, dr. G. napisał list do Kocha wzywając go, ażeby na nim odbył doświadczenie ze szczepieniem prątka gruźlicy bydlęcej, w tem przekonaniu, że szczepienie da wynik dodatni. Czy Koch korzystać zechce z poświęcenia się dr. G ? odgadnąć trudno: dziwić by się jednak nie należało, gdyby szczepienie dało wynik ujemny, gdyż dr. G. ma lat 41, waży przeszło 100 kgr., ma 1 metr. 81 cnt. wzrostu, a więc znajduje się w wieku i warunkach najsilniejszej odporności.

* Węgierski minister spraw wewnętrznych rozesłał do lekarzy rządowych kwestyonaryusz w sprawie zimnicy. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi wyszle p. minister ukwalifikowanych lekarzy do

miejsc, w których grasuje zimnica, a to tak w celu jej zwalczania, jak i naukowego badania.

* Urząd miejski w Bukowsku donosi, że po ś. p. dr. I. Chrzanowiczu, zmarłym d. 27. b. m. na dur brzuszny, wakuje posada lekarza miejskiego i sądowego.

Mianowania i odznaczenia. Zwyczajnym prof. chirurgii i kierownikiem kliniki chirurg. w Rostoku mian został dr. W. Müller. Prof nadzw. farmakologii w Bolonii dr. Novi mian. został prof. zwyczajnym. Dr. Bataille mian. został prof. anatomii w Rouen, dr. Laurent prof. farmakologii i dr. Lenormand prof. chorób wewnętrz. mianowani prof. zwycz. w Rennes. Docenci: DDr: Bauer. Bettmann i Petersen mian. prof. nadzwycz. w Heidelbergu. Prof. Maksimow mian. został naczelnym lekarzem nowowzniesionego szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Doc. Delicyn mianow. został prof. nadzw. chirurgii w Charkowie. Dr. Juergens mian. został prof patologii ogólnej.

Nekrologia. W moskwie zmarł w 42 r. życia doc. psychiatryi i chorób nerwowych A. Tokarski, autor licznych prac z zakresu swojej specyalności. Dr. Sylwan Gałęzowski zmarł w Ilińcach na Ukrainie, licząc lat 44. Dr. Józef Chrzanowicz zmarł w Bukowsku w 33 r. życia.

Bibliografia:

— Politzer: »**Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende**«. Wydanie 4. Stuttgart 1901 Ośm lat upłynęło od ukazania się III. wydania podręcznika Politzera Nowe wydanie dzieła tak rozpowszechnionego i słusznie cenionego nie wymaga właściwie ponownego polecenia. W wydaniu 4 wyczerpująco uwzględniono zdobycze i postępy lat ostatnich na polu otyatryi; wykazuje ono też przyrost około 100 stronic druku i 15. ilustracyi. Niektóre rozdziały zupełnie przerobiono, lub znacznie rozszerzono, tak n p. o sposobach operacyjnych, o powikłaniach śródczaszkowych itd. Autor umie przedstawić jasno i zrozumiale nawet najbardziej zawikłane zagadnienia, a ta zaleta uderza czytelnika na każdej stronicy tego pięknego dzieła.

Schoengut.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Żebrowski: Rozbiór żółci, otrzymanej z przetoki u człowieka. Al. Zawadzki: Wygodna i tania strzykawka do aseptycznych wstrzykiwań płynu Schleicha lub fizyologicznego roztworu soli. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. (c. d.) — Nr. 34. Endelman: W sprawie szklistego zwyrodnienia w rogówce. Goldbaum: »Epilepsia procursiva«.

— *Medycyna* Nr. 32. Bol. Komorowski: Stosowanie opatrunków tegminowych przy szczepieniu ospy B. K. Daszkiewicz: O wartości leczniczej i rozpoznawczej »przekłucia lędźwiowego wobec dzisiejszego stanu wiedzy« (c. d). — Nr. 33. Biron: Uwagi nad zasadniczemi pytaniami dotyczącemi leczenia przymiotu rtęcią B. K. Daszkiewicz j. w. (dok). — Nr. 34. Krukowski: Przypadek samowolnego krwawienia z sutka, jako objaw hemofilii. Biron: Uwagi nad zasadniczemi pytaniami, dotyczącemi leczenia przymiotu rtęcią. (c. d).

— *Kronika lekarska* Zesz. 15. F. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Offenberg Przypadek »septicopyaemiae medicalis«. (dok). S. Sterling: Bretański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 33. Podhajský: O zúmyslných sebepoškozenich s c. a k. vojště o obdobi poslednich 25 let. Zahradnicky: O anaesthesii medullarni.

— *Sbornik klinicky* R. II. 7. 6. Pitha: O cystach placentarnich. Naxera: Hippus a jeho význam.

— *La Presse médicale* Nr. 65. Marchand: Nerwoglej w porażeniu ogólnem. Lima Castro: Nowy okaz szczypczyków do tamowania krwi i zakładania szwów. — Nr. 66. Weille i Pehu: Ostra niedrożność u noworodka wskutek wadliwego wykształcenia wrodzonego jelita cienkiego. Lewkowicz: Cytodyagnostyka. Longuet: Odkażanie rąk w chirurgii.

— *La Semaine médicale* N. 34. Bard: O zużytkowaniu klinicznem oznaczania ilościowego żelaza we krwi.

— *Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 33. Westphal: Dalszy przyczynek do wiedzy o tężyczce. Buchner: Czy aleksyny są ciałami prostemi, czy złożonemi? Hochheim: O ślepocie na barwy ze stanowiska lekarskiego w kolejnictwie i o wartości sygnałowej barwy błękitnej. Frenkel i Bronstein: Przyczynek doświadczalny do sprawy toksyn i antytoksyn gruźliczych. — Nr. 34. Pel: Bąblowiec płuc z objawami ostrego zapalenia płuc i opłucnej. Hueppe: Perlica a gruźlica. Wilde: O chłonieniu aleksyn przez prątki obumarłe. Mendelsohn: O leczeniu przez ucisk chorób serca. Wolff: Doświadczenia nad wysiękami płucnymi.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 33. Koch: O zwalczaniu gruźlicy z uwzględnieniem doświadczenia, nabytego przy skutecznem zwalczaniu innych chorób zakaźnych. Hansemann: O patologicznej anatomii i histologii raków. Schmilinsky: W sprawie rozpoznawania pulzyjnych uchyłków przełyku. Römer: Obecny stan badań nad odpornością (dok). Benda: Zmiany histologiczne w 4 przypadkach akromegalii (dok). — Nr. 34. Wilms: Leczenie pęknięcia wątroby. Hirschfeld: Wypadki a cukrzyca. Salomon: Dalsze uwagi nad zapaleniem gardła, wywołanem przez nitkowca *(spirochaete)*. Bronstein: W sprawie tępienia myszy prątkiem Danysza. Neumann: Zapobieganie gruźlicy i jej leczenie w wieku dziecięcym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 34. Schlatter: Dwa przypadki rany kłótej przepony, wyleczonej za pomocą szwu. Jochmann i Schumm: Typowa albumosurya u chorego z rozmiękczeniem kości. Ascoli i Riva: O miejscu wytwarzania się lyziny. Lohsse: Przypadek przesunięcia serca wysokiego stopnia ku stronie prawej w następstwie marskości płuca prawego. Zezschwitz: Zakrzep w żyle bezimiennej lewej wskutek ugniecenia z równoczesnem stwierdzeniem puchliny piersiowej. Avellis: Krwioplucie tchawicze. Stern: Odpowiedź na rozprawę dr. Maula: »Ol. cinereum gegen Syphilis« Wassmuth: Doświadczenia porównawcze z stosowaniem rozmaitych systemów inhalacyjnych. Schwartz: Stan zdrowotny wielkich miast europejskich w czasie obecnym i w starożytności.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Zuppinger: O śmierci wywołanej chorobą serca przy pozornie nieznacznych owrzodzeniach powierzchownych. Ranzi: Etyologia ropni wątroby. Beyer: O łuszczycy atypowej.

Redakcya otrzymała: Kędzior i Zanietowski: Zur pathologischen Anatomie der Basedow'schen Krankheit. (Odb. z „Neur. Ctblt."); Doc. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na sprawność żołądka. (Odb. z „Gaz. lek.") — Sterling Sew.: Brytański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom. Fabian: Z nauki o życiu.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 7 Września 1901. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przystępujemy do ostatniego działu ostrej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego, t. j. *scolecoiditis acuta cum peritonitide diffusa* α) *sero-purulenta i* β) *septica*. To wielce niemiłe powikłanie i dla chorego i dla lekarza wystąpić może w ostrym napadzie każdego dnia, nawet w przypadkach o najłagodniejszym przebiegu i tem jest gorsze, że występuje niespodzianie. Nie posiadamy bowiem żadnych pewnych objawów, któreby zapowiadały, że owrzodzenie czy zgorzel wyrostka postępuje tak nagle, że nastąpi przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej, zanim w otoczeniu chorego narządu potworzą się zrosty.

Dokonane już przedziurawienia wyrostka umiemy rozpoznać, nawet dość łatwo, gdyśmy chorego od początku choroby z dnia na dzień spostrzegali. Lecz jakżeż często chory z tego rozpoznania już żadnych nie odnosi korzyści. Może dokładne mierzenie ciepłoty pachy i odbytnicy, oraz badanie tętna pozwolą w przyszłości ustalić objawy, zapowiadające przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej. A. Krogius w swych przypadkach tej tak zwanej *peritonitis perforativa* spostrzegał, że znika wówczas zwykły w tem cierpieniu stosunek między ciepłotą jamy pachy a odbytnicy, mianowicie różnica przekracza znacznie jeden stopień, w pasze bowiem stwierdzał ciepłotę prawidłową lub, co gorzej, niższą od prawidłowej, a w odbytnicy ciepłota dochodziła równocześnie do 40° i wyżej.

Uważam objawy ogólnego zapalenia otrzewnej, w których wyróżnić można trzy zasadnicze postacie: *peritonitis sero-purulenta, septica* i *sepsis peritonealis*, za zbyt znane, abym tu jeszcze, rozstrząsając je, mógł nadużywać cierpliwości szanownych słuchaczy. Nadmienię tylko, że to powikłanie zapalenia wyrostka zażywa u nas. może niezasłużenie, zbyt złej opinii. Dwa przypadki, spostrzegane w naszej klinice, zdają się dowodzić, że nawet taki dodatek do zapalenia wyrostka, niektórzy chorzy przetrzymują [26]. Niewątpliwie są to wyjątkowe zdarzenia, — we wszystkich jednak przypadkach zabieg chirurgiczny, w czas wykonany, może pomódz. Dowodzą tego luźne spostrzeżenia, spotykane nawet w naszem piśmiennictwie, a potem obce zestawienia.

[26]) Ob. spostrzeż. XVIII i XIX.

A. Krogius np., zestawiwszy z piśmiennictwa 680 przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, znalazł, że w 28·5%, dzięki wykonywanej operacyi, osiągnięto wyleczenie. Sam zaś w swej prywatnej praktyce, gdzie mógł wcześnie operować, osiągnął nawet 46% wyleczeń. Jeszcze lepsze wyniki uzyskał Sonnenburg, wyleczył bowiem wcześnie wykonanym zabiegiem operacyjnym na 150 chorych, dotkniętych ogólnem zapaleniem otrzewnej, 79 (czyli 52%). Największe jednolite zestawienie z naszego piśmiennictwa, Krajewskiego, wykazuje o wiele gorsze wyniki, — gdyż na 14 odpowiednich chorych zdołał on utrzymać przy życiu tylko jedną kobietę. Zestawienia A. Krogiusa i Sonnenburga zachęcają, by i w tych rozpaczliwych przypadkach nie odmawiać chorym operacyi, choćby nam przyszło stawić na kartę własną opinię, chirurga o szczęśliwej ręce. Są jednak przypadki o tak gwałtownym i ciężkim przebiegu, że nawet chirurg, najbardziej altruistycznie usposobiony, wstrzymać się powinien od wykonania operacyi. Są to owe rozlane zapalenia posokowate otrzewnej, spostrzegane często u dzieci, przebiegające z najcięższymi objawami przedmiotowymi, którym jednak towarzyszy podmiotowo niepojęta dla lekarza rzeźwość *(euphoria)*, a ta, jak pisze Sonnenburg, „in der rauhesten Weise durch die Operation nur gestört wird, sodass die armen Kranken dann sicher einen qualvollen Tode entgegengehen!“... „Vom Standpunkt der Menschlichkeit ist es daher geboten, hier dem Schicksal seinem Lauf zu lassen und eventuell nur durch Narcotica Linderung der Schmerzen herbeizuführen“. Lecz zresztą we wszystkich innych przypadkach wyleczenie nastąpić może tylko po odpowiednim zabiegu chirurgicznym.

Spostrzeżenia:

XI. A. G. l. 19, belfer, od $^{16}/_{1}$ do $^{21}/_{1}$ 1899. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 8-ma dniami bolami dołem brzucha, szczególnie przykrymi po stronie prawej. St. ob: Cały brzuch wzdęty i bolesny. Najwyraźniejszy ból w punkcie Mc. Burneya. Nad talerzem biodrowym prawym opór rozlany; $^{16}/_{1}$ w uśpieniu chloroformowem otwarto jamę brzuszną cięciem Rydygiera. Z jamy otrzewnej wylewa się obficie ropa. Do rany wystercza zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, więc go odcięto. Całą ranę wytamponowano gazą jodoformową. $^{21}/_{1}$. Chory umarł wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej i posocznicy. Sekcya: *Resectio processus vermiformis. Abscessus perinephriticus. Peritonitis purulenta universalis. Abscessus multiplices hepatis.*

XII. J. S l. 28, zarobnik, od 5 do 6 marca 1901. Chorego przeniesiono do kliniki z oddziału chorób wewnętrznych z rozpoznaniem: *appendicitis perforativa, peritonitis universalis.* Z wywiadów dowiedziano się, że cierpienie trwa od 10 dni. Natychmiast otwarto jamę brzuszną cięciem Rydygiera. Po przecięciu otrzewnej do rany wstawiają się pętle jelit o nastrzykanej i włóknikiem pokrytej błonie surowiczej. Między pętlami wiotkie zrosty. Kątnica ukryta między jelitami cienkiemi. Z jamy otrzewnowej sączy się płyn posokowaty. Ranę wytamponowano. Na drugi dzień chory umarł. Sekcya: *Scolecoiditis gangraenosa, peritonitis universalis septica.*

Przebiegiem, objawami i wskazaniami do operacyi wyróżnia się gromada przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego *(scolecoiditis chronica)*. W pewnej liczbie przypadków, w każdym razie nie znacznej, gdyż co najwyżej 30%, sprawa chorobowa po przebyciu ostrego napadu, albo tylko przygasa; wówczas nie możemy wprawdzie mówić o napadzie ostrym, ale też nie możemy uważać chorego za zupełnie wyleczonego, gdyż ten ciągle niedomaga, stale uskarża się na bóle w dole biodrowym prawym, cierpi jego ogólne odżywienie, a przedmiotowo nie możemy nic innego wykazać, jak tkliwość w okolicy kiszki ślepej, a często zgrubiały wyrostek robaczkowy i zwiększony opór. Albo też chory po przebyciu ostrego napadu czuje się zupełnie dobrze, wstaje z łóżka, po krótkim już jednak lub dłuższym czasie ponawia się ostry napad i to niekoniecznie w pierwotnej postaci, np. jako *periscolecoiditis sero-fibrinosa*, lecz tym razem w otoczeniu zapalonego wyrostka może wystąpić ropienie ograniczone, lub rozlane, może się zdarzyć przedziurawienie i t. d. Wyróżnić tu tedy możemy wyraźnie dwa działy: pierwszy to *scolecoiditis chronica remittens*. Po przebyciu pierwszego napadu pozostają takie dolegliwości ciągłe i nieznośne, że chory wcale podnieść się z łóżka nie może, lub gdy te nieco zelżeją, wstaje na jakiś czas i nieustannie marudząc, po lada jakiejś przyczynie, albo i bez niej, skutkiem zaostrzenia się sprawy chorobowej, musi znów do łóżka się chronić. Chorzy tacy leczą się rozmaitymi sposobami: jeżdżą do Karlsbadu, wypijają całe apteki, wypróbowują na sobie zabiegi hidroterapeutyczne i miesienie. Rzadko jednak po tem wszystkiem doznają takiej samej ulgi w swem cierpieniu, jak w kieszeni. A w dodatku, jak miecz Damoklesa, wisi nad nimi groźba, że każdej chwili, z tlejącej iskry, roznieció się może gwałtowny pożar, którego rozmiarów nikt nie przewidzi.

Spostrzeżenia:

XIII. G. P. 12 l. (pryw.) Pierwszy napad w styczniu 1901, przez 2 tygodnie, drugi napad w lutym (przez tydzień), trzeci w marcu, b. gwałtowny. Od tego czasu trwała bolesność w okolicy kątnicy; $^{16}/_{5}$ badanie przedmiotowe prawie z wynikiem ujemnym. Operacya. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy o ścianach zgrubiałych, przyrośnięty szczytem do kresy bezimiennej. Tu też przyrośnięta bokiem pętla jelita cienkiego tak silnie, że przy oddzielaniu jej naderwała się bł. surowicza i trzeba ją było zeszyć szwem Lemberta. Wyrostek oddzielono i odcięto. Nie przedziurawiony. Na błonie śluzowej owrzodzenie. Wyleczenie.

XIV. L. S. l. 18 (pryw.) Ostry napad przed 6 tygodniami z wyraźnym »plastronem«, który niedługo po początku choroby ustąpił. Lecz w okolicy kątnicy utrzymuje się stale ból, który od czasu do czasu się zwiększa i wtedy spostrzegano stan podgorączkowy. Badanie we wrześniu 1899 prawie z wynikiem ujemnym. Wykazano bowiem tylko napięcie powłok ponad kiszką ślepą i bolesność tej okolicy. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy nigdzie nie przyrośnięty, lecz w podstawie przewężony, na błonie śluzowej owrzodzenia. Ściany nacieklé. Wyrostek usunięto. W okolicy kątnicy luźne zrosty. Wyleczenie.

XV. J. K. l. 28 (pryw.). Pierwszy napad przed 5-ma laty, lekki, lecz po nim pozostały trwałe przypadłości: ból w okolicy kiszki ślepej i zaparcie stolca. W niespełna rok drugi napad, również nieznaczny, lecz po tym napadzie zauważyła chora napinanie się jelit i przelewanie gazów i kału w okolicy prawego talerza biodrowego. Wkrótce potem bez znaczniejszych dolegliwości zauważyła guz ponad prawą pachwiną, który powoli się powiększał a gdy doszedł wielkości dwóch pięści, lekarz nakłuł go i wypuścił ropę. Wkrótce przez przetokę, jaka po swem nakłóciu pozostała, zaczął wydobywać się kał i gazy. Potem otworzyła się druga i trzecia przetoka. Jedne się goiły, drugie otwierały, sączyła się z nich ropa i wydobywały wiatry, wśród kruczenia w jelitach. Stan w dniu $^{29}/_{4}$ 1901: w okolicy i powyżej grzebienia kości biodrowej prawej liczne przetoki, pozaciągane w głąb. Okolica ponad talerzem biodrowym prawym wzdęta. Najpierw pootwierano przetoki, wyskrobano i wycięto ziarninę, a gdy po miesięcu rana się wygoiła, otworzono jamę brzuszną sp. Jalaguiera, z trudnością odszukano wyrostek robaczkowy, przyrosły do powłok brzusznych powyżej grzebienia k. biodrowej i w znacznej części już zniszczony. Jelito biodrowe mocno zrostami i bliznami zaciśnięte, rozdęte, okazuje ściany przerosłe. Założono pomiędzy niem a wstępującą częścią okrężnicy przetokę *(euteroanastomosis)*. Wyleczenie.

XV F. K. l. 32 od $^{5}/_{2}$ do $^{26}/_{4}$ 1901. Obecne cierpienie trwa od lutego 1900 i rozpoczęło się bolami nad prawą pachwiną, którym towarzyszyły przypadłości żołądkowe. Po 2 miesiącach dość znośnych bóle w okolicy kiszki ślepej powtórzyły się z niebywałą gwałtownością. Po dwóch dniach trochę zelżały, lecz odtąd utrzymują się stale tak, że pracować nie może. Stan ob: brzuch płaski, okolica kiszki ślepej, a zwłaszcza punkt Mc Burneya, bolesny. Operacya w uśpieniu chloroformowem sp. Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy okazuje znaczne zgrubienie ścian, wolny. W okolicy kątnicy sąsiednie pętle jelit połączone luźnymi zrostami. Wyrostek usunięto. Cała błona śluzowa owrzodziała Wyleczenie.

XVII. M. S. l. 17, nauczycielka; od $^{14}/_{12}$ 1898 do $^{4}/_{1}$ 1899. Przed rokiem pierwszy napad, w sierpniu br. drugi i od tego czasu doznaje chora stale w prawym boku bólów o różnem nasileniu. Stan ob: badanie przedmiotowe z wynikiem ujemnym, $^{17}/_{12}$ oper. w narkozie chloroformowej, sp. Jalaguiera, pętle jelit połączone zrostami. Wyrostek robaczkowy w całej swej długości przyrośnięty do przedniej ściany kątnicy. Oddzielono go i odcięto. Światło wyrostka u podstawy zarośnięte, koniec obwodowy nieco rozdęty, w nim śluz i trzy grudki kału zbitego, wielkością i kształtem przypominające ziarna gronowe. Wyleczenie.

XVIII. J. Sk. l. 32, gospodarz; od $^{25}/_{4}$ do $^{10}/_{6}$ 1899. Przed 2 laty napad boleści w brzuchu. Od tego czasu stale po jedzeniu boli go w prawym boku i w dołku podsercowym. Bólom towarzyszy napinanie się brzucha, odbijania; dolegliwości te zmniejszają się po wywołaniu wymiotów. Stolec regularny. Stan ob: brzuch płaski, tylko nad talerzem biodrowym prawym wysklepiony od rozdętej pętli. Tu stwierdza się od czasu do czasu przelewanie treści i napinanie się jelita; $^{17}/_{5}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w linii środkowej. Wszystkie pętle pozrastane ze sobą, a w dodatku zamknięte jakoby w dwóch torbach o silnych włóknistych ścianach; z tych jedna leży w lewej połowie jamy brzusznej, druga w prawej. Porozdzielano zrosty między pętlami, co się stosunkowo łatwo powiodło. W okolicy jednak kątnicy zrosty nierównie silniejsze, niż gdzie indziej i tak zbite, a pętle jelitowe tak pogmatwane, że wyrostka robaczkowego nie zdołano odszukać. Na tem więc zakończono operacyę. Chory wyzdrowiał, — w czasie pobytu w klinice nie uskarżał się na żadne dolegliwości. Stolec regularny.

XIX. K. Z. l. 23, wieśniak, od $^{18}/_{11}$ 1898 do $^{19}/_{4}$ 1899. W listopadzie 1897 wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy kiszki ślepej, a po kilku dniach chory zauważył tamże obrzęk. Wkrótce bóle i obrzęk zmniejszyły się znacznie, chory wstał z łóżka, już jednak po 3 tygodniach bóle wróciły, a wraz z nimi ponowił się ów obrzęk, który szerząc się posuwał się ku pępkowi W końcu sierpnia wytworzyła się w okolicy pępka przetoka, z której najpierw sączyła się ropa, potem kał. Stan ten trwa i skłonił chorego do zgłoszenia się do kliniki. Stan ob.: Brzuch jednostajnie wysklepiony, skóra w okolicy pępka pokryta wyprysklem, w pępku przetoka, z której sączy się treść ropiasto-kałowa; $^{23}/_{11}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w linii środkowej. Jelita szczelnie ze sobą zrośnięte i poprzyrastane do otrzewnej ściennej tak, że mowy niema o jamie otrzewnej. Po długiej pracy odszukano i wyizolowano pętlę, tworzącą przetokę. Mianowicie, jelito cienkie przyrosło do kiszki ślepej i w miejscu zrostu wytworzył się jeden obszerny otwór. Zrost rozdzielono, otwór w kątnicy zaszyto, z jelita cienkiego wycięto część, zajętą przez przetokę. Odszukano zgrubiały i pokręcony wyrostek robaczkowy i usunięto go. Wyrostek u nasady swej był silnie zasznurowany, — w części obwodowej rozszerzony, wypełniony śluzem, a w nim kilka stężyn kałowych. Wyleczenie zupełne.

XX. B. K. l. 39 (pryw.). Obecne cierpienie trwa 4 lata. Po błędzie w dyecie dostał chory silnych kurczów w brzuchu, które minęły

wprawdzie po kilku dniach, od tego jednak czasu przy każdym prawie ruchu doznawał bolów i ciągnienia w prawym boku. Drugi napad bólów powtórzył się w kilka miesięcy po pierwszym, a po jego zniknięciu dawne przypadłości wystąpiły w jeszcze większym stopniu. W jesieni przeszłego roku trzeci napad, z gorączką, dreszczami etc. Chory leżał 2 miesiące Odtąd podupadł znacznie na siłach i zdrowiu, przy najmniejszym nawet ruchu dokucza mu ból w prawym boku. Stan ob.: Badanie przedmiotowe, prócz tkliwości i nieco zwiększonego oporu nad prawym talerzem biodrowym, żadnych innych zmian nie wykazuje. Oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Wyrostek robaczkowy przyrośnięty na całej długości do wewnętrznej ściany kątnicy. Oddzielono go i usunięto Na błonie śluzowej owrzodzenia Sieć wielka przyrośnięta do talerza biodrowego w okolicy kątnicy. Podwiązano sieć podwójnie i odcięto.

XXI. X. l 40 (pryw.), 1898. Przebył już parę napadów zapalenia ślepej kiszki. Po pierwszym stale cierpi na zaparcie stolca i bóle w prawym boku. Ostatni napad od 2 tygodni. Stan. ob.: stan gorączkowy. W okolicy kątnicy wyraźny opór. Oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Rydygiera. Ropy nie znaleziono. Otworzono otrzewnę. W okolicy kątnicy zbite zrosty. Rozdzielono je, poczem odszukano i odciętoznacznie zmieniony wyrostek. Szew warstwowy na powłoki. Wyleczenie.

XXII i XXIII. J. B. l. 29 woźnica; I od $^{25}/_{11}$ do $^{21}/_{1}$ 1899 II od $^{8}/_{10}$ do $^{8}/_{13}$ 1900. Pierwszy raz zapalenie ślepej kiszki przebył przed 7 laty i od tego czasu czuł się niezdrów. Napad drugi w listopadzie 1898. Zgłosił się do kliniki 8 go dnia choroby, gorączkował do 38·8 i w klinice był operowany $^{28}/_{11}$. Cięciem Rydygiera otwarto nieduży ropień. Rana oczyszczała się szybko i dnia $^{10}/_{12}$ przystąpiono do odszukania wyrostka z rany pierwotnej Odszukano utwór, bardzo podobny do wyrostka, odcięto go i ranę w powłokach zaszyto. Dnia $^{21}/_{1}$ 1899 wypisano chorego z kliniki z dużym naciekiem w okolicy kątnicy. W tej okolicy też ciągle go bolało. W rok po pierwszej operacyi wystąpił silny napad bolów w tejże okolicy. Obrzęk znacznie się powiększył, a w bliźnie pooperacyjnej wytworzyła się przetoka, z której sączył się płyn surowiczy. Przyjęty został napowrót do kliniki $^{8}/_{10}$ 1900. W okolicy kątnicy guz twardy wielkości 2 pięści. W bliźnie przetoka, przez którą zgłębnik wchodzi w naciek, a z głębi wydobywa się ropa. $^{26}/_{10}$ oper. w uśpieniu chloroformowem. Cięcie Jalaguiera. Liczne zrosty kątnicy z pętlami jelita cienkiego. Rozdzielono zrosty. Odszukano szczątki wyrostka robaczkowego, który odcięto przy samej nasadzie. Pomiędzy zrostami dwa drobne ropnie, których ściany wycięto doszczętnie. Wyleczenie zupełne.

XXIV. R. lat około 40, pryw. Przed rokiem, po napadzie kilkudniowym kurczów w brzuchu, wstał, lecz czuł się niezdrów. W kilka tygodni później wytworzył się ropień koło odbytnicy, który mu przeciął jeden z chirurgów. Wylało się wówczas dużo ropy. Dolegliwości tylko częściowo zelżały. Przed 2 miesiącami nowy napad kurczów w brzuchu. Wytworzył się wówczas ropień około jelita ślepego, który przeciął prof. Rydygier. Rana po przecięciu ropnia goiła się powoli, a równocześnie sączyła się ropa z przetoki koło odbytnicy. W sierpniu 1897 w bliźnie po przecięciu ropnia przykątniczego przetoka, z której od czasu do czasu wydobywa się kał i niestrawione resztki pokarmów (ziarna figi) Przy bliższem badaniu stwierdzono, że kał wydobywa się przez wyrostek robaczkowy, wrośnięty w bliznę i w połowie swej długości obumarły. Równocześnie przekonano się, że zgłębnikiem przejść można z tej blizny do przetoki odbytniczej. Po rozszerzeniu rany zewnętrznej (dawnej) odszukano kątnicę i wyrostek, który odcięto. Przetokę odbytniczą wyskrobano. Nastąpiło rychle i zupełne wyleczenie.

XXV. B. B. l. 21, słuch. teolog. Pierwszy napad zapalenia ślepej kiszki 12 grudnia 1900. Trwał przez 8 dni; była wówczas gorączka, dreszcze i w okolicy kiszki ślepej wyczuć można było guz wielkości pięści. Guz zmniejszał się, w połowie stycznia był niewyczuwalny. 20 stycznia drugi napad, gorączka, dreszcze. Guz znów duży, wielkości pięści, ciągłe bóle Stan ob.: $^{18}/_{1}$. tuż ponad prawem więzadłem Pouparta i doń równolegle guz kiełbasowaty, wielkości jaja kurzego, nieruchomy, mało bolesny. W tej okolicy kruczenie i przelewanie się treści kałowej. Spostrzeganie kliniczee do $^{8}/_{5}$; guz ledwo macalny, chory nie gorączkuje, więc w przeszło 3 miesiące po ostatnim napadzie przystąpiono do operacyi. Cięcie Rydygiera. Kątnica zrosła z sąsiedztwem. Wyrostek przyrosły do tylnej ściany kątnicy, w przeważnej części zropiały. W jego sąsiedztwie ropień wielkości orzecha włoskiego Wyrostek wycięto. Powłoki zeszyto szwem warstwowym; w tyle pozostawiono otwór i przeprowadzono tamtędy szeton. Gojenie się przetoki następowało b. powoli

Lepiej nieco dzieje się tym, którzy mieli to szczęście czy nieszczęście, że u nich przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego inną przybrało postać. Myślę o *scolecoiditis chronica recurrens.* Ci chorzy w okresie między napadami czują się względnie dobrze, — dolegliwości mają małe, lub żadne, cierpią tylko w czasie napadu A jak czasami bywają cierpliwi! Profesor Rydygier wspominał w swoim referacie o jednym, który dotąd już przebył około 25 takich napadów. I w tej postaci, jak w tamtej, przebyty napad nie przesądza nic o jakości mającego się zjawić.

XXVI. B. M. l. 17. Od 5/10 do 23/10 1900 Przed rokiem przebył chory zapalenie ślepej kiszki. W sierpniu b. r. cierpienie się ponowiło, napad trwał przez tydzień. Obecnie niema wcale dolegliwości Stan. ob.: prócz niewyraźnego guza w okolicy kątnicy, żadnych zmian nie zauważano. 10/10 operacya m. Jalaguier. Wyrostek odcięto. Sam wierzchołek odsznurowany tworzy jakby jamkę zamkniętą, w której znaleziono owrzodzenie błony śluzowej.

XXVII. A. D. l. 29. stud. leśnictwa. Od 28/1 do 5/4 1900. W r. 1894. zapadł poraz pierwszy na zapalenie wyrostka. Chorował 3 tygodnie. Od tego czasu co roku po dwa napady takie same; chorował każdym razem po 2 tygodnie. Ostatni napad przed 3 tygodniami. Między napadami nie ma żadnych dolegliwości. Stan. ob.: w punkcie Mc Burneya wybitna bolesność i w tem miejscu w głębi wyczuwa się guzek zrazikowaty wielkości orzecha laskowego, a w sąsiedztwie drobne gruczołki. 30/1 oper. m. Jalaguier. Wiotkie zrosty między kątnicą a sąsiedniemi pętlami jelit. Wyrostek robaczkowy, długości około 3 ctm., załamany w połowie swej długości, przyrósł do tylnej ściany kątnicy. Wyrostek wycięto. W miejscu załamania wyrostek rob. zarośnięty; w końcu obwodowym kilka kropel ropy; 3. dnia po operacyi objawy posokowatego zapalenia otrzewnej. Szwy wyjęto, ranę wytamponowano; 5/4 chory umarł. Sekcya wykazała: ograniczone obumarcie ścian jelita ślepego w okolicy szwu kikuta i przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej; posokowate zapalenie otrzewnej.

XXVIII. M. K. l. 17. pomocnik handlowy. Od 6/6 do 13/7 1899. Pierwszy napad przed 5 miesiącami. Chorował 2 tygodnie; 2/6 napad drugi. Stan. ob : brzuch wzdęty. bolesny nawet przy lekkim ucisku. W kilka dni później stwierdzono obrzęk ponad prawem wiązadłem Pouparta; 26/6 oper. w uśpieniu chloroformowem Cięcie Rydygiera. W okolciy kątnicy zrosty. Wyrostek rob., przyrośnięty do tylnej ściany kątnicy, wycięto W tej okolicy mały ropień. Wyrostek 8 ctm. długi, w połowie przewężony. Część obwodowa rozszerzona, wypełniona śluzem. Wyleczenie.

XXIX. K. S. l. 17. Od 10/6 do 13/6 1899 Pierwszy napad w grudniu 1897, drugi w jesieni 1898, trzeci w lutym 1899. Po napadzie czuje się zupełnie zdrów. Obecny napad od 8 dni Stan. ob.: brzuch w okolicy kątnicy wzdęty. W tej też okolicy wyczuwa się zwiększony opór, którego przyrody z powodu bolesności bliżej oznaczyć nie można. Wypuk po całej stronie prawej brzucha przytłumiony. Punkt Mc Burneya wyraźnie bolesny. Ciepłota 38·5. Chory nie godzi się na operacyę.

W tych postaciach badaniem przedmiotowem wykazać możemy najczęściej zgrubiały i łatwo wyczuwalny wyrostek, obok niego powiększone gruczoły chłonne, a czasem zwiększoną oporność, zależną od zrostów sąsiednich pętli jelitowych. Anatomicznie znajdziemy wyrostek robaczkowy zawsze zmieniony, nie zawsze w tym samym stopniu. Najczęściej przewężenia bliznowate odsznurowują przewód wyrostka tak, że poniżej blizny gromadzić się może sluz lub ropa *(hydrops v. empyema proc. vermifor.)*, lub też wyrostek jest odgięty pod ostrym kątem, jakby we dwoje złożony, niekiedy w dodatku przyrośnięty do kątnicy, i to bez reguły, do którejkolwiek-bądź jej ściany; lub też wyrostek zgrubiały o nacieklych, jakby wyprężonych ściankach, sterczy do jamy

brzusznej lub wierzchołkiem przyrasta w jakiemkolwiek miejscu. A zrosty w jego otoczeniu robią też swoje. Łącząc pętlice jelit i przytrzymując je, upośledzają ruchy robaczkowe, bo nawet bliznowaciejąc i kurcząc się, zaciskają światło jelita i dają powód do objawów zwężenia [27]). W pewnych warunkach sam zmieniony wyrostek zasznurowuje lub odgina pętlę jelita tak mocno, (a to samo sprawiać mogą i zrosty lub postronki bliznowate, powstałe po przebytych napadach), że powstają objawy ostrej niedrożności *(ileus)*.

Cóż w obec tych wszystkich przypadłości i każdej chwili wystąpić mogących powikłań zdziałać możemy leczeniem wewnętrznem? Zdaje mi się nie wiele. Najkorzystniejszem dla chorego jest jeszcze owo zejście, gdy sprawy zapalne przyspieszą i sprowadzą zupełne zarośnięcie wyrostka. Zanim to jednak nastąpi, wieleż chory się wycierpi i wiele razy przejdzie ponad brzegiem grobu? Nie lepiejże takim chorym pomoże doszczętna operacya, wykonana w okresie pomiędzy napadami, a zatem wykonana niejako zapobiegawczo? W każdym razie niebezpieczeństwo, na jakie chory się naraża poddając się operacyi, jest stokroć mniejsze, niż niebezpieczeństwo, połączone z każdym nowym napadem. Mniemam, że tacy chorzy powinni być tylko chirurgicznie leczeni. (Dok. nast.)

[27]) Ob. spostrz. XV.

II. Przyczynek do wiadomości o działaniu enzymów na enzymy.

Podali:

A. Wróblewski, B. Bednarski i M. Wojczyński.

(Dokończenie).

III. O działaniu fermentów proteolitycznych na podpuszczkę.

Dla wypróbowania działania pepsyny i trypsyny na podpuszczkę, stosowaliśmy 1% rozczyn pastylek Hansena, fabrykowanych z podpuszczki cielęcej.

Do 11 próbówek wlaliśmy po 1 c. sz. rozczynu podpuszczki, do trzech z nich dodaliśmy ługu, do trzech innych kwasu solnego, następnie dopełniliśmy wodą ciecz w nich zawartą do objętości 3 c. sz. Do trzech innych próbówek wlaliśmy po 3 c. sz. wody. Następnie dodaliśmy do niektórych próbówek po 1 c. sz. rozczynu trypsyny gotowanej lub świeżej, jak to widać z Tabl. VII, dopełniliśmy wodą do objętości 4 c. sz. i pozostawiliśmy w termostacie Ostwalda przy 37° C. przez 10 godzin. Następnie zobojętniliśmy ciecze, dodaliśmy po 10 c. sz. mleka i wstawiliśmy do termostatu. W ostatniej kolumnie Tabl. VII podany jest czas ubiegły od chwili wstawienia prób do termostatu do chwili spostrzeżenia ścinania się w nich mleka.

Z tego szeregu doświadczeń wynika przedewszystkiem, że trypsyna sama przez się ścina mleko, podobnie jak i podpuszczka. Spostrzeżenie to potwierdza się drugim szeregiem doświadczeń tejże tablicy. Przekonaliśmy się też, że i preparaty trypsyny innego pochodzenia, a między nimi preparat przyrządzony z trzustek świńskich przez jednego z nas, działały podobnie. A również i sok wyciśnięty z trzustki świni ścinał mleko zupełnie podobnie jak podpuszczka. Obecność w soku trzustkowym enzymu, ścinającego mleko, zauważono już i dawniej; wspomnimy tu spostrzeżenia Kühnego, które przez nas z całą ścisłością potwierdzone zostały. Podkreślamy więc na tem miejscu, co zbyt mało bywa powszechnie uwzględnianem, że **trzustka zawiera conajmniej cztery enzymy**: proteolityczny, amylolityczny, steapsynę i enzym podobny do podpuszczki.

Tabl. VII.

	Liczba próby	1% rozcz. podpuszczki c. sz.	KOH %	HCl %	2% rozcz. pepsyny c. sz.	2% rozcz. trypsyny c. sz.	Ilość minut od wstaw. do termost. do ścięcia się
Szereg I.	1	1	0·00	0·03	gotow. 1	0	3
	2	„	0·00	0·10	„ „	„	3·5
	3	„	0·00	0·30	„ „	„	3·5
	4	„	0·01	0·00	0	śwież. 1.	13
	5	„	0·05	„	„	„ „	14
	6	„	0·10	„	„	„ „	20·5
	7	„	0·00	0·03	śwież. 1	0	2·5
	8	„	„	0·10	„ „	„	3
	9	„	„	0·30	„ „	„	3
	10	„	„	0·00	0	śwież. 1	11
	11	„	„	„	śwież. 1	0	36·5
	12	0	„	„	„ „	„	360
	13	0	„	„	0	śwież. 1	26
	14	0	„	„	„	0	360
Szereg II.	1	1	—	—	gotow. 0·5	gotow 0·5	2
	2	„	—	—	0	śwież 1	20
	3	„	—	—	„	0	3
	4	0	—	—	śwież. 1	„	180
	5	0	—	—	0	śwież 1	43
Szereg III.	1	1	—	—	śwież. 1	—	2·5
	2	„	—	—	0	—	2

Z szeregu I. Tabl VII. uwidocznia się też, że pepsyna nie działa na podpuszczkę, co się potwierdza również w szeregu trzecim.

Przekonanie się, jak działa trypsyna na podpuszczkę, jest utrudnionem z tego powodu, że w preparatach trypsyny zawiera się i podpuszczka, lecz właśnie w obec tego prawdopodobnem jest, że trypsyna na podpuszczkę wcale nie działa.

IV. O działaniu fermentów na inwertynę.

Do doświadczeń, opisanych w tym rozdziale, stosowaliśmy 2% rozczyn inwertyny surowej, otrzymanej przez jednego z nas z soku, wyciśniętego z drożdży. Sok ten był strącony 1·5 objętości wyskoku, licząc na pierwotną objętość soku. Otrzymany w ten sposób osad przemyty i wysuszony przedstawiał użytą „inwertynę surową". [12])

Do doświadczenia użyliśmy 17 próbówek, do 14 z nich wlaliśmy po 0·5 c. sz. rozczynu inwertyny, do próby L. 3 wlaliśmy 0·5 c. sz. gotowanego rozczynu pepsyny, do prób zaś L. L. 5, 12, 13, 14 świeżego rozczynu pepsyny, podobnie postąpiliśmy z rozczynem trypsyny w stosunku do prób L. L. 2, 4, 10, 11 i 15. Do pewnych prób, jak to widać z Tabl. VIII., dodaliśmy ługu, kwasu solnego, rozczynu diastazy i wstawiliśmy do termostatu Ostwalda na 9 godzin, przez ten czas inwertyna podlegała działaniu odczynników. Następnie oznaczyliśmy siłę inwertującą wszystkich prób zapo-

[12]) Rozpr. Akad. Umiej. Wydz. mat. przyr. T. XLI. B. str. 102.

mocą metody zastosowanej przez jednego z nas do tego celu.[13]) Dodaliśmy więc wody do objętości 2 c. sz. w każdej próbie i po 18 c. sz. $4^4/_9$% rozczynu cukru trzcinowego i wstawiliśmy do termostatu, po upływie 60 minut wyjęliśmy próby z termostatu, zagotowaliśmy, po ochłodzeniu dopełniliśmy wodą do objętości 20 c. sz. i obserwowaliśmy w przyrządzie polaryzacyjnym przy temperaturze 20° C. W razie całkowitej inwersyi powinni bylibyśmy otrzymać skręcenie — 4·2°, rozczyn zaś cukru nieinwertowany skręcał o + 15·2°. Obserwowane kąty skręcenia podane są w ostatniej kolumnie Tabl. VIII

Tablica VIII.

Liczba próby	2% rozcz. inwertyny c. sz.	NaOH %	HCl %	2% rozczynu pepsyny c sz.	2% rozczynu trypsyny c. sz.	2% rozczynu diastazy c. sz.	Polaryzacya α =
1	0·5	0	0	0	0	0	+ 0 7°
2	„	„	„	„	gotow 0 5	„	— 4·4°
3	„	„	„	gotow 0·5	0	„	— 3 6°
4	„	„	„	0	śwież. 0 5	„	— 3 3°
5	„	„	„	śwież. 0·5	0	„	— 3·6°
6	„	0·025	„	0	„	„	+ 9 6°
7	„	0·05	„	„	„	„	+ 15·2°
8	„	0	0 018	„	„	„	+ 8 8°
9	„	„	0·035	„	„	„	+ 12 6°
10	„	0 025	0	„	śwież 0·5	„	— 1·4°
11	„	0·05	„	„	„ „	„	— 3·8°
12	„	0	0 018	śwież· 0·5	0	„	— 2·8°
13	„	„	0·035	„	„	„	+ 12 6°
14	0	„	0	„	„	„	+ 15·2°
15	0	„	„	0	śwież. 0·5	„	+ 15·3°
16	0 5	„	„	„	0	śwież. 0 5	— 2·4°
17	0	„	„	„	„	„ „	+ 15 2°

Z doświadczeń tych wynika przedewszystkiem, że działanie inwertyny zostaje wzmożonem pod wpływem gotowanej lub świeżej pepsyny, trypsyny i diastazy; pochodzi to zapewne ztąd, że preparaty tych enzymów zawierają znaczne ilości fosforanów, które wywierają wpływ pobudzający na działanie inwertyny. Oczywistem jest, że ani pepsyna, ani trypsyna, ani diastaza nie niszczą i nie osłabiają inwertyny. Podane uprzednio spostrzeżenia jednego z nas[14]), że ani trypsyna ani też ferment proteolityczny soku drożdzowego nie działają na inwertynę, znalazły w ten sposób potwierdzenie co do trypsyny. Widzimy też, że dodanie ługu i kwasu osłabia działanie inwertyny. Gdy zaś ług lub kwas dodane są jednocześnie z trypsyną lub pepsyną, to osłabiające ich działanie zostaje zupełnie lub w pewnej części zniesionem, zapewne z tego powodu, że kwas lub alkali zostawały związane. W końcu widzimy, że ani pepsyna, ani trypsyna, ani diastaza nie wywierają działania inwertującego.

V. O działaniu fermentów na diastazę.

Do doświadczeń naszych z diastazą stosowaliśmy 2% rozczyn preparatu „diastazy surowej", otrzymanej ze słodu przez jednego z nas.[15])

Do 13 próbówek nalaliśmy p 1 c. sz. tego rozczynu, do niektórych prób dodaliśmy ługu i kwasu solnego, jak to widać z Tabl. IX. Następnie dodaliśmy do niektórych prób świeżego lub gotowanego rozczynu pepsyny, trypsyny i inwertyny, dopełniliśmy wodą do równej objętości 2 c. sz. we wszystkich próbach i wstawiliśmy do termostatu Ostwalda, ogrzanego do 37° C. na 9 godzin, aby poddać diastazę działaniu odczynników. Następnie zobojętniliśmy znowu do równej objętości 5 c. sz. we wszystkich próbach i oznaczyliśmy siłę diastatyczną tych prób zapomocą metody, podanej przez jednego z nas[16]). Każdą próbę zmięszaliśmy z 50 c. sz. 2% rozczynu skrobi rozpuszczalnej[17]) i pozostawiliśmy w termostacie przy 37° C. przez 8·5 godzin, poczem zagotowaliśmy ciecze aby przerwać działanie diastazy i oznaczyliśmy ich zdolność redukowania rozczynu Fehlinga, wyrażoną w ilości zredukowanej miedzi.

Tablica IX.

Szereg	Liczba próby	2% rozczynu diastazy c. sz.	NaOH %	HCl %	2% rozczynu trypsyny c. sz.	2% rozczynu pepsyny c. sz.	2% rozczynu inwertyny c. sz.	Waga zredukowanej miedzi w gr.
Szereg I	1	1	0	0	0	0	0	0·2854
	2	„	0·03	„	„	„	„	0·1945
	3	„	0·10	„	„	„	„	0 0010
	4	„	0	0·009	„	„	„	0·0121
	5	„	„	0 020	„	„	„	0·0089
	6	„	0·03	0	śwież. 0 5	„	„	0 1511
	7	„	0·10	„	„ „	„	„	0 0288
	8	„	0	„	0	śwież. 0·5	„	0·1836
	9	„	„	0·009	„	„ „	„	0·0074
	10	„	„	0 020	„	„ „	„	0 0064
	11	„	„	0	gotow. 0·5	0	„	0·2112
	12	„	„	„	0	„	śwież. 0·5	0·3108
	13	„	„	„	„	„	gotow. 0·5	0·3134
Szereg II	1	1	—	0	—	0	—	0·2012
	2	„	—	„	—	śwież. 0·5	—	0·1997
	3	„	—	0·009	—	0	—	0·1961
	4	0	—	0	—	„	—	ślady
	5	„	—	0·000	—	„	—	„

Doświadczenia te wykazały, że zarówno ług jak i kwas osłabiają diastazę, natomiast dodanie ługu i trypsyny wywiera mniej szkodliwe działanie, zapewne z tego powodu, że rozczyn trypsyny wiąże część ługu chemicznie. Trypsyna nie działa na diastazę, natomiast pepsyna osłabia ją nieco i wspomaga działanie osłabiające kwasów, inwertyna zaś, zarówno świeża jak i gotowana, podnosi nieco działanie diastazy, zapewne z tego powodu, że preparat inwertyny zawiera duże ilości soli fosforowych, których obecność wzmaga działanie enzymów.

Dane szeregu 2 Tabl. IX. potwierdzają nasze wyżej podane spostrzeżenie, że pepsyna nieco osłabia działanie diastazy już w ciągu 9 godzin oddziaływania na nią. Wynik ten potwierdza podane przez jednego z nas tymczasowe spostrzeżenie, że trypsyna nie działa na diastazę i nieznajduje się w sprzeczności z tem spostrzeżeniem, że pepsyna przy 40° C. niszczy diastazę w ciągu 48 godzin w słabo kwaśnym rozczynie,[18]) wykazaliśmy bowiem, że diastaza zostaje osła-

[13]) Ibid. str. 101.
[14]) Ibid. str. 116.
[15]) Zeitschr. f. physiol. Chemie. B. XXIV. str. 180.
[16]) Ibid. str. 199.
[17]) Chem. Ztg. 1898. Nr. 38.
[18]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. B. XXIV· str. 210.

bioną przez pepsynę przy niższej temperaturze i w ciągu daleko krótszego czasu.

VI. O działaniu fermentów protelitycznych na emulsynę.

Działanie pepsyny i trypsyny na emulsynę badaliśmy na preparacie emulsyny surowej, otrzymanym w następujący sposób: 1 kgr. utłuczonych gorzkich migdałów wycisnęliśmy pod prasą, aby wydalić o ile możności olej, następnie wymoczyliśmy roztartą pozostałość w 3 litrach wody przez 24 godziny, w przesączu strąciliśmy leguminę kwasem octowym i w przesączu od leguminy strąciliśmy emulsynę surową, dodając $1^1/_2$ objętości wyskoku. Przemyty i wysuszony otrzymany przez nas preparat emulsyny zawierał w swym składzie znaczne ilości związków organicznych, fosforanów ziem alkalicznych, dawał odczyny na ciała proteinowe, nie redukował rozczynu Fehlinga nawet po zagotowaniu z kwasem solnym.

$2^0/_0$ rozczynu tej emulsyny surowej nalaliśmy do 7 próbówek po 1 c. sz., dodaliśmy do pewnych próbówek ługu, kwasu, rozczynu pepsyny i trypsyny, jak to widać z Tabl. X, następnie dodaliśmy wody do równej objętości cieczy we wszystkich próbach i wstawiliśmy do termostatu na 10 godzin, aby poddać emulsynę działaniu odczynników, poczem zobojętniliśmy ciecze i dopełniliśmy znowu wodą do objętości 3 c. sz. we wszystkich próbówkach. Następnie oznaczyliśmy siłę enzymotyczną emulsyny w próbach w sposób następujący: dodaliśmy do każdej próby po 10 c. sz. $10^0/_0$ rozczynu salicyny, wstawiliśmy do termostatu na 3 godziny i badaliśmy polaryzacyę cieczy w rurce dlugiej na 100 milimetrów.

W podobny sposób wykonaliśmy drugi szereg doświadczeń, z tą tylko róznicą, że trzymaliśmy próby w termostacie przez 8 godzin i badaliśmy polaryzacyę w rurkach długich na 200 milimetrów. Wyniki podane są w ostatniej kolumnie Tabl. X. w stopniach przyrządu półcieniowego Schmidta i Haenscha.

Tablica X.

Liczba próby		$2^0/_0$ rozczynu emulsyny c. sz.	NaOH $^0/_0$	HCl $^0/_0$	$2^0/_0$ rozczynu trypsyny c. sz.	$2^0/_0$ rozczynu pepsyny c. sz.	Polaryzacya $\alpha =$
Szereg I.	1	1	0	0	0	0	$-2{\cdot}0^0$
	2	„	„	„	0 5	„	$-2\ 0^0$
	3	„	0·033	„	0·5	„	$-5{\cdot}4^0$
	4	„	0·033	„	0	„	$-4{\cdot}5^0$
	5	„	0	„	„	0·5	$-1{\cdot}2^0$
	6	„	„	0·005	„	0·5	$-3{\cdot}4^0$
	7	„	„	0·005	„	0	$-2{\cdot}9^0$
Szereg II.	1	1	0	0	0	0	$+5{\cdot}4^0$
	2	„	„	„	0·5	„	$+5{\cdot}2^0$
	3	„	0·016	„	0·5	„	$+5\ 0^0$
	4	„	0·016	„	0	„	$+5{\cdot}2^0$
	5	„	0	0·003	„	0·5	$+5{\cdot}7^0$
	6	„	„	0·003	„	„	$+5{\cdot}1^0$
	7	0	„	0	„	„	$-12{\cdot}8^0$

Doświadczenia te wykazały, że ani trypsyna, ani pepsyna na emulsynę nie działają.

Dodatek. Przy sposobności doświadczeń nad działaniem fermentów proteolitycznych na emulsynę zajęliśmy się zapoznaniem się z niektóremi jej własnościami.

Emil Fischer podawał w r. 1895, że emulsyna posiada własność rozszczepiania cukru mlekowego[19]), lecz wobec tego, że dokładnych danych o tem w piśmiennictwie nie napotkaliśmy, a Duclaux, przytaczając to spostrzeżenie Fischera, wyraża powątpiewanie[20]), postanowiliśmy więc sprawdzić, czy istotnie emulsyna rozszczepia cukier mlekowy, opierając się na tem, że cukier mlekowy słabiej redukuje rozczyn Fehlinga niż produkty jego rozszczepienia. Nalaliśmy do 4 próbówek po 18 c. sz. $4^4/_9{}^0/_0$ rozczynu cukru mlekowego, do dwóch z tych próbówek dodaliśmy po 2 c. sz. wody, do dwóch zaś po 2 c. sz. $2^0/_0$ rozczynu emulsyny i wstawiliśmy dwie ostatnie próbówki do termostatu na 12 godzin. Następnie wzięliśmy z każdej próbówki po 5 c. sz. cieczy, zmieszaliśmy z 40 c. sz. rozczynu Fehlinga i oznaczyliśmy metodą wagową ilość zredukowanej miedzi. Z Tabl. XI. widzimy, że rozczyny zawierające emulsynę redukowały silniej, że więc cukier mlekowy został rozszczepiony pod wpływem emulsyny. Spostrzeżenie Emila Fischera zostało w ten sposób przez nas potwierdzonem.

Tablica XI.

Liczba próby		$^0/_0$ rozczynu emulsyny c. sz.	Wody c. sz	Waga zredukowanej miedzi w gr.
Szereg I.	1	2	0	0·2516
	2	2	0	0 2529
	3	0	2	0·2403
	4	0	2	0 2422
Szereg II.	1	2	0	0 2788
	2	2	0	0·2790
	3	0	2	0·1853
	4	0	2	0·1875

W celu poznania niektórych własności emulsyny, oraz zoryentowania się co do metody otrzymania jej w czystym stanie, przeprowadziliśmy następujące doświadczenie:

4·0660 gr. emulsyny surowej roztarliśmy z 406 c. sz. wody, przesączyliśmy od części nierozpuszczonej, otrzymując pozostałość *A* i przesącz *B*. Przesącz ten wysoliliśmy zapomocą siarkanu amonowego, otrzymując kłakowaty biały osad *C* i przesącz *D*. Próbowaliśmy siłę enzymotyczną pozostałości *A* i obydwu przesączów, używając podobnej metody jak i dla inwertyny. Przyrządziliśmy $4^4/_9{}^0/_0$ rozczyn salicyny, wlaliśmy do 3 próbówek po 18 c. sz. tego rozczynu. Następnie rozpuściliśmy pozostałość *A* w 400 c. sz. zalkalizowanej wody, w której rozpuściła się ona tylko częściowo. Po 1. c. sz. każdej z tych 3 cieczy dodaliśmy do wspomnianych 3 próbówek, dolewając jeszcze po 1 c. sz. wody i wstawiliśmy je do termostatu Ostwalda. Po upływie 1 godziny i po upływie 11 godzin próbowaliśmy polaryzacyę. Liczby otrzymane przy tem ustawione są w ostatniej kolumnie Tabl. XII. Dodajemy tu, że ponieważ przesącz *B* zmieszany z salicyną, próbówki L. 3, polaryzował po upływie 19 gdzin $+5{\cdot}4^0$, przeto liczbę tę przyjęliśmy, jako odpowiadającą

[19]) Berichte der deutsch. chem. Gesellsch **28**. str. 1432.

[20]) Microbiologie. T. II. str. 35. „D'après Fischer, l'émulsine dédoublerait le sucre de lait,..... mais cela reste douteux".

całkowitemu rozszczepieniu salicyny. Osadu *C* nie braliśmy do tych prób, ponieważ z wyniku badania oczywistem było, że w nim znajdowała się całkowita ilość emulsyny, potrzebnym on zaś był do tego, aby wypróbować jego zachowanie się w czasie dializy. Osad ten został rozpuszczony w małej ilości wody i dializowany w ciągu kilku dni, aż ciecz zewnątrz i wewnątrz dializatora przestała dawać odczyn na kwas siarczany. W czasie dializy nie wytworzył się osad w dializatorze. Zawartość dializytora wykazywała silne działanie enzymotyczne i dawała odczyny na ciała proteinowe.

Tablica XII.

Liczba próby		Polaryzacya α = po 1 godz.	Polaryzacya α = po 11 godz.
1	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. rozczynu pozostałości *A*	— 13·7°	— 12·7°
2	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. przesącza *D*	— 13·8°	— 13·4°
3	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. przesącza *B*	— 9·2°	+ 4·7°
4	18 c. sz. rozczynu salicyny + 1 c. sz. wody	— 13·9°	—

Z danych powyższych wynika, że emulsyna wysala się całkowicie zapomocą siarkanu amonowego.

Wnioski:

Z doświadczeń naszych wyciągamy następujące wnioski:

1. Pepsyna działa na trypsynę, wspierając osłabiające, destrukcyjne działanie kwasów.

2. Trypsyna działa na pepsynę, wspierając osłabiające, destrukcyjne działanie alkaliów.

3. Pepsyna i trypsyna nie działają na podpuszczkę.

4. Pepsyna, trypsyna i diastaza nie działają na inwertynę.

5. Trypsyna i inwertyna nie działają na diastazę, pepsyna natomiast osłabia nieco diastazę, wspierając osłabiające i destrukcyjne działanie kwasów.

6. Pepsyna i trypsyna na emulsynę nie działają.

7. Emulsyna rozszczepia cukier mlekowy. W ten sposób potwierdzamy spostrzeżenie Emila Fischera.

8. Emulsyna wysala się całkowicie zapomocą siarkanu amonowego i tem się wybitnie różni od inwertyny.

9. Potwierdziliśmy spostrzeżenie Kühnego, że w trzustce zawiera się enzym podobny do podpuszczki.

Jako ogólny wynik zanotować musimy, że działanie wzajemne enzymów na enzymy jest bardzo ograniczone. Podczas gdy zymaza zachowuje się inaczej: zostaje ona w krótkim czasie zniszczoną przez enzym proteolityczny, zawarty w soku drożdżowym.

Doświadczenia nasze o działaniu enzymów na enzymy nie przyniosły nowych dowodów na potwierdzenie mniemania, że enzymy są ciałami proteinowemi, lecz nie mogą one służyć i jako dowód przeciwny, istnieją bowiem peptony, nukleiny i inne ciała proteinowe, które nie ulegają działaniu niektórych enzymów proteolitycznych.

W lipcu 1901 roku.

III. Wyciągi.

Schmitt. **O wykonywaniu operacyj brzusznych, bez uśpienia.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 30). Autor sądzi, że wskazanem jest wykonywać operacye brzuszne w znieczuleniu miejscowem nietylko u osób podupadłych na siłach, ale także i u ludzi niewyniszczonych. Trzeba jednak wziąść pod uwagę, że niekażdy chory zgodzi się, będąc przytomnym, na manipulowanie z jego narządami brzusznymi. Jako środka znieczulającego używa autor 1% kokainy. Rozczynu tego używa nietylko przy operacyach brzusznych, ale i przy innych większych operacyach. Ilość użytej kokainy rzadko dochodzi do 0,06, często tylko do połowy tego. Zwykle wystarcza trzy strzykawki Pravatza do znieczulenia skóry i tkanki podskórnej w całej długości cięcia, prócz tego jedną strzykawkę wstrzykuje autor głęboko w mięśnie. Znieczulenie całych powłok brzusznych wywołuje autor odrazu tak, że po przecięciu skóry już kokainy nie wstrzykuje. Znieczulenie 1% kokainą ma tę wyższość nad znieczulaniem mięszaniną Schleicha, że znieczulenie następuje szybciej i unikamy obrzmienia tkanek. Narządów, które poddaje się operacyi, nie znieczula się. Oczywista rzecz, ze zupełnego znieczulenia, jak przy uśpieniu, otrzymać nie można; ale postępując ostrożnie, można bóle ograniczyć do minimum. Tam, gdzie spodziewamy się w jamie brzusznej zrostów, które rozdzielić trzeba, radzi autor operować w uśpieniu. Operując w znieczuleniu miejscowem, spodziewano się uniknąć tak częstych powikłań po laparotomiach ze strony płuc. Obserwacye dotychczasowe nie usprawiedliwiły tych nadziei. I po operacyach brzusznych, wykonanych w znieczuleniu miejscowem, zdarzają się zapalenia płuc, a Gottstein z kliniki wrocławskiej podaje nawet większy odsetek, niż po uśpieniu (13: 5,8 wzgl. 1,8%). Przyczyna tych zapaleń płuc polega nie w narkozie, a w tem, że chorzy operowani zwykle są wyniszczeni, że wykrztuszanie jest utrudnione po operacyach brzusznych, i że chory musi leżeć na wznak. W tych warunkach chory dostanie zapalenia płuc, czy będzie operowany w znieczuleniu miejscowem, czy w uśpieniu. Operacya sama w znieczuleniu miejscowem trwa zwykle dłużej, niż w uśpieniu, musimy bowiem postępować łagodniej, żeby choremu oszczędzić bólu, inaczej bowiem oddziaływa skurczem mięśni brzusznych i utrudnia rozchylenie ścian brzusznych.

Dr. Teofil Zalewski.

Grünwald. **Przyczynek do nauki o powstawaniu i leczeniu ropni w gardle.** (*Münchner med. Wochs.* 1901, Nr. 30). Postać chorobowa, *angina phlegmonosa*, najczęściej nie jest zapaleniem okołomigdałkowem, lecz zapalenie umiejscawia się ponad migdałkiem w łukach podniebiennych i w samem podniebieniu miękkiem. Charakterystycznem, a od innych postaci odróżniającem ten rodzaj zapalenia, jest szczękościsk, który powstaje wskutek przejścia zapalenia na mięśnie skrzydlaste *(pterygoidei)*. Prócz tego mamy wysoką gorączkę, zaczerwienienie i obrzęk okolicy ponad migdałkiem i podniebienia miękiego. Tego rodzaju ropnie najłatwiej otwierać od strony dołu nadmigdałkowego *(fossa supratonsillaris)*, zkąd zwykle biorą początek.

Ropnie okołomigdałkowe mają bardzo często swoją przyczynę w schorzeniach zębów. Autor opisuje jeden przypadek, gdzie od zębodołu zęba trzonowego wszedł zgłębnikiem do jamy, z której wyciekła cuchnąca ropa. Przy tym rodzaju zapalenia głównie łuk przedni jest zaczerwieniony i obrzękły.

Przy ropniach w migdałku gruczoł ten jest znacznie powiększony i zaczerwieniony. Otwierać ropnie migdałkowe najłatwiej też od dołu nadmigdałkowego, tylko narzędzie musi być w przeciwnym kierunku zakrzywione, niż do otwierania ropni nadmigdałkowych.

Wszystkim trzem postaciom *anginae phlegmonosae* towarzyszy wysoka gorączka (39,5°) i utrudnienie w połykaniu, które jest największego stopnia przy zapaleniu nadmigdałkiem.

Dr. Teofil Zalewski.

Beck. **O leczeniu mięsaków promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 32). Autor opisuje przypadek mięsaka na podudziu w okolicy kostki zewnętrznej z przerzutami w pachwinie. Kilkakrotnie wycinał autor tak nowotwór pierwotny, jak i przerzuty w pachwinie, zawsze jednak 4—2 tygodniach przychodził chory z nawrotem w jednem i w drugiem ognisku. Uważając przypadek ten za stracony, zaczął autor stosować promienie Röntgena na ranę po wycięciu pierwotnego ogniska, sam jednak nadmienia, że wycięcie nie było doszczętne, pozostały bowiem w obwodzie małe guzki. Czas trwania jednego posiedzenia wynosił początkowo 20 minut, później 45 minut. Posiedzenia robił w odstępach 2—3 dniowych. W 9 tygodni rana zagoiła się, a guzki w obwodzie zbliznowaciały. Autor zamierza zrobić tosamo z przerzutem w pachwinie.

Dr. Teofil Zalewski.

J. G. Rey. **Dotychczas nieuwzględnione przeciwwskazanie operowania stulejki, zapalenie pęcherza moczowego w pierwszych latach życia.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 53, tom 3, zeszyt 6). Prof. Bokai dowodnie wykazał, iż u noworodków zlepiony jest napletek z żołędzią zapomocą komórek, jako fizyologiczna stulejka noworodków. Od tej odróżnić należy stulejkę wrodzoną, trwającą do późniejszego wieku dziecka i stulejkę chorobową, mogącą być także wrodzoną, a sprawiającą od pierwszych dni życia objawy utrudnienia w oddawaniu moczu. To też nie można każdego noworodka uważać za dotkniętego stulejką i poddawać go operacyi na wzór zwyczajów wschodnich, gdyż operacya ta w warunkach niekorzystnych może być groźną dla życia.

Zapalenie pęcherza moczowego u osesków jest chorobą częstą i wywołuje zatrzymanie moczu lub utrudnienie w jego oddawaniu. Znamiennym objawem zapalenia pęcherza u dzieci jest amoniakalny zapach moczu przy ich przewijaniu, brudno różowawe pierścienie na pieluchach, przesiąkniętych moczem, zmiany składu moczu i wyprysk, zajmujący okolicę kości krzyżowej, pośladki, zewnętrzną powierzchnię podudzi i ud, worek mosznowy, dolną powierzchnię prącia, ujście zewnętrzne napletka, lub cewki moczowej. Wyprysk ten różni się nader wybitnie od wyprzania *(intertrigo),* które przedewszystkiem zajmuje fałd około otworu stolcowego, pachwiny i wewnętrzną powierzchnię (przedudzia). Istniejące zapalenie pęcherza moczowego wywołuje trudności w oddawaniu moczu, a wyprysk, połączony nieraz z owrzodzeniami, zajmując ujście zewnętrzne cewki, i sprowadzając jego zatkanie trudności te zwiększa i daje powód do następowych zapaleń ropnych pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek, które to powikłania kończą się śmiercią oseskòw. Przy istniejącym napletku wyprysk ten nie wywołuje tak znacznych mechanicznych przeszkód w oddawaniu moczu, gdyż ujście nigdy się tak szczelnie nie zatyka. Doświadczenia autora wykazują, iż do lat trzech zatrzymanie moczu jest najczęściej wywołane przez zapalenie pęcherza moczowego, wobec którego wtedy dopiero wolno operować stulejkę, jeżeli mimo leczenie zapalenia pęcherza nie można w inny sposób usunąć mechanicznej przeszkody odpływu moczu. *Dr. Bolesław Komorowski.*

George Lamb. **Stosunek cholery do rozpowszechnienia prątków przecinkowych w wodzie studziennej.** (*The Lancet* 20 kwietnia 1901 r.). W maju 1900 r. autor został wysłany przez rząd angloindyjski do Gujeratu dla zbadania miejscowości, w których panowały głód, cholera i zimnica. Za radą Hawkina zajął się autor między innemi bakteryologicznem badaniem wody studziennej w zwiedzanych miejscowościach: badał wodę z 33 studzien w 14-tu różnych miejscach, z których w 8-miu znalazł prątki przecinkowate, w 6-ciu zaś ich nie było (zaznaczyć należy, że ani jeden z wykrytych prątków nie był prawdziwym przecinkowcem cholery). Porównując swoje spostrzeżenia ze spostrzeżeniami Hawkina i Simpsona z r. 1894 (badania wody w Kalkucie), dochodzi autor do następujących praktycznie ważnych wniosków: 1° W miejscowości, porzuconej przez ludność z powodu cholery, ujemny wynik badania wody na przecinkowce może pomódz do bliższego określenia czasu, kiedy można zezwolić na powrót mieszkańców. 2° W miejscowościach, gdzie spostrzegano li tylko odosobnione przypadki cholery, znalezienie przecinkowców w wodzie ostrzedz może o zbliżającym się wybuchu nagminnym. 3° Tam, gdzie cholera już nagminnie panuje, bakteryologiczne badanie wody z różnych źródeł wykryć może, skąd grozi niebezpieczeństwo: zamknięcie takich źródeł lub zakaz korzystania z nich może zapobiedz rozpowszechnieniu i konieczności usuwania ludności. Dla oczyszczenia wody w zarażonych studniach stósowano nadmanganczan potasowy: badania choroby autora nie pozwalają na żadne stanowcze wnioski o zaletach tego środka, chociaż dawało się spostrzegać, że w studniach, do których wlewano nadmanganczan, prątki przecinkowate spotykano rzadziej. *St. Rudzki.*

M. Tuffier. **Znaczenie rozpoznawcze badania krwi przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Semaine medicale* 1901, Nr. 27). Autor opisuje przypadek, dotyczący 47-letniej szwaczki, u której znajdował się na prawym talerzu biodrowym twardy guz, wzrastający od 8-miu miesięcy, połączony z przykurczeniem uda; rozpoznanie jego przyrody wahało się między nowotworem, wychodzącym z miednicy, a ropniem opadowym w torebce m. lędźwiowego. Badanie krwi w tym przypadku przemawiało za rozpoznaniem ropienia, wykazując krwinek czerwonych 6,637.000, ciałek białych 49.600, a mianowicie 75% wielojądrzastych, 25% jednojądrzastych, brak eozynofilów. Za wiele tedy krwinek białych na mięsaka, za wiele krwinek czerwonych na nabłoniaka. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Pierwszy Hayem zwrócił uwagę na konieczność badania krwi w stanach chorobowych i wskazał na doniosłość rozpoznawczą tego badania. I tak w zakażeniach wogóle, a zwłaszcza w ostrych ropieniach, znajdujemy leukocytozę, dotyczącą głównie ciałek wielojądrzastych. Liczba krwinek białych, wynosząca prawidłowo 6 do 8-miu tysięcy, zwiększa się do 20, 30, a nawet 50 tysięcy w mm³. Także nowotworom, a zwłaszcza nowotworom nabłonkowym, towarzyszy leukocytoza wielojądrzasta. Cechą różniczkową między rakiem a ropieniem jest istniejące zwykle przy raku prócz innych objawów klinicznych, zmniejszenie się liczby krwinek czerwonych lub odsetka hemoglobiny, lub też i jednego i drugiego. Z badań niedawnych Miliana wynika, że przy istnieniu mięsaka brak wogóle leukocytozy i niedokrewności, owszem badanie krwi wykazuje zwiększenie się liczby krwinek czerwonych do 6-ciu lub 7-miu milionów w mm³. Zwiększenie się eozynofilów bywa zjawiskiem zwycięzkiej walki ustroju z ropieniem i jest poniekąd wskazaniem do leczenia zachowawczego zapalenia wyrostka robaczkowego. *Dr. M. Blassberg.*

IV. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

Wydział niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej kieruje się w wyborze miejsca na swe zebrania doroczne dwoma względami: by uczestnikom zjazdu przedstawić wzorowe urządzenia z higieny publicznej, a w szczególności miejskiej, oraz by pomiędzy tymi, którzy z urzędu i zawodu, jak burmistrze zajmują się zarządem miejskim, wywołać współzawodnictwo na polu uzdrowotnienia miast, wybiera wydział na ogólne zebranie miasta, celujące postępem na tem polu. Nie pomija jednak i miast leniwych w pracy nad zdrowotnością miast, a to w tym zamiarze, by pod parciem zewnętrznem, przez krytykę obcych zmusić zarządy miejskie do poprawy zaniedbanego zdrowia publicznego, by czynnikom dodatnim tych zarządów udzielić swego poparcia moralnego i w szerokich warstwach mieszczaństwa obudzić zajęcie się sprawami higieny publicznej. Ten drugi wzgląd, obok może bliskości wystawy paryskiej, przeważył przy wyborze miejsca na 25-te z rzędu zebranie — wybrano Trewir, położony nad Mozelą, niedaleko granicy francuskiej pośród winnicami pokrytych wzgórz. Przykre uczucie wywołują tu braki, w obecnem pojęciu niezbędnych urządzeń zdrowotnych jak kanalizacyi i dostatecznej ilości wody, odbijając jaskrawo od dosyć dobrze, najlepiej z całych Niemiec zachowanych zabytków rzymskich stawianych przez lud ten dla zdrowia, a w szczególności olbrzymiej łaźni rzymskiej. I w Trewirze zrobiono wprawdzie nieco dla poprawy zdrowia ogólnego, nie jest to jednak zasługą miasta: usilnemu parciu i inicyatywie ze strony rządu zawdzięczać to należy. Dzięki nowemu prądowi w polityce i zarządzie miasta wywołanemu przez „nowych ludzi“, obecnie już i władze miejskie dobre okazują chęci w kierunku poprawy starych błędów. Plan kanalizacyi miasta, uregulowanie wywozu śmieci, niedawno wykończona budowa rzeźni miejskiej i kilku szkół, plany burzenia niezdrowych mieszkań, rozszerzenia ulic, zaopatrzenia miasta w wodę, uchwyconą w pobliskiej kotlinie górskiej, elektrycznego oświetlenia ulic i placów, wszystko to świadczy o żywotności nowego prądu. Niewiele zatem było można w mieście zobaczyć, niewiele się nauczyć, zjazd jednak powiódł się dobrze dzięki umieszczeniu na porządku dziennym kilku spraw bardzo żywotnych.

W przekonaniu, że zapobieżenie grożącej ze wschodu dżumie zależy nietylko od wydanych przez rządy rozporządzeń, ograniczających komunikacyę z zakażonemi miejscowościami, ale że znakomitym do celu tego środkiem jest dokładne zaznajomienie burmistrzów i techników miejskich z istotą tej choroby, ze sposobami i drogami, któremi się szerzy i na znajomości tej opartymi środkami zapobiegawczymi. Zarząd Towarzystwa dla higieny publicznej jako temat obrad naznaczył *»O środkach do zwalczenia dżumy«*, wybierając na sprawozdawcę znanego higienistę — bakteryologa prof. Gaffkego, jednego z uczestników wyprawy rządu niemieckiego do Indyi, której powierzono zbadanie tej zarazy.

Po zaznaczeniu, że dżuma coraz to więcej się rozszerza, że staje się groźną dla Europy, bo coraz częściej przenoszą ją okręty do portów europejskich, twierdzi G. na podstawie spostrzeżeń w Indyach, że mylnem jest przekonanie, jakoby dżuma straciła obecnie cokolwiek ze swego groźnego charakteru. Jak w wiekach poprzednich, taksamo i teraz dziesiątkuje ona ludność indyjską i chiń-

ską. Jeżeli znajdzie grunt podatny do rozwoju, niełatwo ją stłumić. Nie jest to choroba rasy żółtej, choć europejczycy na nią rzadziej zapadają: w Oporto nie szczędziła i europejczyków (300-tu zachorowało, a 100 zmarło). Omawiając istotę zakażenia i drogi, któremi się zaraza ta szerzy, zwrócił G. uwagę na szczegół mało znany, a niezmiernie ważny, — na pojawianie się lekkiego przebiegu dżumy u niektórych osób, przybierającego nieraz postać przewlekłą. Takie przypadki, zazwyczaj lekceważone pod względem zapobiegawczym, jak również i osoby, które przebyły płucną postać dżumy, a nieraz przez wiele tygodni z plwociną, odkrztuszają zarazki dżumowe, bardzo jadowite, odgrywają niewątpliwie bardzo ważną rolę w przenoszeniu zarazy; takąż rolę odgrywają podobne postacie cholery, przebiegające wśród lekkich tylko zaburzeń zdrowia.

Środki zapobiegawcze stosowane dawniej przeciwko dżumie, szczególnie w postaci bardzo ścisłych i długich kwarantan i kordonów wojskowych, zazwyczaj nie przeszkadzały zawleczeniu dżumy, utrudniając równocześnie w bardzo znacznym stopniu stosunki z zakażonym krajem. Te zbyt wielkie ograniczenia w ruchu osobowym i towarowym, nie dając pewności, że wstrzymają zarazę, a wobec rozwoju i wzrostu handlu pociągając za sobą bardzo znaczne straty ekonomiczne nie mogły się ostać, tem więcej, że w rozmaitych państwach rozmaicie wykonywane służyć mogły wobec sąsiadów zarazem do ekonomicznego zwalczania w pewnym kierunku konkurencyi handlowej. Aby uczynić tym względom sanitarnym i ekonomiczno-handlowym przy zapobieganiu i zwalczaniu dżumy zadosyć przystąpiły państwa europejskie do znanej umowy w Wenecyi. Na mocy postanowień tej umowy, określającej środki zapobiegawcze poza Europą i w jej państwach zobowiązały się prawie wszystkie państwa europejskie do jednolitego postępowania wobec okrętów, osób i towarów przybywających z okolic, nawiedzonych dżumą co do przedmiotów, które muszą podlegać odkażeniu co do częściowego zamykania granicy, oraz zawiadamiania się wzajemnego o każdym przypadku choroby i przebiegu epidemii w obrębie własnych granic. Powierzenie dozoru i wykonania środków ostrożności, ustanowionych w Wenecyi, osobom pewnym i zawodowo wykształconym, nieszczędzenie środków pieniężnych do ich wykonania, jest najważniejszym środkiem, przez który postanowienia konwencyi weneckiej zdaniem G. zyskują praktyczną podstawę.

Władze i społeczeństwo powinny być jednak świadome tego, że mimo ścisłego przestrzegania postanowień konwencyi weneckiej zaraza może się dostać do kraju i zawczasu też dążyć powinniśmy do naprawy warunków zdrowotnych w najpodatniejszych dla zarazy miejscowościach. Poprawa ta wyjdzie na korzyść mieszkańców nietylko wobec dżumy, ale wobec wszelkich chorób zakaźnych. Szczególniejszy nacisk należy położyć na uzdrowienie mieszkań, gdyż z doświadczeń, poczynionych na wschodzie, wiadomo, jak wielką rolę w rozszerzeniu się dżumy odgrywają domy, zawierające nędzne mieszkania. Higieniczne mieszkania dla najuboższej ludności są jednym z najważniejszych czynników w zwalczaniu dżumy. Innym środkiem służącym do zapobieżenia rozszerzaniu się dżumy jest tępienie szczurów, może najważniejszych przenośników zarazy. Wczesne rozpoznanie pierwszego zawleczonego przypadku moru jest dalszym środkiem, który pozwala szybko i skutecznie opanować zarazę. Niestety jednak choroba ta przybiera nieraz tak rozmaitą postać, że rozpoznanie jej tylko z objawów i przebiegu często nastręcza wiele trudności. Jedynie badanie bakteryologiczne i doświadczenie na zwierzętach pozwala szybko i stanowczo stwierdzić swoistość choroby. Ztąd też wynika potrzeba rozmieszczenia po całem państwie zawodowych lekarzy bakteryologów, którzyby w danym razie badania te wykonywali. [Myśl ta, wyrażona już na konferencyi bakteryologów i higienistów, zwołanej w sprawie dżumy do cesarskiego urzędu zdrowia w r. 1899 znalazła silne poparcie tak w sferach rządowych, jak i autonomicznych. W ciągu ubiegłego roku potworzono w Niemczech prawie przy wszystkich uniwersyteckich zakładach higieny oddzielne pracownie do rozpoznawczych badań w razie pojawienia się dżumy, a nadto uznając znaczenie zakładów bakteryologiczno-higienicznych, jako kierujących do pewnego stopnia poprawą stosunków zdrowotnych, szczególnie w zakresie chorób zakaźnych, utworzono w miastach, nieposiadających wydziału lekarskiego, osobne zakłady higieniczno-bakteryologiczne (n. p. w Poznaniu, Gdańsku). We Wrocławiu, Lipsku i Halli, oraz w Kolonii miałem sposobność przekonać się, jak dostatnio w pierwszych trzech miastach rząd, a w ostatnim miasto pracownie te uposażyły]. Wczesne rozpoznawanie moru w powiatach, posiadających niewielu lekarzy, może niezawsze będzie możliwem, i tu w razie niebezpieczeństwa zawleczenia moru szczególnie baczną uwagę trzeba będzie zwracać w razie liczniejszych przypadków śmiertelnego zapalenia płuc, jednej z klinicznych postaci moru.

Do zapobieżenia rozszerzeniu się moru wielce przyczyni się uchwalona właśnie przez niemiecką radę państwa i już obowiązująca ustawa o zwalczaniu chorób zaraźliwych. Jakkolwiek praktyczne wykonanie ustawy należy do poszczególnych państw związkowych, to jednak kanclerz rzeszy ma obowiązek dopilnowania, by ustawę jednolicie wykonywano, a w razie niebezpieczeństwa ma prawo wydać rządom poszczególnych państw osobne polecenia co do zwalczania zarazy. Ustawa ta określa obowiązki donoszenia o każdym przypadku choroby i śmierci z powodu moru lub wśród objawów, podobnych do moru. Ścisłe wykonanie tego obowiązku wobec dzisiejszych rozporządzeń sanitarnych w Niemczech nie jest możliwe, gdyż w 14-tu obwodach państwa pruskiego i w 6-ciu państewkach związkowych nie zaprowadzono dotychczas obowiązkowych oględzin zwłok. Należy też żądać, aby jak najprędzej rząd rzeszy wydał osobną ustawę dla całego państwa, zaprowadzającą obowiązkowe oględziny zwłok. Dalsze ustępy ustawy w sprawie moru określają obowiązki lekarza urzędowego przy zbieraniu wiadomości o pojawieniu się i przebiegu choroby, prawa wykonywania oględzin, sekcyi i zabierania tkanek narządów do ściślejszego badania; nadają mu prawo w ważnych przypadkach zarządzać doraźniej środki ostrożności, określają sposoby oddzielania osób chorych, podejrzanych o zakażenie i stykających się z niemi osób zdrowych, grzebania zmarłych, tępienia szczurów i myszy, sposób postępowania z domami zakażonemi, odkażenia i t. d.

Ustawa ta pozwala władzom w znacznym stopniu ograniczać wolność osobistą obywateli, wkracza znacznie w prawa rodziny, niemniej jednak obok względów na bezpieczeństwo ludności czyni ona zadosyć także względom ogólno-ludzkim. Tak n. p. przymusowo przenieść chorego z domu do szpitala wolno tylko wtedy, gdy według orzeczenia lekarza rządowego mieszkanie chorego nie pozwala na zupełne oddzielenie chorego i jego opieki, jeżeli lekarz ordynujący uzna, że przez to chory nie poniesie szkody, i jeżeli szpital, w którym chory ma być pomieszczony, odpowiednio jest urządzony. Wszelkie uszkodzenie własności, wynikłe z zarządzeń władzy, wydanych dla tłumienia zarazy, musi być poszkodowanym wynagrodzone.

Przeciążenie pracą lekarzy, którym z urzędu wypadnie tłumić zarazę moru i przestrzegać ustawy, wymagać będzie zawodowej pomocy w postaci lekarzy, wykształconych w bakteryologii i higienie. Takich zawodowców trzeba będzie wysyłać do najwięcej zagrożonych miejsc do rady i do pomocy lekarzom urzędowym. Ustęp końcowy swego sprawozdania poświęcił G. uodpornianiu przeciw zakażeniu morem, omawiając tak uodpornianie bierne zapomocą surowicy swoistej, jak czynną przez wstrzykiwanie podskórne zabitych hodowli dżumowych. Wobec dobrych wyników, ogłoszonych przez niektórych badaczy, uważa G., że uodpornieniu jednym z tych sposobów lub przez połączenie obu powinny się poddawać osoby, szczególnie na zakażenie narażone: lekarze i pielęgnujący chorych. Jakkolwiek nie jest jeszcze stanowczo pewną wartość lecznicza surowicy przeciwmorowej nie powinno się jednak zaniedbać przyrządzenia zapasów tego środka na wypadek wybuchu zarazy. Przyrządzenie tak szczepionki ochronnej, jak i surowicy odbywać się winno w centralnym zakładzie państwowym.

W dyskusyi, która po odczycie się wywiązywała, nawoływał prof. Schottelius z Fryburga, by państwa nie polegały zbytnio na środkach międzynarodowych, stosowanych przeciw morowi i szczególnie ostrej poddawał krytyce pobieżną kontrolę sanitarną w Suezie, którą poznał w czasie powrotu z Bombayu; zdaniem jego główny nacisk należy położyć na środki ostrożności we własnym kraju, nie zaś na międzynarodowe, na które większy wpływ wywierają względy polityki handlowej, aniżeli zdrowotne. Nie należy również przeceniać niebezpieczeństwa zarażenia się dżumą. Jak tego dowodzą przykłady w Indyach, tak postać płucna, jak i dymienicza moru nie udzielają się łatwo otoczeniu chorego. Ten fakt należy szczególnie zaznaczyć wobec szerszej publiczności, aby nie potęgować i tak znacznej już przeczulicy na punkcie zdrowia, napotykanej wśród ogółu, a przez to nie osłabiać tak ważnej przy wszelkich zarazach odporności. Endemann bronił ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych, Lent zaś wniósł, by zgromadzenie przedstawiło kanclerzowi rzeszy prośbę o rychłe wprowadzenie ustawy o obowiązkowych oględzinach zwłok przez lekarzy; zgromadzenie jednomyślnie wniosek ten przyjęło.

Jako drugi temat rozpraw naznaczono: »*Jakie znaczenie pod względem zdrowotnym posiadają wodociągi, dostarczające wodę, z sztucznie zamkniętych kotlin górskich*«.

Pierwszy sprawozdawca, prof. budownictwa wodnego w Akwizgranie, Intre, wskazał na okoliczności, które zniewalają miasta coraz to częściej do zaopatrywania się w wodę niegruntową, lecz ze sztucznie w kotlinach górskich utworzonych jezior. Dzieje się to szczególnie w prowincyach nadreńskich i Westfalii, krajach bardzo gęsto zamieszkałych i bardzo przemysłowych. Ilość potrzebnej wody

jest niezwykle wielka dzięki przemysłowi i licznej ludności, a gęstość zaludnienia zmusza do poszukiwania wody gruntowej, odpowiadającej wymaganiom higieny, w znacznej odległości od miast. Przez to rosną koszta i ze względu na długość rurociągu i konieczność kilkakokrotnego podnoszenia wody, by otrzymać dostateczne ciśnienie, przyczem zwłaszcza w czasie największej potrzeby wody w lecie bardzo często pękają rury wskutek nadmiernego parcia. Koszta roczne utrzymania takiego wodociągu, dla miasta, liczącego kilkaset tysięcy ludności, wynoszą nieraz do miliona marek. Często się jednak zdarza, że wskutek nadmiernego czerpania wody, poziom wody gruntowej na terenie wodociągowym tak bardzo się obniża, że woda wodociągowa szczególnie w czasie powodzi w znacznej części zawiera wodę z rzeki najbliższej, mniej lub więcej dobrze przesączoną, zależnie od przepuszczalności gruntu. Zdarza się i to nieraz, że zarządy wodociągowe dla dostarczenia miastu dostatecznej ilości wody, mieszają wodę rzeczną z wodą wodociągową bez poprzedniego oczyszczenia. W okolicach górskich, przy powierzchni ziemi falistej i nieprzepuszczalnym gruncie, nie napotyka się dostatecznie wielkich zapasów wody gruntowej, również i wydatność źródeł często, zwłaszcza w porze letniej, kiedy najwięcej wody potrzeba, — tak dalece się zmienia, że regularne dostarczenie potrzebnej ilości wody w wielu miastach na wielkie napotyka trudności. Nadto w wielu miejscowościach woda gruntowa, używana do wodociągu, bardzo wiele pozostawia dożyczenia wobec bardzo gęstego zamieszkania okolicy i silnie rozwiniętego przemysłu, zanieczyszczającego ziemię przez liczne kanały i ścieki. Te to strony ujemne, pojawiające się tu i ówdzie przy wodociągach z wody gruntowej i źródeł, były przyczyną, która popychała techników do wynalezienia innego sposobu zaopatrywania miast w wodę niegruntową i nieźródlaną. Użyto do tego celu wody z powierzchni gruntu za przykładem Rzymian, którzy potoków górskich i wód uchwyconych w kotlinach górskich używali obok źródeł do zaopatrzenia swych miast. Woda powierzchowna co do swego pochodzenia jest wodą przeważnie opadową, w części przesączoną przez niezbyt grube warstwy ziemi. Gromadzi się ją w sztucznych jeziorach, stworzonych przez zatamowanie mniej lub więcej obszernych kotlin. Wybór kotliny zależeć winien od ilości opadów atmosferycznych na przestrzeni, dostarczającej wody kotlinom, od dobrego zalesienia okolicy, regulującego dopływ wody i od gruntu czystego, niebagnistego; tak w kotlinie jak i w jej sąsiedztwie nie powinny się znajdować zakłady przemysłowe, jak również mieszkania ludzkie. Zbiorniki te, sztucznie stworzone, dostarczają nietylko ilości dostatecznej wody (największy w Niemczech zbiornik, znajdujący się w górach Eifel, zawiera $45^1/_2$ miliona i dostarcza rocznie wody 150—180 milionów metrów sześciennych), ale posiada wielkie znaczenie i pod względem ekonomicznym przez ochronę okolicy od powodzi, gdyż reguluje bardzo wybitnie wzrastanie wody w najbliższych potokach i rzekach. Przy urządzaniu sztucznych jezior w kotlinach górskich należy zwracać szczególniejszą uwagę na budowę tamy zamykającej kotlinę, która nietylko że winna posiadać dostateczną grubość, ale i specyalną budowę w kształcie sklepienia, celem zabezpieczenia przed przerwaniem i zalewem okolicy. Koszta wody takiej przy spadku naturalnym wody wynoszą na 1 m.^{3} trzy fenigi, a przy amortyzacyi kapitału nakładowego po jego spłacie najwyżej $^1/_2$ feniga. (C. d. n.)

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

48. J. Semerád (Praga). **O tak zwanych przejściowych zapaleniach rdzenia; przyczyna do rokowania w zapaleniach ostrych.** Autor na podstawie trzech własnych spostrzeżeń rdzeniowego porażenia kończyn dolnych i piśmiennictwa, dochodzi do następującego wniosku: Istnieje postać rdzeniowego porażenia kończyn dolnych, które rozpoczyna się ostro lub podostro, i które poprawia się w ciągu kilku tygodni bez względu na stopień objawów klinicznych. Porażenia te prawdopodobnie nie mają wspólnej podstawy anatomicznej ani jednakowej etyologii. Pewna część tych przypadków przebiega wśród objawów, wskazujących na zapalenie rdzenia. Należałoby powtórzyć doświadczenia Feinberga i Rotha u zwierząt, czy można takie zapalenie wywołać zapomocą wpływów termicznych (oziębienie), i to tak na rdzeniu zdrowym, jak i na rdzeniu z naczyniami schorzałemi. Nie można uważać z góry za stracone nawet najdalej posuniętych przypadków z postępującą odleżyną, ropnem zapaleniem pęcherza i objawami *»urosepsis«*.

49. F. Samohod (Praga). **O porażeniach arszenikowych.** Czy można rozpoznać porażenie arszenikowe nawet w tych przypadkach, gdzie niema wskazówek w wywiadach, i gdzie w moczu nie można wykazać arszeniku? Na podstawie spostrzeżeń własnych w klinice prof. Eiselta i według przypadków piśmiennictwa autor odpowiada na pytanie to twierdząco. Porażenie arszenikowe bowiem wyróżnia się pomiędzy innemi cierpieniami nerwowemi znamiennie swoim przebiegiem. I tak można w takich razach rozróżnić: 1. okres objawów żołądkowych i kiszkowych. 2. okres szybko postępujących, lecz zawsze jednakowo uporządkowanych objawów porażenia (zmiany czucia, szybko powstające porażenie, zmiany w odżywieniu) i to symetrycznie po obu stronach od obwodu ku środkowi, 3. zatrzymanie się sprawy na szczycie, 4. poprawa przebiegająca w pewnym stałym porządku.

50. M. Mixa (Praga). **O infantylizmie, typu Lorraina.** Podstawą tego wykładu są 3 przypadki z kliniki prof. Maixnera. W 2 z nich znaleziono niedokształt naczyń i to raz bez innych zmian, raz w połączeniu z gruźlicą, (co stwierdziła sekcya). Trzeci przypadek był mniej wyraźny, gdyż istniał w nim zarazem i rzekomy przerost mięśni, wskutek którego występują również cechy feminizmu.

51. Prof. J. Reinsberg (Praga). **Ograniczona zgorzel skóry w zatruciu fosforem.** W czeskim zakładzie sądowo-lekarskim znaleziono u kobiety 31-letniej po zatruciu fosforem (poronienie 4-tego dnia, śmierć 9-tego dnia) zaczynającą się zgorzel na obu podudziach obok obrzęku kończyn dolnych. Zresztą typowe zmiany. Według Prof. R. tłómaczy się powstawanie zgorzeli osłabieniem serca, oraz zmianami krwi, spostrzeganemi przez Taussiga w zatruciu fosforowem, lub może zmianami śródbłonka naczyń.

52. Krahulik (Praga). **Dalsze doświadczenia w sprawie rwy kulszowej, połączonej ze skrzywieniem kręgosłupa** (*ischias scoliotica*). Praca autora opiera się na pięciu spostrzeżeniach z czeskiej polikliniki. W przypadkach tych nie można było wytłómaczyć skrzywienia kręgosłupa (*scoliosis*) tem, że chory, chcąc ochronić chorą kończynę przenosi ciężar ciała na kończynę zdrową, bo skrzywienie kręgosłupa nie znikało podczas zawieszania chorych, ani wtedy, gdy chory się położył; następnie spostrzegano wprost skurcze mięśni wzdłuż kręgosłupa, nieraz bolesne przy ucisku; znaleziono dalej punkta bolesne i przeczulicę skóry w przebiegu nerwów splotu biodrowego. Przypadki tego rodzaju różniły się od zwykłej rwy kulszowej swą uporczywością pomimo leczenia, a skrzywienie kręgosłupa trwało nieraz dalej, pomimo tego, że bóle w nerwie kulszowym ustąpiły. Według K. skrzywienie kręgosłupa nie jest więc zjawiskiem następowem, lecz przyczyną jego jest skurcz mięśni po stronie kręgosłupa, wywołany zmianami zapalnemi w korzonkach biodrowych i krzyżowych. Po stronie zdrowej skurcz mięśni może być odruchowym. W miarę tego, która strona przeważa, powstaje skrzywienie kręgosłupa po tej stronie, po której nerw jest zajęty, lub po stronie przeciwnej.

53. Jirásek (Humpolec). **Padaczka, wyleczona po durze brzusznym.** Zajmujący przypadek padaczki u 18-letniej mężatki. Pierwszy napad, zupełnie typowy, pojawił się przeszło dwa lata temu. Później przez kilka miesięcy napady powtarzały się coraz to częściej, pomimo leczenia bromem. W dwa dni po ostatnim napadzie zapada chora na dur brzuszny. Na początku czwartego tygodnia występują objawy mózgowe (śpiączka, bredzenie, ból głowy, raz wymioty). W ciągu dalszych dwóch tygodni chora wyzdrowiała, a od tej pory również — dziś już $2^1/_2$ lata temu) — znikły zupełnie napady padaczkowe. Autor przypuszcza, że objawy mózgowe na początku czwartego tygodnia duru wywołane były widocznie miernego stopnia zapaleniem opon mózgowych. Wśród tego zapalenia musiała się odegrać w mózgu pewna sprawa, której wynikiem jest ustąpienie padaczki. Być może, że przyczynę padaczki stanowiła tu jakaś mała blizna w korze lub jakieś zgrubienie, które mogły przez zmiany zapalne uledz niejako rozluźnieniu. Z drugiej strony możnaby myśleć też o tem, że w przebiegu duru uległy zniszczeniu pewne substancye krwi, które przedtem wywoływały napady padaczkowe.

54. V. Vitek (Paryż). **Paramyoclonus multiplex i stosunek jego do tic convulsif pochodzenia jądrowego (nuklearnego)** (przedstawia Dr. Pelnář). Przypadek V. dotyczy starego mężczyzny, nałogowego pijaka, w którego rodzinie w pięciu pokoleniach występuje dziedzicznie drżączka i alkoholizm. Chory ten cierpi na drgawki mięśni kończyn górnych i dolnych, po części i mięśni

twarzy. Drgawki te znikają podczas snu, powiększają się przy wzruszeniu, występują niezupełnie symetrycznie po obu stronach i przebiegają bez lokomocyi. Pierre Marie, na którego oddziale chory leży, rozpoznawał *»paramyoclonus multiplex«*. Rozpatrując zagadnienie, czy *paramyoclonus* jest rodzajem „tiku" (Schultze), czy też chorobą samoistną (Marie, Bechterew), autor trzyma się zdania Unverrichta: taksamo jak *tic convulsif* jest skutkiem wzmożonej wrażliwości ośrodka twarzowego w korze, podobnie i *myoclonus* ma przyczynę w wzmożonej wrażliwości ruchowych komórek rdzenia.

55. J. Elgart (Berno). **Znaczenie bólów mięśni w ostrych chorobach zakaźnych.** Badania anatomiczne pozwalają już zwolna na wytłómaczenie różnych bólów mięśniowych, tak częstych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Znanem jest zwyrodnienie woskowe mięśni w durze brzusznym, zwyrodnienie miąższowe lub tłuszczowe w innych chorobach. Przyczyną zwyrodnienia są pewnie swoiste jady, a nie wysoka ciepłota, za czem przemawia też różnorodność zwyrodnienia. Powstawanie bólów w takich mięśniach tłómaczy autor podobnie, jak i bóle po wytężonej pracy (urazowe), to znaczy chodzi tu o liczne, drobne przerwania włókien mięsnych i o następowe wybroczynki w takich przerwach. Przez te liczne wybroczynki wzrasta napięcie torebki mięśnia, a ztąd ucisk na nerwy czuciowe. W chorobach zakaźnych sprawa ta rozwija się tem łatwiej, ponieważ mięśnie są zwyrodniałe. Taki „gościec" mięśniowy rzadko kiedy bywa chorobą samoistną, zwykle występuje on jako powikłanie choroby gorączkowej (nieżyt nosa i gardła), choć nieraz bywa głównym przedmiotem skarg chorego (np. ból lędźwiowy. Napady tego „gośćca" mogą się powtarzać tak długo, jak długo trwa zwyrodnienie mięśni (= *»diathesis rheumatica«* francuskich autorów). W leczeniu najlepiej poskutkuje spokój (łóżko); salicylan sodowy mało pomaga; głównym celem powinno być leczenie choroby pierwotnej, aby jaknajmniej jadów uległo wessaniu.

56. V. Slavik (Praga). **Przyczyny nagłej śmierci i jej znaczenie w medycynie sądowej** (temat ogólny). Śmierć nagłą określa autor jako natychmiastowe lub nader szybkie zakończenie życia u człowieka. dotąd zdrowego lub u człowieka w takim stopniu choroby, w którym nie było można spodziewać się śmierci. Oceniwszy następnie znaczenie śmierci nagłej w medycynie sądowej i w przypadkach ubezpieczenia, podaje autor wyczerpujący przegląd i podział przyczyn, mogących sprowadzić nagłą śmierć. Dzieli on te przyczyny na 10 wielkich gromad, a każdą z nich znowu na mniejsze:

A) Zmiany chorobowe ważnych narządów, (1. narządu nerwowego, 2. n. krążenia, 3. oddechowego, 4. pokarmowego, 5. gruczołu tarczykowego, 6. zmiany grasicy. śledziony i narządu chłonnego, 7. zmiany narządu moczowego i płciowego). B) Śmierć nagła w chorobach ostrych zakaźnych. C) Wpływy toksyczne. D) Urazy mechaniczne. E) Wpływy termiczne i elektryczne. F) Śmierć z głodu. G.) Śmierć pod wrażeniem psychicznem. H) Inne rzadkie przyczyny (zakrwawienie z pękniętego żylaka, śmierć w padaczce, histeryi). I) Śmierć nagła w różnych indywidualnych okolicznościach (umysłowo chorzy, starcy, dzieci do lat 6-ciu). K) Śmierć nagła z ujemnym wynikiem sekcyi (wstrząs, choroby zakaźne i t. d.).

Prof. J. Reinsberg (Praga). **Zabłąkanie się kuli w ranach postrzałowych).** Częstemi i łatwo dającemi się wytłómaczyć są t. nazw. rany konturowe (np. wzdłuż powierzchni wewnętrznej czaszki), taksamo łatwo można pojąć i przedostanie się pocisku z tętnicy głównej do t. biodrowej lub jego wędrówkę w tkance łącznej podskórnej do części niższych. Nadzwyczaj ciekawem i do wyjaśnienienia trudniejszem jest jednak zachowywanie się kuli w wielkich naczyniach żylnych. I tak spostrzegał autor przypadek, w którym młody samobójca postrzelił się w prawą połowę klatki piersiowej, poczem ósmego dnia umarł. Kula przebiła prawy płat wątroby i ścianę żyły głównej dolnej; w dolnym płacie płuca lewego znaleziono ognisko zgorzelinowe, a jako jego przyczynę wykryto kulę, zatykającą dolną gałęź tętnicy płucnej. Widać więc pocisk przeniknął z żyły dolnej do prawego serca i ztąd do tętnicy płucnej.

58. V. Vohryzek (Pardubice)- **Pilokarpina w zapaleniu opon mózgowych i rdzeniowych.** W chorobie tej poleca autor pilokarpinę wewnętrznie w dawkach 0·6—0·7 na dzień dla dorosłych i 0·2—0·4 dla dzieci. Dawka ta jest zupełnie nieszkodliwą. Autor spostrzegał (w praktyce prywatnej) ogółem 12 przypadków zapalenia opon, z wyjątkiem 2, zawsze stwierdził po pilokarpinie niespodziewanie szybką poprawę (nieraz już na 2-gi dzień). Trzy przypadki jednak pomimo tego skończyły się śmiercią. V. sądzi, że wartoby na klinikach wypróbować także działanie podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny pod tym względem.

59. V. Vohryzek. **Leczenie gnilca kwasem borowym.** Opierając się na stosowaniu kwasów (cytrynowego, solnego) w gnilcu (obok dyety), już w czasach dawniejszych odważył się autor w jednym prawie straconym przypadku podać kwas borowy, ufając w jego działanie przeciwgnilne, nieszkodliwość w małych dawkach i łatwe wessanie (już po 10-ciu minutach można go wykazać w moczu). W 10-ciu przypadkach, które leczył w przeciągu ośmiu lat, poprawa następowała zawsze pewnie i szybko. Wobec niewielu swych spostrzeżeń nie wypowiada autor stanowczego zdania, przypuszcza jednak, że chodzi tu albo o działanie przeciwpasożytnicze, albo o zmianę chemizmu krwi. (Ciąg dalszy nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 5 września.

* Na podstawie uchwał XIII międzynarodowego kongresu lekarskiego w Paryżu wydał magistrat wiedeński dla lekarzy miejscowych terminologiczny spis chorób, które wchodzą do statystyki śmiertelności. Jest to krok ku ujednostajnieniu statystyki porównawczej różnych narodów, którą do tej pory często utrudniały synonimy, nazwy popularne, lub wogóle nieścisłe trzymanie się terminologii naukowej.

* Przy katolickiem Towarzystwie Dobroczynności w Petersburgu utworzyła się sekcya lekarska, do której wpisało się do tej pory przeszło 100 lekarzy Polaków. Jest to »Wydział pomocy lekarskiej«. Prezesem nowo powstałego Towarzystwa wybrany został Dr. Strawiński, wiceprezesem Dr. C. Zakrzewski, sekretarzami: Dr. St. Rudzki i Dr. Seweryn. Towarzystwo to, obok celów filantropijnych, odbywa i posiedzenia naukowe.

* Rząd rosyjski wyasygnował 80.000 rubli na przebudówkę pracowni lekarskich i przyrodniczych w uniwersytecie warszawskim (»Nowoje Wremia« 17 sierpnia).

* Na wniosek prof. Brouardela powstaje w Paryżu Muzeum lekarskie, które w trzech salach Sorbony mieścić będzie okazy, odnoszące się do historyi medycyny Znajdą się tu zapiski lekarzy nadwornych Ludwików XIII i XIV, zarządzenia królewskie przeciw partactwu i szarlataneryi, książki starożytne, oraz narzędzia i przyrządy lekarskie i chirurgiczne, między którymi zasługuje na uwagę zbiór narzędzi położniczych rzymskich, znalezionych w wykopaliskach Pompei.

* Podczas Zjazdu lekarzy niemieckich w Hamburgu obradować będzie »Wolny Związek zawodowej prasy lekarskiej niemieckiej«. Tematy obrad są następujące: 1) Wprowadzenie do użycia i ocenienie nowych leków (Eulenburg). 2) O prawie repliki i dupliki w prasie lekarskiej (Ewald). 3) Czy jest to zgodne z pojęciem koleżeństwa, jeśli przy zmianie redaktora przez wydawcę, redaktor nowy nie porozumiewa się ze swoim poprzednikiem i nie zapytuje o przyczynę ustąpienia? (Mendelsohn). 4) O równomiernem obdzielaniu wszystkich czasopism lekarskich przy ogłaszaniu wyników zbiorowego badania (Lohnstein).

* Zastanawiając się nad twierdzeniami, wypowiedzianemi na tegorocznym Zjeździe przeciwgruźliczym przez prof. R. Kocha, »Berliner klin. Wochenschrift« przypomina zdanie, które on wypowiedział przed 9-ciu laty: »perlica bydła rogatego jest identyczną z gruźlicą ludzką, a temsamem może od bydła udzielać się człowiekowi«. »The Lancet« ze swej strony przytacza znowu słowa Virchowa, który w roku 1880 kategorycznie zaprzeczył, ażeby gruźlica ludzka była identyczną z perlicą.

* Dwie nagrody z zapisu Nobla po 200.000 koron zostały prz y znane: prof. Finsenowi za wprowadzenie leczenia światłem, i prof. Pawłowowi za prace o trawieniu.

* Dr. Lazcar, członek komisyi amerykańskiej, która badała żółtą febrę na Kubie, wystawił siebie na ukąszenie moskitów w celu zdobycia dowodu, czy moskity przenoszą zarazek żółtej febry. Doświadczenie dało wynik dodatni i to niestety w tym stopniu, że Dr. Lazcar padł ofiarą żółtej febry.

* W Ostendzie odbywa się i trwać będzie przez miesiąc wrzesień wystawa dla higieny morskiej i środków ratunkowych na morzu. W tygodniu bieżącym odbył tam swe posiedzenia międzynarodowy kongres, którego narady były w związku z przedmiotami i treścią wystawy.

Jeśli mowa o wystawie higienicznej, to godzi się wspomnieć i o sierpniowej wystawie dla higieny, środków spożywczych, sportu itd. w Karlsbadzie. W istocie jednak higiena na tej wystawie wyglądała znikomo, natomiast wystawa środków spożywczych, a zwłaszcza pragskich szynek i pilzneńskiego piwa była obfita i miała powodzenie. Urządzenie wystawy tej nie odpowiedziało zapowiedzianemu programowi.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa za II-gi kwartał b. r. przedstawia się, jak następuje: liczba mieszkańców (z wojskiem) 91.323. Śmiertelność ogólna wynosi 30,35, bez zamiejscowych = 20,50. Śmiertelność chrześcian = 34,79, — żydów = 19,01. Najwięcej zmarło z chorób narządu oddechowego: z gruźlicy 181 (w tem zamiejscowych 76), z zapalenia płuc 95 (zamiejscowych 23). Z innych chorób zakaźnych zmarło: z płonicy 18 (zam. 9), z cholery dziecięcej 40 (zam. 7), z błonicy 10 (zam. 5), z krztuścca 4, z ospy 3, z duru brzusznego 4 (zam. 2), z duru osutkowego 1 (zamiejscowy), z gorączki połogowej 4, z zakażenia przyrannego 17 (zam. 2).

* Rząd w Kanadzie, idąc za przykładem Stanów Zjednoczonych, wydał prawo, niedopuszczające do osiedlenia się w tym kraju tych kolonistów, którzy cierpią na gruźlicę.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Greeff powołany został na prof. okulistyki w Rostoku. Dr. Jurgens dostał tytuł profesorski. Dr. Cloëtta mianowany prof. farmakologii w Zurychu. Dr. Slavik wykładać będzie sądową medycynę dla prawników w czeskim uniwersytecie w Pradze, w zastępstwie prof. Reinsberga, który zrzekł się tej posady.

Mianowania. Naczelny lekarz wojska niemieckiego, Dr. Coler umarł w 71 roku życia. Prof. fizyologii w Würzburgu Fick umarł w 72 roku życia. Prof. otyatryi w Giessen Dr. Steinbrügge umarł w 70 roku życia.

Bibliografia:

— Prof. Kirchner: **O urazach ucha** (Die Verletzungen des Ohres) (*Würzburger Abhandlungen* Tom I. Zeszyt 10) nakładca Stuber (C. Kabitsch). W krótkiej, bo 25 stronic druku obejmującej rozprawce omawia autor sprawy urazowe narządu słuchowego i to głównie ze stanowiska praktycznego, przechodząc kolejno od małżowiny i ucha zewnętrznego, aż do uszkodzeń błędnika i narządu nerwowego. Etyologia, objawy, rokowanie i leczenie zostały przez autora równomiernie uwzględnione. Przedmiot to dla każdego lekarza bardzo ważny, już ze względu na to, że nierzadko stanowi treść orzeczeń sądowo-lekarskich. Nie mogąc w całości przytoczyć wszystkiego, co broszurka zawiera, ograniczyć się musimy do kilku punktów. K. sądzi, że krwiak uszny nie zawsze bywa pochodzenia urazowego i polegać może także na rozmiękczeniu i tworzeniu się torbielowatych przestworów w chrząstce małżowiny. W lżejszych i świeżych przypadkach mięsienie daje dobre wyniki, w innych należy rozciąć krwiak szeroko, skrzepy usunąć, ściany wyskrobać itd.

Opisując uszkodzenia błony bębenkowej podnosi K. doniosłość rozpoznania dla oceny sądowo-lekarskiej, a wśród następstw tych uszkodzeń opisuje ciekawy przypadek w którym przez uderzenie w brodę powstało przebicie błony bębenkowej i pęknięcie przedniej ściany kostnej przewodu. Po wyleczeniu sprawy zapalnej, stąd powstałej, słuch pozostał prawidłowy, natomiast wystąpił nader uporczywy nerwoból w zakresie *n. auriculo-temporalis*.

W ustępie o obrażeniach kości skroniowej, zwraca K. uwagę na różnorodne zaburzenia w zakresie nerwów, twarzowego, trójdzielnego itd. Gdy w dalszym ciągu w skutek sprawy zapalnej na szczycie kości skalistej utworzą się zakrzepy, wtedy i nerwy oka: okoruchowy, odwodzący i bloczkowy ulegają zmianom chorobowym, a w tych ciężkich przypadkach wziernik wykazuje zazwyczaj tarczę zastoinową.

W końcu rozpatruje autor poszczególne uszkodzenia narządu słuchowego w sposób zarówno jasny, jak zajmujący, pod względem ich znaczenia w stosunku do zdolności zarobkowania. Rozprawka, jak wszystko z pod pióra K. odznacza się stylem potoczystym i przystępnym sposobem przedstawienia rzeczy. *Schoengut.*

— *Pamiętnik Towarz. lekarsk. warszawskiego*, Tom XCVII. Mazurkiewicz: O afazyi giestowej. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Dzierzgowski i Salazkin: O odszczepianiu się amoniaku pod działaniem trypsyny i pepsyny na białko. Cybulski: Mentorol w leczeniu gruźlicy krtani. Goldbaum: „Epilepsia procursiva“, przyczynek do kazuistyki padaczki (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Lejzerowicz: Kilka uwag w sprawie tężca i jego uleczalności. Bernstein: O jod — i kreozot — wazogenach.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 34 Podhajský: O zúmyslných sebepoškozenich v c. a k. vojště v obdobi posledních 25 let. Viesner: Diaetotherapeutický význam vody. Nr. 35. Kopfstein: Sdělení ku operativnemu léčeni předni hnisavé mediastinitidy. Viesner: Diaetotherapeutický význam vody (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 67. Sicard: Zmienne postacie zapalenia bakteryjnego błon mózgowych. Terrien: Leczenie zapaleń spojówek. Nr. 68: Leczenie chirurgiczne torbieli wodunkowych. — Moure: Ropnie migdałków i tkanki okołomigdałkowej.

— *La Semaine médicale* Nr. 35: Marion: Trepanacya wyrostka sutkowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35: Pick: Nerwice czuciowe żołądka. Doranth: Drgawki u 16-letniej dziewicy. Beyer: O łuszczycy atypowej (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr .35. Jordan: Etyologia róży i jej stosunek do zakażeń ropnych. Heinleth: O guzach złośliwych migdałków. Balacescu: Podwiązanie naczyń śledziony u zwierząt. Vieth: O leku przeczyszczającym, przyrządzonym syntetycznie. Hoffmann: O opukiwaniu z jednoczesnem przysłuchiwaniem. Hölscher: Dwa przypadki przebiegającego w utajeniu zakrzepu zatoki esowatej w następstwie ropienia w uchu środkowem. Kreisch: Powikłanie porodu w następstwie puchliny płodu. Wagner: Przypadek wrzodu dwunastnicy z pozaotrzewnowem przedziurawieniem się.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Bollack i Bruns: Ropień odbytniczo-pochwowy w przebiegu duru brzusznego. Kaminer: O wpływie ciąży i połogu na sprawę gruźliczą, oraz o wartości leczniczej wywołania poronienia. Juliusberg: Działanie lecznicze i uboczne tiosynaminy i sposób jej stosowania. Leczenie pęknięcia wątroby (dok.). Hess: Przypadek zatrucia bombą smrodliwą (z siarczkiem amonu).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Baumgarten: Stosunek perlicy do gruźlicy. Gluck: Przyczynek do chirurgii otrzewnej. Jawein: W sprawie powstawania i znaczenia ziarnek bazofilnych i o polichromatofilnem zwyrodnieniu w krwinkach czerwonych. Herzfeld: Przypadek obustronnej zgorzeli błędnika z obustronnem porażeniem nerwów: twarzowego i słuchowego. Talk: Pęknięcie trąbki i poronienie trąbkowe.

Redakcya otrzymała: L. Glück: 1) Ueber zwei weitere Leprafälle aus Dalmatien. 2) Ueber den leprösen Initialaffect. Fajersztajn: Ueber das Haematoxylinchromlack als Mittel zur Färbung der Axencylinder.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 14 Września 1901. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

Nadnercze jest jednym z tych narządów, których biologiczne znaczenie poznano dokładniej dopiero w ostatnich czasach. I tu właśnie za pośrednictwem organoterapii, jako metody badań, istotnie bardzo znacznie naprzód posunęła się nauka. U nas wyniki tych badań tem większe budzić powinny zajęcie, że nie małe zasługi położyła w całej tej sprawie fizyologiczna szkoła krakowska; włożywszy w sposób i kierunek badań nowy pierwiastek, zajęła nawet przewodnie stanowisko.

W chwili, kiedy rozpoczynano szereg nowych doświadczeń, zaledwo ustalony był pierwotny pogląd Brown-Séquarda, że nadnercze jest narządem dla życia nieodzownie potrzebnym, zaledwo poznane objawy, jakie powstają po usunięciu nadnerczy u zwierząt, a skutkiem schorzenia ich u ludzi. Na tem kończyły się prawie wszystkie wiadomości. Jakie znaczenie biologiczne tego narządu, nie umiała rozstrzygnąć fizyologia, posługująca się wyłącznie dawniejszą metodą badań, metodą wykluczania. Dopiero złączenie dwóch metod, tej dawniejszej i nowszej, nazwijmy ją organoterapeutyczną, miało przynieść rozjaśnienie, prawie rozstrzygnięcie sprawy o fizyologicznych czynnościach nadnercza.

Takiego sposobu badań użyli równocześnie i zupełnie od siebie niezależnie w Londynie Oliver i Schäfer [1]), z których pracami spotykaliśmy się już wyżej, oraz Cybulski [2]) i Szymonowicz [3]) w krakowskiej pracowni fizyologicznej.

Ostateczne wyniki doświadczeń tych badaczy zasadniczo były prawie zupełnie równe. Okazało się, że wyciągi, otrzymywane z nadnercza, zawierają istotę, która w małych już ilościach wywiera nader potężny wpływ na narząd krążenia i powoduje tak znaczny wzrost parcia ościennego w tętnicach, jak żaden z badanych dotychczas środków. Według Szymonowicza i Cybulskiego okazywały się za krótkie wszystkie manometry, znajdujące się w pracowni, tak, że trzeba było zamawiać inne, znacznie pojemniejsze. Spostrzeżenia te nabierają tem większego znaczenia, jeśli się uwzględni, że po usunięciu nadnerczy występuje bardzo rychło znaczne obniżenie ciśnienia krwi i że po wstrzyknięciu do żył wyciągów z nadnercza obniżenie ustępuje miejsca podwyższeniu, niekiedy nawet powyżej prawidłowej wartości.

Powodem wzrostu parcia jest według zgodnych zupełpie spostrzeżeń wszystkich badaczy bardzo silne zwężenie tętnic, dające się rozpoznać gołem okiem, a wykazane przez Szymonowicza nawet pomiarami, dokonywanymi zapomocą odpowiednio zrobionego cyrkla. Przyczynę tego zwężenia upatrywali Schäfer i Oliver w bezpośredniem działaniu wyciągów z nadnercza na mięśnie gładkie ścian naczyniowych, opierając swój pogląd na tem, że zwężenie naczyń i wzrost parcia występują nawet po przecięciu rdzenia lub nerwów obwodowych. Cybulski i Szymonowicz doszli pod tym względem do innych wyników. Nie spostrzegali oni wpływu wyciągów po odłączeniu obwodu od ośrodkowego układu nerwowego, względnie od ośrodków naczynioruchowych i dlatego sądzą, że istota nadnercza działa na ośrodki, a ztąd dopiero przenosi się podnieta na naczynia. Rozstrzygnięcie tej spornej sprawy przyniosły późniejsze dopiero badania Gottlieba [4]), Velicha [5]) i Biedla [6]), oraz spostrzeżenia Dariera, Radziejewskiego [7]) i najnowsze Mossego [8]). Gottlieb porażał ośrodki przez zatrucie zwierząt chloralem i otrzymywał wysoką linię parcia i zwężenie naczyń. Do tych samych wyników dochodził Velich, posługując się, jak Gottlieb, chloralem, używając nadto kurary, lub niszcząc doszczętnie cały rdzeń kręgowy. Biedl wreszcie odłączał zupełnie pewien narząd — nerki, a nawet kończynę — od ustroju, a przez naczynia przepuszczał krew, zmięszaną z wyciągiem, otrzymanym z nadnercza. I tu jako wynik występowało bardzo znaczne zwężenie naczyń. Darier i Radziejewski stwierdzili przy wkraplaniu wyciągów do worka spojówkowego zwężenie naczyń spojówek, a Mosse — przy zwilżaniu obrzmiałych muszli nosowych zmniejszanie się obrzmienia, o ile obrzęk był następstwem przekrwienia, a nie przerostu. Uwzględniwszy te wszystkie nowsze badania przychylić się trzeba raczej do zdania Schäfera i Olivera i przyjąć, że istota, działająca w wyciągach z nadnercza, wpływa wprost na ściany naczyń.

Dalszem następstwem wstrzykiwań wyciągów, dostrzeżonem przez Szymonowicza i Cybulskiego oraz przez Schäfera i Olivera, jest zwolnienie czynności serca z równoczesnem zwiększeniem się siły skurczów. Zjawisko to odnieść należy do podrażnienia ośrodków nerwów błędnych, gdyż po ich przecięciu, podobnie jak po za-

[1]) Oliver i Schäfer: cyt. według Szymonowicza.

[2]) Cybulski: Gazeta lek. 1895. S. 259.

[3]) Szymonowicz: Pam. Zakł. fizyolog. Kraków, 1895.

[4]) Gottlieb: Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. T. XXXVIII.

[5]) Velich: Wiener klin. Rundschau 1898 Nr. 38.

[6]) Biedl: Wiener klin. Wochschft. 1896 Nr. 9.

[7]) Radziejewski: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 26.

[8]) Mosse: Ther. der Gegenwart 1900 H. 12.

truciu zwierząt atropiną lub kurarą, występuje nie zwolnienie, lecz przyspieszenie czynności serca. Świadczy o tem także drażnienie obwodowego odcinka nerwu błędnego, przy którem dostrzegać się daje również zwolnienie.

Przyspieszenie czynności serca, zjawiające się po przecięciu nerwów błędnych lub rdzenia pacierzowego, tłomaczy Szymonowicz bezpośrednim wpływem wyciągów na serce. Tłomaczenie to popierać ma także zjawianie się arytmii lub alorytmii, występujących po zastosowaniu znacznych dawek. Oliver i Schäfer, a później Radziejewski, stwierdzili zresztą przyspieszanie się ruchów na wyciętem sercu żaby po zetknięciu z wyciągami. Gottlieb wreszcie, który również dokładnie zajmował się tą sprawą, otrzymał skurcze serca po zatruciu muskaryną, jak niemniej po przesznurowaniu części przedsionkowej, a wtedy były one ograniczone do tejże części. Działanie ustawało dopiero po odłączeniu przedsionkowo-komórkowych zwojów Biedla. Wszystko to przemawia za słusznością zapatrywania Szymonowicza.

Podobnie, jak na narząd krążenia, istota nadnercza, przechodząca do wyciągów, działa także na sprawę oddechania. Z chwilą podnoszenia się parcia krwi występowało w doświadczeniach Szymonowicza zwolnienie ruchów oddechowych, oddechy stawały się płytsze, niekiedy ustawały na krótką chwilę zupełnie. Po przeminięciu działania nadnerczyny na narząd krążenia występowały głębokie, silne i przyspieszone ruchy oddechowe. Zjawiska te świadczą o działaniu wyciągów z nadnercza na ośrodek oddechowy. Szymonowicz przypuszcza, że małe dawki podrażniają go, wielkie zaś porażają. Istotnie przez wstrzyknięcie znacznych ilości wywołać można śmierć zwierzęcia przez porażenie ośrodków. Przemawia za tem tak zbiór objawów, spostrzeganych na życia, jako też obraz sekcyi, naszkicowany przez Gluzińskiego[9]) i Cybulskiego.

Wobec wszystkich powyższych, doświadczalnie stwierdzonych szczegółów, przyjąć trzeba, że zapewne nadnercze i w warunkach fizyologicznych nader ważną rolę odgrywa w ustroju, zwłaszcza w sprawie krążenia, prawdopodobnie także i oddechania. Byłoby to już bardzo wiele, ale jeszcze nie wszystko. Znaną jest rzeczą, że po wyjęciu obu nadnerczy występują za życia bardzo znaczne zmiany w czynności i w stanie układu mięśniowego i nerwowego, a po śmierci zwierzęcia zmiany w utkaniu ośrodkowego układu nerwowego, badane i poznane dokładnie przez Tizzoniego[10]), że skutkiem usunięcia tych gruczołów bardzo niekorzystnie zmienia się odżywienie zwierząt, użytych do doświadczeń. Albanese[11]), Abelous i Langlois[12]), którzy dokładniej starali się określić wpływ nadnercza na układ mięśniowy i nerwowy spostrzegali u żab, pozbawionych nadnercza, rychlejsze występowanie porażeń, jeśli zmuszano je do ruchów, lub drażniono prądem: znużenie występowało u nich daleko prędzej, niżeli u zwierząt normalnych, a porażenia, wywołane prądem cewki Du Bois Reymonda, zupełnie nie ustępowały. Stwierdzono nadto, że krew zwierząt znużonych, a pozbawionych nadnercza, działa podobnie jak kurara, że wstrzykiwania takiej krwi przyspieszają śmierć zwierząt, podobnie operowanych. Taksamo działają także wyciągi z mięśni. Naturalny ztąd wniosek, że nadnercze w warunkach fizyologicznych musi w jakiś sposób wpływać na układ mięśniowy, prawdopodobnie przez to, że normuje odpowiednio sprawy przemiany pierwiastków, odbywające się w mięśniach.

Bardzo jeszcze niejasne i nieścisłe są nasze wiadomości o możliwym wpływie nadnercza na odżywianie ustroju. Sprawa przemiany pierwiastków jest, jak dotychczas, prawie zupełnie ciemna. Wiemy wprawdzie, że u ludzi, cierpiących na chorobę Addisona, występuje obok innych objawów upadek sił i wychudzenie; wiemy, że zwierzęta, pozbawione nadnerczy, równie szybko chudną, a jak twierdzi Gourfain[13]) giną skutkiem wycieńczenia w chwili, gdy ciężar ciała spada do pierwotnej wartości; ale mimo to znaczenie nadnercza w tej sprawie jest zupełnie niejasne. Dotychczas zresztą bardzo nie wiele poświęcano jej uwagi.

Philippen[14]) badał wydzielanie azotu w przypadku choroby Addisona, gdzie mimo dostatecznego pożywienia, szybko występowało chudnięcie, a nawet istotna chera. Oznaczenia przemiany istot azotowych wykazały zwiększone wydzielanie azotu z moczem. Po podaniu kołaczyków z nadnercza poprawiły się stosunki, ilość wydzielanego azotu spadła, chory zaczął przybywać na wadze. Dalsze oznaczenia, wykonywane przez tegoż autora na psie, na dwóch chorych i na jednym osobniku zdrowym, wykazały podobne zachowanie się przemiany pierwiastków co do istot azotowych. Jako ostateczny wynik spostrzegano zaoszczędzanie białka. Senator[15]) przeprowadzał w swej klinice takie same badania również w chorobie Addisona. Żadnych następstw po podaniu nadnercza nie stwierdzono. Do wprost przeciwnych wyników doszedł Pickhardt[16]), także u chorego na chorobę Addisona. Po podaniu kołaczyków z nadnercza dostrzeżono o wiele jeszcze szybszy rozpad białka i znaczniejszy spadek wagi ciała. W najnowszych już czasach zajmował się badaniem przemiany istot azotowych pod wpływem nadnercza Kaufmann[17]) z oddziału szpitalnego Noordena w Frankfurcie n. M., podobnie jak inni autorowie — w chorobie Addisona. Wyniki oznaczeń azotu w tym przypadku były zupełnie takie same, jak w spostrzeżeniu Philippena.

Aż nadto zrozumiałe, że wobec nielicznych spostrzeżeń, a tak różnych wyników, żadnych prawie wniosków wysnuwać nie można, że nie można kusić się o wyjaśnienie znaczenia nadnercza w ekonomii ustroju.

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa samej istoty, działającej w nadnerczu. Już Szymonowicz przekonał się, że zawiera ją li tylko część rdzenna tego gruczołu; wyciągi, otrzymywane z istoty korowej, nie wywierają żadnego wpływu. Ciekawą jest jednak rzeczą, że wyciąg z całego gruczołu działa silniej, aniżeli z samej tylko istoty rdzennej. Nader ważne dla całej sprawy są dalsze doświadczenia Cybulskiego, wykazujące, że istota, wydzielana w nadnerczu, dostaje się do krwi żylnej i w żyle nadnerczowej opuszcza gruczoł, który ją wytworzył. Doświadczenia te udowadniają, że nadnercze istotnie jest narządem, wyposażonym zdolno-

[9]) Gluziński: Przegl. lek. 1895. S. 124.
[10]) Tizzoni: cyt. według Szymonowicza.
[11]) Albanese: *ibidem*.
[12]) Abelous i Langlois: *ibidem*.

[13]) Gourfain: Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 775.
[14]) Philippen: Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1196.
[15]) Senator: Centrblt. f. inn. Med. 1898. S. 843.
[16]) Pickhardt: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 33.
[17]) Kaufmann: Centrblt. f. Stoffwechsel und Verdauungs-Krankheiten 1901. S. 173.

ścią wydzielania wewnętrznego w myśl teoryi Brown-Séquarda i uzasadniają terapię nadnerczową ze stanowiska fizyologicznego.

O przyrodzie samej wydzieliny nie można jeszcze wypowiadać stanowczego zdania. Cybulski przekonał się, że rozpuszczają ją: woda, alkohol i gliceryna, nie rozpuszczają: eter, chloroform i alkohol amilowy. Alkalizowanie, a następnie zobojętnianie wyciągów odbiera im wszelką siłę; przeciwnie zaś, zobojętnianie wyciągów. zakwaszonych kwasem siarkowym lub solnym, nie niszczy ich własności. Trawienie żołądkowe nie wpływa na nie prawie zupełnie. Podobnie nie działa zagotowanie wyciągu Natomiast wyciągi, otrzymywane z nadnercza gotowanego. lub suszonego przy 100° C., działają bardzo tylko słabo. Ważną wreszcie własnością istoty, znajdującej się w wyciągach, jest zdolność przechodzenia przez błony zwierzęce, czyli zdolność dyalizy.

Dla działania wyciągów nie jest rzeczą obojętną sposób ich stosowania. Wstrzykiwania podskórne działają o wiele słabiej, aniżeli śródżylne. Natomiast wstrzyknięcie do którejkolwiek żyły, należącej do dopływów żyły bramnej, okazuje się zupełnie nieskuteczne. Widocznie więc zmienia się skład istoty działającej w nadnerczu przez zetknięcie z miąższem wątroby. Prawdopodobnie ulega ona utlenieniu, gdyż ten sam wpływ na wyciągi, jak się przekonał Cybulski, wywiera nader nawet mała domieszka nadmanganezianu potasowego. Cybulski widzi w tem wskazówkę dla określenia losów wydzieliny nadnercza w ustroju. Przypuszcza on, że istota ta zostaje w tkankach utleniona, a następnie w odmiennej już postaci wydalona. Przy braku tlenu, np. przy duszeniu zwierząt, gdy rozkład odbywać się nie może, gromadzi się ta wydzielina w ustroju i ona to, jak zaznacza Cybulski. powoduje znany obraz duszenia. Obrazu tego wywołać nie można u zwierząt, pozbawionych nadnerczy. Część istoty opuszcza ustrój także w postaci niezmienionej, przez nerki. Przekonał się o tem Cybulski, używając do doświadczeń moczu zwierząt, którym poprzednio wstrzyknięto większą ilość wyciągu. Mocz takich zwierząt działał zupełnie podobnie. jak same wyciągi.

W dalszym toku badań nad istotą działającą w nadnerczu silono się o uzyskanie jej w czystej postaci. Powiodło się to w części Fränklowi [18]), który jeszcze w r. 1896 otrzymał z wyciągów ciało stałe, nazwane przez niego sfigmogeryną, działające zupełnie tak samo jak wyciągi. Uważa je za związek azotowy, należący do grupy ortodioksybenzolowej. Wspomnieć wreszcie trzeba o odkryciu Gourfaina [19]), który uzyskał w wyciągu alkoholowym istotę o wybitnie trujących własnościach. Ilość jej w nadnerczu bywa nader różna. Niekiedy znajdował ją Gourfain ledwie w śladach. Wykazywałoby to, że wyciągów, otrzymywanych z nadnercza, nie można uważać za roztwory jednego tylko ciała, że skutkiem tego i działanie ich w niektórych szczegółach może być nieco różne. Że sprawę tę godzi się w taki sposób pojmować. dowodzić by mogły między innemi odmienne nieco poglądy na szkodliwe działanie wyciągów, stosowanych w znacznych dawkach. Cybulskiego i Gluzińskiego [20]), który się również nieco tą sprawą zajmował, oraz polemika [21]), jaka się skutkiem tego między wspomnianymi autorami odbywała. Pierwszy z nich objaśniał szkodliwe skutki jako następstwo nadmiernego podrażnienia ośrodków, drugi pojmował je wprost jako wyraz zatrucia.

A teraz słów parę o teoryi, mającej wytłomaczyć fizyologiczną rolę nadnercza w ustroju.

Teoryj takich mamy zasadniczo dwie: chemiczną, dawniejszą, wyznawaną przez większość badaczy i dynamiczną, stworzoną przez Cybulskiego i wyznawaną przez szkołę fizyologiczną krakowską.

Teorya chemiczna przyjmuje, że zadanie nadnercza polega na niszczeniu trucizn, wytworów przemiany materyi, gromadzących się w ustroju. Najważniejszą z tych trucizn według Marino Zuco jest neuryna. Wydzielina nadnercza byłaby więc w tem pojęciu rodzajem antytoksyny. Za teoryą powyższą przemawiaćby mogła większa toksyczność krwi zwierząt znużonych, a pozbawionych nadnercza, oraz niedawne doświadczenia Soduego [22]), wykazujące, że życie zwierząt (psów), pozbawionych nadnercza, można przedłużyć przez przetoczenie krwi i śródżylne wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Wpływ korzystny zabiegów powyższych zależy według wspomnianego autora od rozcieńczenia krwi chorych zwierząt i od rozcieńczenia roztworu krążących w niej toksyn.

Teorya chemiczna nie tłomaczy jednak wszystkiego, a przedewszystkiem nie wyjaśnia dostatecznie działania nadnercza na ośrodki, zawiadujące sprawami krążenia i oddechania. Pod tym względem bardziej do przekonania przemawia teorya dynamiczna. Przyjmuje ona, że zadanie wydzieliny nadnercza zasadza się na utrzymaniu w ciągłem napięciu narządu nerwowego, a w dalszym ciągu ruchowego narządu krążenia i oddechania. Obojętną jest przytem rzeczą, czy przychylimy się do zdania Cybulskiego i za miejsce drażnienia uważać będziemy ośrodek naczyniowo-ruchowy, czy pójdziemy za zdaniem innych badaczy, którzy za przykładem Olivera i Schafera przyjmują drażnienie obwodowe. Ta sama wydzielina działa także na ośrodki napięcia mięśni, podtrzymuje energię układu mięśniowego, sprowadza fizyologiczną wytrzymałość w pracy mięśniowej.

Powyższe pojmowanie rzeczy ma wiele za sobą. Godzić się z niem można najzupełniej, oceniając zadania nadnercza w sprawie krążenia i oddechania.

Ale i teorya dynamiczna nie wyjaśnia wszystkiego, nie wyświetla dostatecznie wpływu wydzieliny nadnercza na układ mięśniowy. Przyjąć wprawdzie wolno, że stanowi ona bodziec dla sfery ruchowej i pobudza do czynności mięśnie; ale niezrozumiałą zostaje sprawa ustępowania skutków i objawów znużenia. Tu właśnie trzeba ją do pewnego stopnia zmodyfikować, przyjmując albo w myśl teoryi chemicznej działanie chemiczne wydzieliny na nagromadzone produkty znużenia, a więc działanie antytoksyczne, albo też przypuścić, że istota nadnercza nie działa na same toksyny, ale na tkankę mięśniową, budzi w niej energię innego rodzaju, objawiającą się nie mechaniczną, lecz chemiczną czynnością, mającą za cel wzniecać pewne, bliżej nam nieznane przemiany chemiczne w nagromadzonych szkodliwych istotach, uczynić je obojętnemi, a może przyczynić się do ich wyda-

[18]) Fränkel: Wiener med. Blätter 1896. Nr. 14.

[19]) Gourfain: Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 777.

[20]) A. Gluziński: Przegl. lek. 1895. S. 124.

[21]) Gluziński: Gaz. lek. 1895 S. 375. Cybulski *ibidem* str. 447.

[22]) Soddu: Centrblt. f. inn. Med. 1899. S. 1171.

lenia. Takie złożone skutki działania należą do codziennych zjawisk fizycznych i chemicznych, a przypuszczać przecież wolno, że tembardziej przydarzać się mogą w sprawach fizyologicznych. (C. d. n.)

***

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.**

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Pozostaje mi wreszcie w kilku słowach wspomnieć o trzeciej gromadzie zmian zapalnych wyrostka robaczkowego t. j. o *scolecoiditis larvata s. latens* (Ewald). Ci chorzy nigdy nie przechodzili ostrego napadu. Sprawa chorobowa toczy się bez ścisłych objawów, chorzy uskarżają się tylko na ogólne nieokreślone dolegliwości, lub nawet tych nie mają a dopiero objawy ze strony jakiegoś innego narządu skłaniają ich do szukania pomocy lekarskiej. W naszem piśmiennictwie mamy dwa podobne spostrzeżenia Mieczkowskiego,[26]) i Rydygiera[27]). Rozpoznanie tych przypadków bardzo trudne, a leczenie zależnem będzie od każdorazowego rozpoznania względnie od najwybitniejszych objawów, wywołanych przez powikłania.

W przypadku np. przedstawionym przez Mieczkowskiego z kliniki Mikulicza, przewlekłe ukryte zapalenie wyrostka robaczkowego, które się nigdy i niczem nie zdradzało, stało się powodem przebicia wyrostka do pęcherza moczowego. Następstwem przebicia był nieżyt i kamienie pęcherza. Operowano z powodu kamieni i—dopiero podczas operacyi przekonano się, że źródłem złego był zapalnie zmieniony wyrostek robaczkowy.

Nie mniej ciekawym jest przypadek z naszej kliniki: Spostrzeżenie XXX. F. F. l. 55. Nr. pr. 50 z r. 1900. Nigdy nie chorowała. Od 2 miesięcy ma jakieś nieokreślone dolegliwości w brzuchu, od tego też czasu nie może leżeć na prawym boku. Od 4 tygodni wyczuwa w brzuchu guz i z tej tylko przyczyny zgłasza się do kliniki. Stan. ob: Otyłość. W płucach miernego stopnia rozedma. W prawem podżebrzu guz, wielkości pięści, gładki, ruchomy, wypuk nad nim bębenkowo przytłumiony. Z częściami rodnymi guz w związku nie pozostaje. Ciepłota normalna. Rozpozn. wątpliwe: rak kątnicy. 5/1 oper. w uspieniu chloroformowem. (Op. R. Dw. Prof. Rydygier). Cięcie brzuszne w linii środkowej. Z kątnicy wychodzi guz o cechach nowotworowych. Wycięto przeto jelito ślepe z odpowiednią częścią jelita biodrowego, poczem wszczepiono bocznie ileum w wstępującą część okrężnicy. Dopiero badanie okazu anatomicznego wykazało, żeśmy się mylili. Guz naśladowały dawne bliznowate zrosty między kątnicą i jelitem biodrowem i w ich otoczeniu. Zrosty wywołane były przewlekłem utajonem zapaleniem wyrostka robaczkowego, który szczytem swym przyrósł do jelita biodrowego w odległości kilkunastu ctmtr. od zastawki Bauhina, przebił przez ścianki tegoż do światła jelita biodrowego a obsunięta z wyrostka błona śluzowa wysterczała tamże na kształt polipa. Zgłębnik przechodzi przez cały wyrostek od jelita biodrowego do kątnicy. Badanie wykluczyło gruźlicę i promienicę.

Rozpoznanie natrafia na trudności nietylko w przebiegu utajonego zapalenia wyrostka. Pomyłki zdarzały się i zdarzać się będą w każdej innej postaci. Raz brano jakieś przypady za zapalenie wyrostka, wówczas gdy on wcale zmian nie przedstawiał, lub też na odwrót i przeoczano zmiany zapalne w wyrostku. U jednej chorej z naszej kliniki rozpoznawaliśmy *scolecoiditis chronica remittens,* głównie na podstawie zdania lekarza domowego. Badanie przedmiotowe wykazało przedewszystkiem obluźnioną prawą nerkę, a w okolicy kątnicy tkliwość i jakoby zgrubiały wyrostek. Laparotomia wykazała, że wyrostek robaczkowy był zupełnie niezmieniony, przyszyto zatem nerkę. Zupełne wyleczenie po operacyi utrwaliło w nas przekonanie, że rzeczywiście tylko nerka ruchoma była przyczyną cierpienia. W drugim przypadku uwięznięcie pętli jelita cienkiego popod postronkiem, rozpiętym nad talerzem biodrowym prawym naśladowało do złudzenia zapalenie wyrostka robaczkowego. W tym przypadku brakowało tylko objawu Madelunga. Przypadek zupełnie podobny, aż do drobnych szczegółów, opisuje Fowler w swej rozprawce o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Zwłaszcza u kobiet łatwo o pomięszanie zapalenia wyrostka ze sprawami zapalnymi w t. zw. częściach dodatkowych macicy i to tem więcej, że wogóle u kobiet zapalenie wyrostka robaczkowego znacznie rzadziej się zdarza. Z naszych 30 przypadków, tylko 5 przypada na kobiety.

Strzedz się również należy aby za zapalenie wyrostka nie wziąść kolki żółciowej, lub nerkowej, nieżytu ostrego jelit, duru brzusznego i t. p.

W przypadkach zaniedbanych trudno nieraz będzie zdać sobie sprawę, skąd się wzięło ogólne zapalenie otrzewne, skąd owe ropnie naokoło nerki, pod przeponą, lub jakiemu czynnikowi przyczynowemu zawdzięcza swe powstanie jakieś zagadkowe zapalenie, posokowato-ropne opłucnej, skąd u człowieka zupełnie zdrowego wzięła się przetoka odbytnicza (por. sp. XXIV) itd. Takie zaniedbane przypadki dziś zdarzać się nie powinny. Dokładne uwzględnienie wywiadów i dokładne badanie ogólne i miejscowe, bez pominięcia badania przez pochwę, względnie przez odbytnicę, uchroni nas w wielu przypadkach od pomyłki.

Zanim przystąpię do skreślenia sposobów i naszego postępowania operacyjnego, zestawię tu w krótkich zdaniach poprzednio wypowiedziane wnioski:

1. „Zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą chirurgiczną, należy więc do chirurgów od samego początku, a przynajmniej trzeba chirurga od samego początku do narady wezwać, a nie dopiero do wykonania operacyi, bo chirurg, jako lepiej na tem się znający, lepiej będzie umiał wczas wskazanie postawić.“ (Porównaj referat Rydygiera na IX Zj. chirurgów polskich).

2. W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, o ile chodzi o *scolecoiditis acuta simplex* lub o *periscolecoiditis sero-fibrinosa* nigdy nie potrzeba leczenia chirurgicznego — gdyż przypadki te same leczą się doszczętnie.

3. W *periscolecoiditis purulenta saccata* trzeba operować. Do operacyi jednakowoż chorego naglić się nie powinno. Możemy odczekać, aż ropień się ograniczy i na obwodzie jego potworzą się mocne zrosty.

4. W *periscolecoiditis purulenta progrediens* powinno się operować jak najrychlej.

5. W obu ostatnich wypadkach zadowolnić się należy tylko otwarciem ropnia. Operować trzeba bardzo wstrzemięźliwie, aby nie przerwać zrostów, chroniących jamę brzuszną. Ponieważ jednak te przypadki najczęściej przechodzą w postać przewlekłą, od razu przy tej pierwszej, ściśle wskazań koniecznych trzymającej się operacyi, oświad-

[26]) Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrod. polsk. w Krakowie str. 52.

[27]) Tamże.

czyć trzeba choremu, względnie jego rodzinie, że zabieg ten jest tylko częściowym, ma na celu skrócić tylko znacznie przebieg choroby, względnie zapobiedz groźnym powikłaniom. Skoro jednak napad ostry minie i jama po przecięciu ropnia się oczyści, chory powinien poddać się doszczętnej operacyi wycięcia wyrostka robaczkowego.

6. W *scolecoiditis cum peritonitide diffusa* musi się operować natychmiast, po ustaleniu rozpoznania. Wyjątek stanowią jedynie owe najcięższe przypadki, przebiegające z dziwną podmiotową rzeźwością. Operując znów trzeba być skromnym, zadowolnić się odsłonięciem okolicy kątnicy, a nie grzebać w jamie brzusznej, nie sączkować, nie przepłókiwać (Sonnenburg).

7. W *scolecoiditis chronica* a zwłaszcza *remittens* operować się powinno bez wyjątku i to między napadami „á froid.“ Bo tylko wycięcie wyrostka uwalnia chorych raz na zawsze od zmory świeżego napadu i od ciągłych dolegliwości i to w stosunkowo bardzo krótkim czasie 2—3 tygodni. Oczywiście, że jakieś powikłanie lub napad ostry zmusić nas może do szybkiego wkroczenia wedle zasad pod 2, 4, 5. wyłożonych

8) Tak samo w *scolecoiditis larvata* o ile rozpoznanie nie ulega wątpliwości ze względu na możliwe powikłania, można chorych namawiać do operacyi.

Tymi lub tym podobnymi zasadami kierując się, najlepiej przysłużyć się możemy chorym, oddającym nam z zaufaniem nie tylko swe zdrowie, ale i życie. Skrajne zakusy krwi chciwych chirurgów amerykańskich, angielskich, francuskich i niektórych niemieckich, pragnących nożem i tylko nożem leczyć każdy przypadek zapalenia wyrostka u nas nie przyjęły się i nie przyjmą. Uznawszy jednak zasady umiarkowane, tem samem bierzemy na siebie ciężki obowiązek i wielką odpowiedzialność i zmuszeni jesteśmy pilnie badać i dokładnie rozpoznawać. Dokładne rozpoznawanie samo dyktuje nam leczenie i tem ułatwiamy sobie zadanie.

W klinice Rydygiera w przypadkach, wczas nam oddanych, obchodzimy się zupełnie wygodnie, dwoma różnemi cięciami. W przypadkach ostrych, a więc tylko tam, gdzie jest ropienie, używa Rydygier sposobu, który tak opisuje: „Cięcie to jest łukowato wygięte, okrążające przedni, górny kolec biodrowy. Dolne ramię odpowiada zwykłemu cięciu do podwiązania tętnicy biodrowej, nie sięga tylko zwykle tak daleko na dół. Górne ramię idzie na palec lub dwa palce powyżej i równolegle do grzebienia kości biodrowej tak daleko w tył, jak tego potrzeba do tego, żeby dolny kąt rany znajdował się na najniższym miejscu jamy koło kątnicy i wyrostka robaczkowego.“ Zdaje mi się a Sonnenburg także o tem zapewnia, że cięcie to wystarczy również w rozpoczynającem się ogólnem zapaleniu otrzewnej. Boć zapalenie to, biorące swój początek od wylewającej się zawartości z przedziurawionego lub zgorzeli uległego wyrostka, nie zajmuje odrazu całej otrzewnej, a tylko najbliższą okolicę. Tem cięciem doskonale ją odsłonimy a zapewniwszy tędy posoce i ropie swobodny odpływ może się uda resztę otrzewnej uchronić od zakażenia. Częściej jednak wobec już zupełnie rozlanego zapalenia otrzewnej, trzeba się uciekać do otwarcia jamy brzusznej w smudze białej, lub zrobić podobne nacięcie po lewej stronie lędźwiowej. Niektórzy dla lepszego sączkowania dodają cięcie przez pochwę, odbytnicę, cięcie parasakralne etc.

Odpuściwszy cięciem lędźwiowo-brzusznem ropę lub posokę, jak się zdarzy, kończymy zwykle operacyę i w okresie ostrym nigdy nie szukamy wyrostka robaczkowego, zadowoleni żeśmy zadość uczynili wskazaniu koniecznemu. Na podstawie naszego doświadczenia nie radziłbym nawet potem, po wygaśnięciu sprawy zapalnej, z tego cięcia szukać wyrostka, gdyż odszukanie stąd jest bardzo trudne, a czasem można się pomylić. Np. w spostrzeż. XXII, XXIII po pierwszej operacyi zdawało się nam, żeśmy stąd szukając znaleźli i wycięli wyrostek. W historyi choroby zapisano: „wyrostek zupełnie zarośnięty, wycięto.“ Tymczasem to co wycięto, nie było wyrostkiem, jak o tem świadczy przebieg pooperacyjny i druga operacya.

Aby o ile możności zapobiedz tworzeniu się przepuklin w bliźnie po tem cięciu, zeszywamy przodkowe dolne ramię warstwowo — na przestrzeni, jaka w danym razie okazuje się niepotrzebną do dokładnego osączkowania.

Dodam wreszcie, że ponieważ chodzi tu o chorych gorączkujących i bardzo osłabionych; unikamy o ile możności chloroformu a zadawalniamy się znieczuleniem miejscowem płynem i sposobem Schleicha. Przy wprawie i cierpliwości, można na żądanej przestrzeni doskonale znieczulić wszystkie warstwy i całą operacyę wykonać bezboleśnie.

Operując „à froid“ posługujemy się wyłącznie cięciem Jalaguiera: chroni ono, jak żadne inne, przed powstaniem przepukliny w bliźnie, daje doskonały przystęp do kątnicy i wyrostka robaczkowego, a u chorych inteligentnych i rozsądnych da się wykonać w znieczuleniu miejscowem. Skórę i tkankę podskórną przecina się nieco na wewnątrz od zewnętrznego brzegu mięśnia prostego prawego. Odsłania się przednią błonkę pochwy tego mięśnia i przesunąwszy skórę nieco na wewnątrz, przecina się ją podłużnie, mniej więcej w połowie szerokości mięśnia i równolegle do jego włókien. Oddzieliwszy pochewkę od przodkowej powierzchni mięśnia odłuszcza się go od tylnej blaszki tejże pochewki, czego dokonać można na tępo, chyba że trafimy na piętno ścięgniste. W końcu odsuwamy nieuszkodzony mięsień na wewnątrz, przecinamy w odległości $^1/_2$ — 1 ctm. od zewnętrznego brzegu tylną ściankę pochewki (która tu sięga tylko do kresy półkolistej Douglasa) i w tej samej linii powięź poprzeczną brzucha i otrzewną. Tak dostajemy się do jamy brzusznej. Odszukanie wyrostka robaczkowego może być rzeczą bardzo łatwą lub odwrotnie, niezmiernie trudną, jeżeli wyrostek o zmienionej postaci, załamany i przewężony, przyrośnie do kątnicy lub skryje się pomiędzy pętlami przyrosłych jelit. Szukając, trzeba za każdym razem nakreślić sobie plan postępowania, a pierwsza rzecz, to odszukanie wstępującej części okrężnicy, względnie kątnicy i uwolnienie jej ze zrostów. Mając przed sobą kątnicę łatwiej już dojdziemy do celu, chociaż i wtedy niemało się mozoląc[28]). Znalazłszy wyrostek i uwolniwszy go ze zrostów, nacinamy ostrożnie u jego podstawy okrężnie warstwę surowiczą i mięsną, nie naruszając nigdzie błony śluzowej, i przewiązujemy go dokładnie podwiązką katgutową. Następnie w pobliżu podwiązki zakładamy mocno uciskające kleszczyki, i podprowadziwszy

[28]) Körte i P. Müller radzą w odszukiwaniu wyrostka robaczkowego kierować się przebiegiem taśm podłużnych, lub przynajmniej taśmy podłużnej przodkowej. Badania bowiem anatomiczne wykazują, że wyrostek robaczkowy tam się uczepia do jelita ślepego, gdzie taśmy owe schodzą się i krzyżują.

gazę popod wyrostek przecinamy go między podwiązką, a zaciskiem Wyciąwszy jeszcze dokładnie błonę śluzową z kikuta, zagłębiamy go, a ponad nim zakładamy dwurzędowy szew Lemberta, także katgutowy. I dopiero teraz i w każdym przypadku, gdyśmy wreszcie usunęli wyrostek robaczkowy uważamy, żeśmy zadość uczynili wszelkim wskazaniom. W piśmiennictwie spotykamy wcale nie rzadkie opisy przypadków, w których po niezupełnem usunięciu wyrostka niespodziewanie zjawiał się ostry napad. Nie zawsze jednak na tem skończyć można operacyą. Nieraz trzeba uczynić zadość wskazaniom ubocznym. Raz np. (por. spostrz. XV) dopiero po otwarciu jamy brzusznej spostrzegliśmy, że zrosty tak zaciskały jelito, iż jakkolwiek przed operacyą nie było objawów zwężenia jelita, to jednak zwężenie i to znaczne istnieć musiało, dolny bowiem odcinek jelita biodrowego był rozdęty i ściany jego przerosłe. Była to bardzo trudna operacya. Z wielkim mozołem, udało się wreszcie odszukać wyrostek robaczkowy, wyciąć go i nie mogąc rozwikłać bliznowatych zrostów w okolicy ujścia jelita cienkiego do kątnicy, założyliśmy przetokę *(anastomosis)* między temi częściami jelita powyżej zwężenia. W innym przypadku Prof. Rydygier znalazłszy pętlę jelita cienkiego, przyrosłą do kresy bezimiennej i kątowato tamże załamaną, po wycięciu wyrostka, oddzielił ten zrost, a widząc błonę surowiczą w miejscu przyrostu rozdartą, musiał ją pokryć szwem Lemberta. Przypominam sobie wreszcie jeden przypadek wycięcia wyrostka „à froid,“ gdzieśmy znaleźli sieć dużą przeciągniętą w okolicę kątnicy i tam przyrośniętą. Chory ten uskarżał się bardzo na przeróżne dolegliwości żołądkowe. Tu trzeba było, sieć podwiązać i odciąć. A wiele jeszcze innych niespodzianek spostrzega się po odsłonięciu wyrostka! O tem wszystkiem trzeba pamiętać i zdawać sobie sprawę, że wycięcie wyrostka w pewnych warunkach może być bardzo trudną operacyą; trzeba więc do niej przystępować uzbroiwszy się w cały zasób sprytu i zręczności technicznej.

Po tej napozór niewinnej operacyi mogą się zdarzyć bardzo przykre niespodzianki. Myśmy np. stracili jednego chorego operowanego „à froid“ (por. spostrz. XXVII) skutkiem przedziurawienia kątnicy obok szwu i następowego posokowatego zapalenia otrzewnej. Tłómaczę sobie ten przypadek tak, że szwem schwyconą została jakaś tętniczka, odżywiająca ową obumarciu uległą okolicę, która na nieszczęście przez żadną inną tętniczkę nie była odżywianą. Inni autorowie wspominają o przetokach kałowych, widywanych niekiedy po takiej operacyi. Przetoki te najczęściej goją się same — rzadziej trzeba je zaszywać po okrwawieniu brzegów.

Wreszcie o innem, również (i słusznie) do niemiłych niespodzianek zaliczanem powikłaniu podczas operacyi „à froid“, wspomnieć należy: o ogniskach ropnych otorbionych. Dziwi się Krajewski gdy operując chorego w 3 tygodnie po ostrym napadzie znalazł takie ognisko, a jakżeż myśmy się zdziwili, gdyśmy przystępując do operacyi w 14 tygodni po napadzie i równie długim okresie bezgorączkowym, natrafili na ropne ognisko, w miednicy małej. W takich przypadkach nie pozostaje nic innego jak całą jamę brzuszną oddzielić od takiego ogniska zapomocą gazy, a od ropnia na zewnątrz wyprowadzić sączek.

Uskuteczniwszy wszystko co w danym razie było potrzebnem, zaszywamy warstwowo katgutem ranę w powłokach. Korzyści operacyi „à froid“ widoczne jak na dłoni. Prawdopodobieństwo przepukliny w bliźnie zwłaszcza po sposobie Jalagnier'a, tak małe, że prawie nie istnieje. Leczenie następowe trwa co najdłużej 3 tygodnie. Niebezpieczeństwo dla życia chorego z operacyą połączone prawie żadne

Te same wskazania i zasady, *mutatis mutandis* obowiązują i w owych rzadkich przypadkach, w których jelito ślepe, a wraz z niem i wyrostek robaczkowy ulegną przemieszczeniu np do przepukliny pachwinowej i to niekoniecznie prawej, (ob. spostrz. VII) lecz, jak o tem donosi Schwarz, wyrostek, nawet nie skutkiem odwrotnego ułożenia trzew, znaleść się może w przepuklinie pachwinowej lewej. Wyrostek uległszy zapaleniu w przepuklinie, sprowadzać może objawy, naśladujące uwięznięcie. Jelito ślepe może być również przemieszczonem pod wątrobę, w okolicę pępka lub w razie odwrotnego ułożenia trzew leżeć na lewym talerzu biodrowym W każdem tem miejscu wyrostek robaczkowy uledz może zapaleniu. Żadnego podobnego przypadku nie spostrzegaliśmy w naszej klinice, nietrudno jednak sobie wyobrazić, jak w takich razach wyglądać będzie rozpoznanie.

III. Oceny i sprawozdania.

O szczepieniu ochronnem przeciwospowem.

Podał

Dr. Jan Landau.

W szeregu sprawozdań, wydawanych corocznie o stanie nauki o szczepieniu, podaje Voigt sprawozdanie z piśmiennictwa, tyczącego się tego przedmiotu, a ogłoszonego w roku 1900. *(Bericht über die im Jahre 1900 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung.).* Z zakresu historyi szczepienia pojawiła się praca Paula o rozwoju szczepienia w Austryi i Küblera historya ospy i szczepienia. Statystyka Burckhardta wykazuje, że w państwie niemieckiem przypada w roku 1898 na milion ludzi 0·28 przypadków śmierci, a to przeważnie w okolicach pogranicznych. W maju roku 1900 wybuchła zaraza ospy we Frankfurcie, w którym od roku 1895 nie spostrzegano ani jednego przypadku ospy; przeprowadzone z całą energią środki ostrożności, a mianowicie oddzielenie osobników chorych i podejrzanych i szczepienie ochronne, położyły tamę dalszemu szerzeniu się choroby. We Francyi pojawiła się choroba w Lugdunie, Marsylii i w Paryżu; w tym ostatnim podczas Wystawy światowej w szpitalu barakowym było umieszczonych 180 chorych. Na wyspie Portorico szczepienie ochronne święciło prawdziwy tryumf; ponieważ panowała tu ospa nagminnie, zaszczepiono w przeciągu trzech miesięcy 790.000 osób, poczem ospa zupełnie się nie pojawiła. Twierdzenie Nakanishiego o stałem pojawianiu się prątka, mającego powodować ospę, upadło, skoro Ficker tensam prątek spostrzegał w skórze osobników nieszczepionych. Levy i Fickler wyhodowali z limfy prątek podobny do powyższego, należący do gromady prątków błoniczych. Roger i Weil opisują ciałka wielkości 1—3 μ, należące do pierwotniaków *(protozoa)*, a znajdywane we krwi, w treści pęcherzyków i wywołujące u królików objawy do ospy podobne. Niemniej atoli badania autorów tych, jak również Siegla i Funcka, nie są uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż dotychczas nie znamy czynnika chorobotwórczego ospy.

Przez próby szczepienia na dwunastu cielętach wykazał Martius, że surowica ludzi i cieląt szczepionych i tych, którzy przebyli ospę, zawiera istoty ochronne przeciw dzia-

laniu krowianki. Istoty te w dwunastym dniu po zaszczepieniu znajdują się najobficiej, a następnie ilość ich się zmniejsza; można je jednak jeszcze po pięciu miesiącach wykazać; najwyraźniejsza jest ich obecność w surowicy człowieka, który przebył ospę przed 14-tu dniami. Doświadczenia te i wyniki potwierdza Kodżabaschew. Wassermann widzi główną broń ustroju w obecności we krwi podobnych do zaczynów istot, które rozpuszczają bakterye. Coste, spostrzegając epidemię ospy w Marsylii, widział różnicę w wysypce ospowej u chorych szczepionych i nieszczepionych: mianowicie u nieszczepionego po odsłonięciu skóry krosty są otoczone obwódką barwy anilinowej, podczas gdy u szczepionych obwódka pozostaje jednostajnie czerwona. Sterling przypisuje ospie własność ułatwiania powstawania gruźlicy, a Du Castel wykazał, że już istniejąca kiła przy wybuchu ospy się pogarsza. Begg łagodzi przebieg podawaniem salolu (3—4 grm. dziennie), a Gubert i Kotowczikow szczepią w przebiegu ospy codziennie w 2—3 miejscach i zalecają rozpoczęcie leczenia tym sposobem już w czasie wylęgania. Piery badaniami swojemi wykazał, że szczepienie ciężarnych nie ochrania płodu przed działaniem jadu ospowego. Zdaje się jednak, że krowianka przez niego użyta była nieodpowiednia, gdyż Palm dowiódł, że u noworodków szczepionka się przyjmowała, jeżeli matka była szczepiona między czwartym miesiącem ciąży a szóstym dniem przed porodem. Często po zaszczepieniu krowianki można występującej wysypce zapobiedz zdaniem Paula, założeniem opatrunku na miejscu szczepienia. (Przy sposobności chcę zwrócić uwagę na opatrunek podobny, wyrabiany przez aptekarza Rothziegla we Wiedniu, a zwany tegmin. Polega on na stósowaniu tego przetworu bezpośrednio po szczepieniu na miejsce szczepienia i pokryciu takowegoż zapomocą dodanych i odpowiednio przykrojonych płatków waty. Szczególnie zaleca się on przy szczepieniu podczas godziny ordynacyjnej lekarzy, gdyż miejsce zaszczepione zasycha szybko i chroni ranę od zakażenia. *(Przypisek sprawozd.)*.

Ospica *(Variolois)*, choroba zresztą dobrotliwa, ma niekiedy przebieg złośliwy, jak to wykazał Krjukow na dwóch przypadkach z wynikiem śmiertelnym, z których w jednym prątki Klebs-Löfflera spowodowały głębokie owrzodzenia, w drugim zaś gronkowce i łańcuszkowce były przyczyną róży. Haenel przed wybuchem ospicy spostrzegał zapalenie nerek, jako objaw przedwczesny, a podobny przypadek opisuje Friedmann. Stolkind widział dwukrotne wystąpienie ospicy: mianowicie młodzieniec siedemnastoletni, który przebył już był ospę, a w dziesiątym roku życia ospicę, zapadł na tę ostatnią po raz drugi z ciepłotą początkową 40° C. Co się tyczy techniki szczepienia, to przeważająca większość autorów jest za zachowaniem należytej czystości bez stósowania środków antyseptycznych. Flachs zaleca u dziewcząt szczepienie pod gruczołem sutkowym, gdyż nie szpeci, a opatrunek dobrze przylega. Prócz tego pojawił się cały szereg mniej lub więcej praktycznych nowych przyborów do szczepienia.

Pod względem statystyki nader ciekawy jest wynik badań Pfeiffera, wykazujących, że w państwie niemieckiem pod wpływem ustawy o szczepieniu około 15% pozostaje nieszczepionych, niema atoli potrzeby zaostrzenia przepisów o szczepieniu. gdyż w razie wybuchu epidemii w otoczeniu chorego wszyscy nieszczepieni muszą uledz szczepieniu, a prócz tego są zalecone środki desinfekcyjne i odgraniczające chorego od otoczenia. Erismann żąda międzynarodowego porozumienia się dla przeprowadzenia ustawą przepisanego szczepienia i rewakcynacyi. Livi na podstawie obserwacyi przypadków ospy w armii włoskiej nie pojmuje, jak można wyszukiwać powody naukowe przeciw szczepieniu przeciwospowemu, a w Rosyi Towarzystwo higieny żąda ustawowego wprowadzenia szczepienia.

Zmiany patologiczne wskutek szczepienia coraz rzadziej się pojawiają. I tak Hutchinson spostrzegał zmiany ospowe na częściach rodnych u mężczyzny skutkiem zakażenia przez żonę, mającą właśnie zaszczepioną krowiankę, a Modell na wardze dwuletniego chłopca, który ugryzł braciszka w miejsce, w które zaszczepiono krowiankę. Forster opisał trzy przypadki krost na oku u kobiet, które pielęgnowały dzieci szczepione, a Ahronheim sam na sobie widział wystąpienie łuszczycy w miejscu powtórnego szczepienia, i prócz tego przytacza trzy podobne przypadki. Podobny przypadek przedstawił również Bruhns, a dotyczy on dziewczyny dwunastoletniej. W dyskusyi Köbner uważa szczepienie jako *agent provocateur*, przyspieszający powstawanie łuszczycy na *locus minoris resistentiae*. W niektórych przypadkach atoli szczepienie wpływa korzystnie na choroby skórne. I tak: wielokrotne brodawki na skórze ustępowały po przypadkowem szczepieniu bez wszelkiego leczenia. Paul w przypadku świerzbiączki (*prurigo*) szczepił bez szkody dziecko sześcioletnie, pokrywszy miejsce szczepienia *tegminem*, a Corraz pod groźbą ospy szczepił chorych w szpitalu, a nawet chorego z durem i drugiego z różą twarzy. Chorzy ci szkody nie ponieśli. Już dawno zwrócono uwagę na korzystny wpływ szczepienia na przebieg krztuśca. Guerani zebrał 253 przypadków, z których 145 szczepił z wynikiem dodatnim, a z tych 102 miało krztusiec. Z tych 24 wyleczono w przeciągu 1—2 tygodni, a 72 w 2—4 tygodniach. W 6-ciu tylko przypadkach nie wystąpiło polepszenie, a wyleczenie po 8—9 tygodniach. U 43 dzieci, szczepionych w celu profilaktycznym, 34 nie nabyło krztuśca, dziewięcioro nabyło go, ale w formie łagodnej i z krótkim przebiegiem. Ze 108 dzieci nieszczepionych zmarło podczas krztuśca ośmioro na nieżytowe zapalenie płuc.

W kierunku ustawodawstwa, tyczącego się szczepienia wymienić należy ustawę z roku 1900 w państwie niemieckiem, zezwalającą na odosobnienie chorych ospowych w szpitalu, jeżeli lekarz rządowy uzna zarządzenie to za konieczne, a lekarz ordynujący uzna przewiezienie chorego za nieszkodliwe. Ustawa ta, w tym duchu przeprowadzona, przeszkadza naturalnie szybkiemu odosobnieniu chorego.

Kończąc to sprawozdanie nadmienić muszę, że nie obejmuje ono streszczenia wszystkich prac, które się pojawiły w roku 1900 w liczbie 112, a tylko przedstawiłem najważniejsze.

IV. Wyciągi.

Mühsam (Berlin). **W sprawie różniczkowego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego i duru brzusznego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 32, 1901). Na oddział chirurgiczny przyjęto 32-letniego chorego, podającego, że przed 7-ma dniami, wśród najlepszego zdrowia, dostał nagle dreszczów i silnych boleści w brzuchu, a w szczególności w okolicy jelita ślepego; zaparty stolec został usunięty nieco solą karlsbadzką. Badanie przedmiotowe wykazało lekko zarumienioną twarz, ciepłotę ciała 38·2, tętno 88, — płuca i serce bez zmian; natomiast jedyna wyraźna bolesność nad prawym talerzem biodrowym, przy braku większego oporu i stłumionego odgłosu wypukowego. Rozpoznano więc zapalenie wyrostka robaczkowego, ewentualnie obrzęk zapalny wyrostka robaczkowego bez zajęcia otrzewnej i zalecono pęcherz lodowy na okolicę bolesną, zaparcie zaś stolca usunięto lewatywą. Atoli już popołudniu tego samego dnia stan chorego znacznie się zmienił: bolesność się powiększyła, oczy wpadły, ciepłota ciała 39·5, tętno 96, — pacyent robi wrażenie ciężko chorego; przedmiotowo można stwierdzić w okolicy jelita ślepego opór wielkości orzecha włoskiego, bardzo bolesny. Obrzęku śledziony i wysypki brak, wobec czego dur brzuszny wykluczono, a przyjęto zapalny obrzęk wyrostka robaczkowego, grożący przedziurawieniem do jamy brzusznej, — wieczorem tego samego dnia przystąpiono do operacyi. Pokazało się, że wyrostek robaczkowy zupełnie był prawidłowy, natomiast znaleziono na jelicie ślepem miejsce wielkości ½ ctm.² przekrwione, odpowiadające wrzodowi wewnątrz jelita usadowionemu; błona surowicza zresztą nietknięta, dająca się w tem miejscu unieść, przyczem zauważyć było można, że odpowiednie wewnętrzne warstwy ściany jelita są zniszczone: widocznem więc było, że zachodził wrzód durowy. Zresztą innych zmian ważniejszych nie znaleziono. Wobec tego wpuklono ową część błony surowiczej do światła jelita i założono kilka szwów. Chory wyzdrowiał. Przypadek ten dosadnie ilustruje, jak

czasem w przebiegu duru brzusznego nie można polegać na znanych metodach rozpoznawczych: dyazo-odczyn wcale nie wyjaśniał sprawy, a „Widal“ dopiero w 11-tym dniu po operacyi dał wynik dodatni. *Dr. Henryk Pisek.*

Zweig (Berlin). **Przyczynek do rozpoznania głębokich uchyłków przełyku.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 33, 1901). Autor proponuje następujący sposób: najsamprzód wprowadza się do przełyku zwykły lejkiem zaopatrzony zgłębnik żołądkowy, który prawie z reguły wchodzi do uchyłka; taki sam zgłębnik wprowadza się do żołądka, co przy niejakiej wprawie z łatwością wykonać można. Że ten drugi zgłębnik istotnie znajduje się w żołądku, można się przekonać zapomocą dotyku powłok brzusznych, a powtóre, polecając choremu przeć tłocznię brzuszną, przyczem przez zgłębnik wydostaje się treść żołądkowa na zewnątrz. Następnie przez pierwszy zgłębnik napełnia się uchyłek rozczynem błękitu metylenowego, poczem zwolna wyciąga się zgłębnik, tkwiący w żołądku W przypadku więc zwykłej rostrzeni przełyku przechodzi zgłębnik przez wypełniający ją rozczyn, co natychmiast okazuje się przez wydostanie się błękitu metylenowego zgłębnikiem na zewnątrz, — jeśli zaś istnieje uchyłek przełyku, wówczas rozczyn ani przez lejek się nie pokaże, ani też koniec zgłębnika nie będzie zabarwiony. W ten sposób da się odróżnić, zdaniem autora, — uchyłek przełyku od samoistnej rostrzeni. *Dr. Henryk Pisek.*

Hecht. **Leczenie gorącem powietrzem przewlekłych ropotoków ucha środkowego.** (*Münch. med. Wochs.*, 1901, Nr. 24). Autor w pierwszym rzędzie podaje opis przyrządu, służącego do stosowania gorącego powietrza. Przyrząd ten jest odmianą przyrządu Hollandra, służącego do leczenia pewnych chorób skórnych (toczeń). Przeciwnicy leczenia gorącem powietrzem twierdzą, że zastosowanie powietrza dostatecznie ogrzanego, by działało zabójczo na bakterye, nie jest obojętne dla ucha. Stosowanie powietrza mniej ogrzanego, przez czas krótki n. p. 5 minut, nie przynosi zaś znowu, ich zdaniem, żadnej korzyści. Autor zwalcza to zapatrywanie i dowodzi, że korzystne działanie gorącego powietrza polega nie na jego własności zabijania drobnoustrojów, ale na następujących dwóch czynnikach: 1) Ciecz pozostająca czas dłuższy w jamie bębenkowej wywołuje powierzchowne zmacerowanie błony śluzowej, przeciwdziała więc sprawie gojenia, a bakteryom dostarcza lepszego podłoża. Suszącem działaniem gorącego powietrza usuwamy te niedogodności, powstałe z przestrzykiwań ucha, bez których niezawsze można się obejść. 2) Ważniejszem, według H. działaniem powietrza gorącego, jest wywołanie, choćby przemijającego przekrwienia czynnego, które uważać należy na potężny czynnik leczniczy podnoszący stan odżywienia tkanki, jej zdolność odrodczą i siłę odporną. Dodatnich wyników autor jednak szczegółowo nie podaje. *Schoengut.*

Wilms. **Przyczynek do nauki o uszkodzeniu naczyń krezkowych.** (*Münchner med. Wochenschrift* 1901, Nr. 32). Autor opisuje przypadek wypadkowego skaleczenia się robotnika dłutem w brzuch. Wkrótce wystąpiły objawy krwotoku do jamy brzusznej, z powodu którego wykonano laparotomię. Okazało się, że lewy płat wątroby niedaleko dolnego brzegu był przedziurawiony; prócz tego była przedziurawiona krezka w okolicy dolnego ramienia dwunastnicy. Wątrobę zeszyto, a na naczynia krwawiące w krezce założono 13 szczypczyków zaciskowych, które zostawiono w jamie brzusznej. Jamę brzuszną, ile się dało, zaszyto. Po trzech dniach zdjęto szczypczyki, po 6-ciu tygodniach rana była zagojona, a po 9-ciu tygodniach chory opuścił klinikę. W krezce były zranione gałązki żyły krezkowej górnej. Autor zastanawia się nad sprawą podwiązywania naczyń krezkowych. Doświadczenia wszystkich autorów na zwierzętach (Litten, Madelung, Rydygier, Orecchia i inni) zgadzają się, że podwiązanie tętnicy krezkowej górnej powoduje obumarcie jelita od dwunastnicy aż do okrężnicy poprzecznej. Podwiązanie tętnicy krezkowej dolnej niema według doświadczeń Orecchia i Chiarella powodować obumarcia jelita, zaopatrywanego przez nią w krew. Deckart zebrał 6 przypadków zaczopowania tętnicy krezkowej górnej u ludzi bez żadnych doniosłych następstw; według autora w żadnym z tych przypadków nie da się napewno stwierdzić, że cały pień tętnicy był zaczopowany. Co do podwiązania żyły krezkowej górnej, to panuje obecnie ogólne zdanie, że podwiązanie jej nie powoduje obumarcia jelita. Zdanie to oparte jest na spostrzeżeniach Robsona, który miał podwiązać bez szkody żyłę krezkową górną. Autor robił doświadczenia na zwierzętach i po podwiązaniu żyły krezkowej górnej zwierzęta zawsze ginęły; dlatego przestrzega on, żeby nie podwiązywać żyły powyżej trzustki, tylko poniżej. Rozbierając przypadek Robsona, autor robi przypuszczenie, że i w tym przypadku żyła była zraniona poniżej trzustki. *Dr. Teofil Zalewski.*

Arthur Ransome i Aleksander Foulerton. **O wpływie ozonu na żywotność drobnoustrojów.** (*The Lancet* 2-go marca 1901 r.). Znanym jest zgubny wpływ promieni słonecznych na drobnoustroje, zjawiska tego jednak dotąd dokładnie nie wyjaśniono. Autorowie zajęli się zbadaniem, o ile słusznem jest dość rozpowszechnione zdanie, że ozon, powstający pod wpływem działania promieni słonecznych na powietrze atmosferyczne, utlenia żywo substancye składowe drobnoustrojów i tym sposobem zabija je. Doświadczenia w tym kierunku robiło kilku już badaczy, lecz w ostatecznych wynikach zgody nie było: gdy Chapuis jako skutek działania ozonu na watę z bakteryami stwierdzał zupełną ich zgubę (pożywki pozostawały jałowe), to Sonntag i Ohlmüller dowodzili, że ozon w suchym stanie niema na drobnoustroje żadnego wpływu, lub ma niezwykle mały; po przepuszczeniu jednak ozonu przez wodę, zawierającą bakterye, te ostatnie zwykle ginęły.

R. i F. postanowili zbadać, czy ozon, użyty w wielkiej ilości, czy to zmieszany z powietrzem atmosferycznym, czy z czystym tlenem, w samej rzeczy zabija drobnoustroje, — i głównie, czy działanie to istnieje także w warunkach, umożliwiających zastosowanie ozonu do praktycznych celów: odkażania mieszkań po chorych zakaźnych. Doświadczenia przeprowadzali autorowie z różnemi chorobotwórczemi i niechorobotwórczemi bakteryami, a szczególnie z prątkiem gruźliczym, który, jak wiadomo, jest bardzo czuły na wpływ światła słonecznego.

Wnioski autorów są następujące: Ozon w suchym stanie nie wywiera znaczniejszego wpływu na żywotność drobnoustrojów. Dłuższe poddanie prątków gruźliczych w wysuszonej plwocinie działaniu ozonu bynajmniej nie zmniejsza ich chorobotwórczych własności. Niejaki wpływ zdaje się wywierać ozon na żywotność prątków nosacizny i wąglika. Z drugiej strony doświadczenia autorów potwierdzają wyniki badań Ohlmüllera o zabójczych własnościach ozonu na drobnoustroje, tworzące zawiesinę w płynnem środowisku. Tak tedy ozon suchy, w tej postaci, w jakiej znajduje się w przyrodzie, nie wywiera według badań autorów ujemnego wpływu na drobnoustroje. Oczyszczające działanie ozonu w ekonomii natury zależy od bezpośredniego utlenienia gnijących organicznych substancyj; ozon bynajmniej nie wstrzymuje działalności bakteryj, które w rzeczy samej pracują z tymsamym ostatecznym wynikiem, co i ozon, rozkładając martwe organiczne ciała na prostsze, niegnijące składniki. *St. Rudzki.*

Prof. Poufick. **Zołzy a gruźlica.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1901, zeszyt 1). Przez słowo zołzy *(scrophulosis)* rozumiano z dawien dawna stan chorobowy, znamionujący się licznymi objawami li tylko klinicznymi, których podstawy jednak nigdy dokładnie nie określono. Gdy u dziecka stwierdzono wypryski na głowie i twarzy, przewlekłe lub często powtarzające się nieżyty nosa, ucha, krtani, oczu, powiększenie gruczołów, zwłaszcza szyjnych, rozpoznawano zołzy. Po odkryciu przez Kocha prątka gruźliczego i po jego doświadczeniu, że przeszczepienie tkanek zołzowych wywołuje tesame zmiany, co miejscowa sprawa gruźlicza, nasunęło się pytanie, czy ten cały zbiór chorób, jednem słowem „zołzy“ objęty, nie jest niczem innem, jak tylko miejscową gruźlicą. Odpowiedź pewnej liczby autorów brzmiała twierdząco: gruźlica i zołzy są jednem i temsamem co do swej istoty. Okoliczność, iż wobec jednorodności obu tych spraw chorobowych, jeszcze większy, niż dotychczas odsetek ludzi byłby zagrożony gruźlicą, wzniecił a wątpliwości i wywołała cały szereg badań, zmierzających do sprawdzenia panujących zapatrywań.

Przy dokładnem badaniu, przy którem jako probierz tożsamości przyjęto obecność prątka Kocha, stwierdzono, że 1) brak go w znacznej liczbie przypadków, badanych tak drogą bakteryologiczną, jak i przeszczepianiem; 2) zmiany rzekomo zołzowe wywołane zostały przez bakterye ropne. Na podstawie licznych własnych spostrzeżeń i szeregu prac innych autorów dochodzi P. do następujących wniosków: Chorobę zwaną zołzami, należy podzielić na zmiany, wywołane: 1) zakażeniem ropnem, 2) prątkami gruźliczymi, 3) zakażeniem mieszanem, w którem znajdujemy bakterye ropne i prątki gruźlicze. Ostatnią gromadę można podzielić na dwie: *a*) większą, gdzie do sprawy ropnej przystępuje sprawa gruźlicza; *b*) mniejszą, w której porządek zakażenia jest odwrotny.

W tych zaś przypadkach, w których wobec braku wybitnych zmian, a tylko przy pewnem znamiennem wejrzeniu, jak obrzmienie skóry, błon śluzowych nosa i warg i t. d. mówi się o skłonności do zołzów, trzeba pamiętać, że taki stan wywołać mogą u dziecka najlżejsze nawet podrażnienia, sprowadzające w następstwie znaczne zastoje limfatyczne. *L. R.*

Longuet. **Wyjaławianie rąk w chirurgii.** (*La Presse medicale* Nr. 66). Wywody teoretyczne za — lub przeciw wyjaławianiu rąk winne ustąpić wnioskom, nabytym doświadczalnie i klinicznie. Doświadczenie poucza, że jeśli wyjałowienie rąk metodą zwykle używaną jest ostatecznie możebne, to natomiast nie jest ono

ani stałe, ani trwałe, a w wysokim stopniu jest ono wątpliwe po niedawnem zetknięciu się z posoką, co tak dobitnie stwierdza codzienne spostrzeganie i doświadczenie kliniczne. Przeto wielkim obowiązkiem chirurga jest unikanie zetknięcia swych rąk z posoką, a jeśli konieczność podczas operacyi go do tego zmusi, to w celu zapobieżenia groźnym dla operowanego następstwom powinien chirurg uciec się do rękawiczek nieprzemakalnych, których używanie wprawdzie dalekie jest od doskonałości, lecz w przypadkach gnilnych stanowi dziś jeszcze najlepszy z zalecanych sposobów zapobiegania zakażeniu ran operacyjnych przez ręce chirurga.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gottschalk (Berlin). **Aspiryna i dionina w chorobach dzieci.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 30, 1901). 1. Aspiryna niewątpliwie wywiera skuteczne działanie w cierpieniach pochodzenia gośćcowego, zmniejszając boleści i usuwając istniejące obrzęki i gorączkę; przewyższa przetwory salicylowe, ponieważ nie pociąga za sobą szkodliwych następstw ubocznych (zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego, szum w uszach i t. d.), pomimo stosowania jej przez dłuższy przeciąg czasu. Autor podawał aspirynę 400 dzieciom w przypadkach grypy, gośćca, pląsawicy, i przekonał się, że dzieci bardzo chętnie brały ten przetwór i wcale dobrze go znosiły. Co się tyczy działania, stoi aspiryna na równi z salicylanem sodowym i może również być w tych samych ilościach (w proszku) podawaną; — zaleca się jednak w postaci kołaczyków rozpuszczonych w łyżce wody. W pierwszych latach życia podaje się 0·25 = $^1/_2$ kołaczyka, później 0·5 = 1 kołaczyk, powtarzając dawkę odpowiednio do stanu choroby: — najwyższa dawka dla starszych dzieci wynosi 2—3 grm. 2. Dionina przedstawia się w postaci białego, w wodzie łatwo rozpuszczalnego proszku bez zapachu, o smaku lekko gorzkawym. Liczni autorowie, którzy podawali dioninę przeciw uporczywemu kaszlowi u chorych gruźliczych, lub w przewlekłych schorzeniach oskrzeli, przyznają zgodnie, że jest ona znakomitym środkiem, zwalczającym skutecznie kaszel, uśmierza bolesność, wpływa pomyślnie na odkrztuszanie, przyczem łagodniej działa, aniżeli morfina, silniej jednak, niż kodeina, — w każdym razie bez ubocznych szkodliwych wpływów. Badania autora, przeprowadzone z tym lekiem na całym szeregu dzieci chorych na krztusiec wykazały wcale nie dwuznacznie, że dionina bynajmniej nie jest lekiem swoistym, ale jedynie przyjemnym środkiem narkotycznym, mogącym być w odpowiednich dawkach podawanym bez obawy. Dzieciom rocznym podaje się $^1/_2$ mgm. na raz, a więc w rozczynie 0·01: 100, co trzy godziny po łyżeczce od kawy; w drugim roku życia 0·001 na dawkę (czyli 0·02: 100), w 3-cim i 4-tym 0·03—0·04: 100, od 5-tego do 8-go roku życia dochodzi stopniowo do 0·1: 200 zawsze co trzy godziny łyżeczkę kawową. *Dr. Henryk Pisek.*

Leczenie poronne zapalenia oczu w przebiegu ospy błękitem metylenowym. Na 691 chorych na ospę, leczonych przez Courmonta i Rolleta, 45 uległo przypadłościom ospowym ze strony spojówek i rogówek. Wymienieni klinicyści leczyli te cierpienia oczne kilkakrotnem w ciągu dnia zapuszczaniem do oczów rozczynu błękitu metylenowego w stosunku 1: 500, i przypisują temu leczeniu znamienny fakt, że żaden z ich chorych nie stracił wzroku. (*La Presse médicale* Nr. 65).

Leczenie rzeżączki kw. pikrynowym zaleca prof. Brun. Znając z doświadczenia, jak silnie wysuszająco działa kwas pikrynowy na wszelkie sączące sprawy chorobowe na skórze, i jak szybko po jego zastosowaniu następuje odrodzenie się nabłonka, zamierzył prof. B. użyć tego przetworu w leczeniu rzeżączki, pod postacią wstrzykiwań do cewki moczowej. W tym celu posługuje się rozczynem 1: 200, rzadziej 1: 100, lecz ten ostatni sprawia ból, aczkolwiek nie nadzwyczajny. Do wstrzykiwań używa strzykawki szklanej i wstrzykuje 5—6 gramów płynu, który zatrzymuje w cewce 3 minuty. Wstrzyknięć robi 2—3 dziennie, a przy szczególnej wrażliwości chorego tylko jedno. Wyleczenie zupełne w rzeżączce ostrej następuje w 4—5 dni.

Prof. Brun utrzymuje, że w rzeżączce kwas pikrynowy działał pomyślniej od wszystkich innych leków, zwykle w tych okolicznościach używanych, ale pomyślne te wyniki odnoszą się tylko do rzeżączki przedniego odcinka cewki moczowej; przy zajęciu części tylnych cewki stosowanie kw. pikrynowego musi mieć na oku doprowadzenie leku do odcinka tylnego cewki. Wpływ kw. pikrynowego na gonokoki ma być bardzo silny: zmniejszają się szybko liczebnie i tracą żywotność. (*La Presse medicale* Nr. 67).

Wyjałowienie cewników i świeczek (bougie) **kauczukowych** natrafia na znaczne trudności, z powodu niszczącego wpływu chemicznego rozmaitych przetworów na kauczuk. Dr. Cauchois przeprowadził szereg badań w tym kierunku i stwierdził, że najlepszym środkiem do wyjałowienia narzędzi kauczukowych są nasycone rozczyny soli chlorku potasowego, sodowego i siarkanu sodowego; wyjałowienie ma być bezwzględne, przedmioty wyjałowione nie zmieniają się, a cena rozczynów jest bardzo nizka.

Demetriade (Bukareszt). **W sprawie jodopiny.** *(Klin. therapeut. Wochs.* Nr. 27, 1901). Na podstawie kilku przypadków kiły, leczonych z pomyślnym skutkiem, twierdzi autor, że wynik, osiągnięty po jodipinie jest przedewszystkiem trwały, powtóre że nigdy nie stwierdzono *jodismus*. Szkodliwe uboczne następstwa nigdy się nie pojawiały. Podawano zwykle 10% jodipinę wewnętrznie w ilości 2—5 łyżeczek dziennie. *Dr. Pisek.*

Schmidt-Rimpler zaleca przy ostrym śluzoropotoku spojówek u dorosłych, wymywanie (3—4 razy dziennie) worka spojówkowego **rozczynem nadmanganezianu potasowego;** z początku używa się 1:10.000 później 1:5.000. Oprócz tego okłady lodowozimne sublimatowe (1:5.000) i wkraplania atropiny. (*Berl. Kl. Woch. Nr. 33, 1901*).

Koszenilę przeciw krztuścowi usilnie poleca Hesse według następującej formułki: *Rp. Coccionellae pulv. 10,00, Kalicarbon. 2,00—3,00. Aqu. dest. 100,00, Sacch. alb. 10.00 M. D. S. Co 2—3 godz. 1. łyżeczkę.* Napady kaszlu pojawiają się rzadziej i w mniejszem natężeniu. W 6 przypadkach nastąpiło wyleczenie już po 3 tygodniach. Koszenila jest dawnym i wielce zachwalanym środkiem, który uległ jednak teraz zapomnieniu. (*Berl. kl. Woch.* Nr. *31, 1901*).

Gołubinin zachwala *apocynum cannabinum*, jako nowy środek, wzmacniający serce. Dawka wynosi 5 kropel 3—4 razy dziennie. Lek ten pomyślnie działał w przypadkach, w których inne środki były bez skutku; czasami tylko wpływa drażniąco na błonę śluzową żołądka. *(Berl. kl. Woch. Nr. 31, 1901).*

Mleko, w którego skład nie wchodzi cukier, poleca *Hutchison* dla cierpiących na cukrzycę. Przetwór ten jest wyrabiany przez Morissa, bliższych jednak wiadomości brak. (*Berl. klin. Woch. Nr. 31, 1901*). *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Drugi sprawozdawca tego samego przedmiotu Fraenkel, profesor higieny w Halli, zaznaczył na wstępie, że stworzenie nowego sposobu zaopatrywania w wodę ze zbiorników, powstających ze sztucznie nagromadzonej wody spadowej, wyniknęło pierwotnie więcej z potrzeb techniczno-przemysłowych, aniżeli zdrowotnych; ztąd też sprawa ta pierwotnie należała prawie wyłącznie do zakresu techników, a higieniści w ostatnim dopiero czasie, kiedy coraz częściej wodę taką zaczęto sprowadzać do miast, jako wodę do picia, poczęli się zajmować tą sprawą. Wartość higieniczną wody, nagromadzonej w kotlinach górskich, oceniać należy na podstawie panujących obecnie kryteryów. Woda, używana do picia, trzem warunkom czynić winna zadość: znajdować się w ilości dostatecznej, być napojem orzeźwiającym, a zatem posiadać przyjemny smak, zapach i wejrzenie, oraz odpowiednią ciepłotę, a nadto nie zawierać składników szkodliwych zdrowiu. Wymaganiom tym woda ze zbiorników w kotlinach górskich całkowicie nie czyni zadość. Co do ilości, to przewyższa ona wodę źródlaną i gruntową; natomiast już drugiemu warunkowi nie odpowiada w zupełności. Jakkolwiek przy znacznej głębokości tych sztucznych jezior można otrzymać z nich wodę zimną, czerpiąc z głębiny 8—10 metrowej, to jednak smak, zapach i wejrzenie nie odpowiadają często, zwłaszcza w pierwszych latach, wymaganiom higieny, a to z powodu gnicia znacznej ilości roślin, znajdujących się na dnie jeziora. Zapobiedz by temu można przez usunięcie korzeni i roślinności i wyłożenie dna kamieniami, lub żwirem, co naturalnie ze znacznym byłoby połączone kosztem. — Wobec pochodzenia swego z opadów atmosferycznych, spływających po powierzchni ziemi, podziela woda jezior sztucznych ogólną właściwość wszystkich wód powierzchownych, t. j. że może zawierać składniki zdrowiu szkodliwe, w szczególności bakterye chorobotwórcze.

Urządzenie wszystkich sztucznych jezior, wytworzonych w Niemczech dla zaopatrywania miast w wodę, nie zabezpiecza od możli-

wości zakażenia zawartej w nich wody: grunta, z których woda do jezior się dostaje, bywają uprawiane, lub służą za pastwiska dla bydła; potoki do jezior wpadające przechodzą przez okolice zamieszkane; rzeczki służą jako motory dla młynów; w okolicy najbliższej tych jezior, tu i ówdzie bywają urządzane gospody, do których zapomocą reklamy zwrócono wycieczki mieszkańców najbliższych miast dla miłego spędzenia wolnych chwil w tych, zazwyczaj z natury pięknych i przez znaczną przestrzeń wody zyskujących na uroku okolicach. Łatwość dostępu była też przyczyną, że czasem samobójcy w głębi tych jezior szukali miejsca dla przerwania męczącego ich życia. Rozmaitemi więc drogami dostawać się mogą do wody sztucznych jezior zarazki szkodliwe zdrowiu. Jednak i to niebezpieczeństwo ograniczyć można, a nawet prawie usunąć, przez wykupno całego terenu, dostarczającego wodę do jeziora, a w razie oporu właściciela przeprowadzić przymusowe wywłaszczenie, na podstawie istniejącego prawa. Jeżeli to dla jakichkolwiek względów nie da się wykonać, należy domostwa położone na terenie opadowym otoczyć kanałem, do któregoby spływały nieczystości z najbliższego otoczenia domu i całe jezioro należy ogrodzić szczelnym i wysokim płotem, usunąć gospody i uniemożliwić wycieczki w okolicę takich jeziór. Mimo tych, jak najdalej posuniętych środków ostrożności, trzeba jednak zawsze mieć na uwadze, że woda tych jeziór jest wodą powierzchowną, a zatem może zawierać zarazki chorobotwórcze, i dlatego wody takiej nie powinno się używać do zaopatrzenia miast bez poprzedniego oczyszczenia. Stanowczo nie wystarcza stosowane tu i owdzie mięszanie wody z tlenem powietrza (przez rozpryskiwanie, podobnie jak w odżelaziaczu Piefkego); zupełne oczyszczenie odbywa się tylko przez przesączanie, bądźto na filtrach piaskowych, bądź na stosownych łąkach, w odpowiedniej głębokości zdrenowanych. Streszczając w krótkości ocenę Frenkla co do wody ze sztucznych jezior w kotlinach, należy ją uważać za wodę znacznie pod względem zdrowotnym lepszą od wszelkich innych rodzajów wód powierzchownych, nadającą się jednak do użytku domowego ludności tylko po dokładnem przesączeniu. Do tego sposobu zaopatrzenia się w wodę uciec się mogą miasta, odpowiednio w górach położone, a nie posiadające w sąsiedztwie swem najbliższem wody gruntowej w odpowiedniej ilości i jakości.

Po tych sprawozdaniach rozwinęła się bardzo żywa dyskusya. Meyer z Hamburga popierał potrzebę przesączania wody ze sztucznych jezior; do tego celu, zdaniem jego, nadają się więcej filtry piaskowe, aniżeli irygacya przez zdrenowane łąki, którą i tak nie wszędzie będzie można zastosować, wobec braku odpowiedniego do tego celu gruntu.

Herzberg z Berlina zaznacza, by szczególniejszą kłaść wagę na jednostajną ciepłotę wody, używanej do wodociągów, gdyż nizka ciepłota wody jest jednym z najważniejszych czynników, ułatwiających ograniczenie nadmiernego używania piwa w lecie, szczególnie przez robotników i z tego wynikającego upośledzenia zdrowia. Kruse z Bonn żąda częstszego badania bakteryologicznego wody wodociągowej wogóle, a w szczególności pochodzącej ze sztucznych jezior.

Drugi dzień Zjazdu rozpoczął się sprawozdaniem prof. Prausnitza: **„O przyczynach i środkach zwalczania nadmiernej śmiertelności oseskówʺ.** Sprawozdanie swoje oparł Prausnitz na bardzo dokładnie zebranej i obszernej statystyce. W Niemczech umiera rocznie do 400.000 oseskówʺ, w tem około 150.000 na nieżyt żołądkowo-jelitowy, a z 1000 nowonarodzonych ginie z przytoczonej przyczyny w przeważnej liczbie państw około 80 dzieci. Porównywując śmiertelność oseskówʺ w roku 1897 z nieżytu przewodu pokarmowego ze śmiertelnością, spowodowaną przez inne choroby w tym wieku spostrzega się, że była ona 5 razy większą od śmiertelności z chorób zapalnych narządu oddechowego, 30 razy większą, aniżeli z powodu gruźlicy, 6 razy przekraczała śmiertelność z płonicy, błonicy, odry i krztuśca — razem wziętych. Śmiertelność ta w rozmaitych miesiącach roku jest rozmaitą: wzrasta wyraźnie w lipcu, a dochodzi do szczytu w sierpniu lub wrześniu. Największą jest w pierwszych dwóch miesiącach życia, później, w miarę wieku, maleje. Z doświadczenia lekarskiego, oraz z licznych statystyk, wiadomo, że tak chorobliwość i śmiertelność ogólna, jak i szczególna — z powodu nieżytu żołądkowo-jelitowego wśród dzieci, żywionych sztucznie, jest w stosunku do żywionych piersią niezmiernie wielka. Ztąd też ogólnie utrzymuje się to przekonanie, że sztuczne odżywianie mlekiem, łatwo ulegającem zepsuciu w miesiącach letnich, oraz odżywianie rozmaitymi surogatami mlecznymi, stanowi główną przyczynę tej wielkiej śmiertelności. Starania, by mleko krowie bądźto przez wyjałowianie, bądź też przez zmianę chemiczną składu, uczynić podobnem do mleka kobiecego, nie przyniosły widocznej ogólnej poprawy. Wprawdzie zauważyć można, że w ostatnich latach zmalała nieco ogólna śmiertelność oseskówʺ, nie można jednak stwierdzić statystycznie, by od czasu stosowania sztucznego żywienia dzieci, opartego na powyższych zasadach, zmalała śmiertelność z powodu nieżytu kiszkowego; owszem nawet nieco wzrosła, jak tego dowodzi statystyka, zestawiona przez Krusego, wykazująca w 19-tu miastach niemieckich dla okresu od 1894—1898 7,7% śmiertelności z tej choroby, w porównaniu do 7% dla lat 1881—1885. Nie można jednak z tego wnosić, jakoby zasady, na których oparto sztuczne żywienie niemowląt, były fałszywe. Jak tego dowodzi statystyka specyalnie zebrana w kilku miastach niemieckich i austryackich z okresu blizko 20 lat, dzieci mało umierają z przytoczonej choroby wśród klas najzamożniejszych i inteligencyi: zaś wśród średnio zamożnych śmiertelność wynosi około 5%, a u niezamożnych około 35%; wreszcie u ubogich gdzieniegdzie przekracza 60%. Złe warunki, wśród których żyją rodzice, i z tem połączony nieodpowiedni sposób żywienia dzieci, są tego przyczyną — ze środków wskazanych przez naukę do poprawy sztucznego żywienia skorzystali tylko zamożni. Z pośród złych warunków, wpływających na nadmierną śmiertelność u dzieci, na pierwszem miejscu wymienić należy mieszkania, które zazwyczaj są przepełnione. Przy zestawieniu statystyki w Gracu okazało się, że ze 100 mieszkań, w których zmarły dzieci na nieżyt kiszek, w 9,5% wypadało mniej, niż 10 m³ powietrza na osobę (dwoje dzieci liczono na osobę dorosłą) w 44%. 10 do 15 m³, w 20,2%, 15—20 m³; czyli że więcej, niż połowa mieszkań tych była przeludniona (jako przepełnione uznaje się mieszkanie, zawierające mniej, niż 15 m³ na osobę). Mieszkania te w 65,5% nie dały się nadto odwietrzać. Ludzie niezamożni nie są w możności dla dzieci swych zakupić przyrządu Soxhleta, ani też mniej lub więcej sztucznie przyrządzonego pokarmu. Sprawy nadmiernej śmiertelności u dzieci zdaniem Prausnitza nie można traktować wyłącznie ze stanowiska bakteryologiczno-chemicznego, lecz głównie ze stanowiska społecznego i ogólnej higieny.

Jako środki ogólniejsze do ograniczenia nadmiernej śmiertelności oseskówʺ uważać należy jak najszersze pouczenie ludności przez lekarzy i położne o istotnej przyczynie choroby. Jakkolwiek nawoływanie do karmienia piersią zapewnie przyniosłoby poprawę w śmiertelności dzieci nie należy się jednak w najbliższym czasie spodziewać z tego skutków wielkich. Szczególniejszą uwagę zwrócić należy na osoby, biorące obce dzieci na wychowanie. Jako przykład dobrej w tym kierunku kontroli wymienić należy Lipsk, gdzie wszystkie sieroty, oraz dzieci nieślubne pozostają pod opieką stałego zarządu, składającego się prócz urzędników biura miejskiego z dwóch lekarzy i 14-tu kobiet wykształconych, specyalnie w tym kierunku. Kontrola ta wpływa dodatnio nietylko na dzieci, ale w znacznym stopniu przyczynia się do przyzwyczajenia i osób starszych do życia higienicznego.

W dyskusyi podniósł Reineke, naczelnik urzędu lekarskiego w Hamburgu, potrzebę odmiennej kontroli mleka, uważając dotychczasową za przestarzałą i wskazując na wzór Danię. Wyjałowienie mleka może znakomicie przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności wśród dzieci, jednak nie tyle wykonywane prywatnie, często nieumiejętnie, a przez to szkodliwie, ale centralnie w zakładach, utrzymywanych ofiarnością publiczną lub prywatną, z których ludność nabywać może mleko tanio. W etyologii nieżytu żołądkowo-jelitowego u dzieci bardzo wiele rzeczy jest jeszcze niejasnych, szczególnie różnią się co do nasilenia swego endemie choroby tej, zależne od czasu najwyższej ciepłoty w poszczególnych miesiącach letnich. Choroba ta wymaga co do swych przyczyn jeszcze bliższego zbadania, a wtedy skuteczniej będzie można ją zwalczać.

Erismann w dosadnych słowach karci niechęć wśród kobiet karmienia piersią własnych dzieci, niechęć niedającą się bardzo często dostatecznie uzasadnić: jest to jeden z czynników przyczyniających się do zwyrodnienia ludzkości. Zwalczać winni to lekarze pouczaniem publiczności. Zaniechanie karmienia piersią dzieci uważa za jeden z najważniejszych powodów nadmiernej śmiertelności. Na zmniejszenie śmiertelności wśród dzieci znakomicie wpływa urządzenie żłobków, podnoszące zarazem ludność moralnie.

Fraenkel, Lehman i Rapmund popierają myśl utworzenia kosztem miast Towarzystw zakładów dobroczynnych, oddających za małą opłatą mleko wyjałowione dla uboższej ludności zgłaszającej się.

Dalszy referat *Higiena jazdy na kole* wygłosił Merkel Jako zasadę jazdy na kole stawia sprawozdawca 4 warunki, mianowicie: 1) Jazdy na kole winny używać osoby tylko zdrowe. 2) Ludzie, posiadający jakiekolwiek wady w budowie ciała i mający skłonność do chorób, bez względu na wiek, winni przed rozpoczęciem tego sportu zasięgnąć w tej sprawie rady lekarza. 3) Każdorazowy wysiłek na kole należy zastosować do ogólnego stanu zdrowia. 4) Należy zaniechać wyścigów na kole.

Z bardzo sumiennej pracy sprawozdawcy, opartej na własnem doświadczeniu i piśmiennictwie lekarskiem, możemy podać tylko najważniejsze fakta, obchodzące głównie lekarzy praktycznych, odsyłając interesujących się tą sprawą do oryginału, ogłoszonego w »*Vierteljahresschrift f. öffentliche Gesundheitspflege*« 1901 H. 1.

Jazda na kole uprawiana w miarę, rozwija znakomicie mięśnie, klatkę piersiową i serce, wpływa orzeźwiająco na umysł, daje pewność siebie, szybkość w myśleniu i działaniu; jest ona rodzajem gimnastyki leczniczej — wzmaga łaknienie, reguluje oddawanie stolca. Działa jednak korzystnie tylko przy sposobie siedzenia w prostej postawie i przy niezbyt szybkiej jeździe. Co do tej ostatniej, to miarą winien być stan po skończonej jeździe. Jeżeli jeździec zachowa dobre łaknienie, nie ma nadmiernego pragnienia, nie czuje się sennym i noc następną śpi dobrze i spokojnie na tego jazda bez względu na długość i szybkość nie wpływa szkodliwie. Z początku jazdy należy przeznaczyć najmniej 5 minut na 1 klm. Używać należy ubrania wełnianego, szczególnie koszul; kolana pozostawiać wolne, nie opięte, kobiety odrzucić winny gorset. Wyskokowych napojów używać nie należy, nawet w postaci piwa; ilość napoju w czasie jazdy ile możności ograniczyć; używać można w małej ilości kawy czarnej, unikać zaś zalecanych przetworów „Kola“, oraz palenia tytoniu zwłaszcza podczas szybszej jazdy. Zalecać należy jazdę na kole przy skłonności do otłuszczenia serca, cukrzycy, dnie, niedokrewności małego stopnia u dziewcząt, nerwowych cierpieniach żołądka, opadnięciu trzew, przewlekłem zapaleniu stolca i w niektórych chorobach kobiecych, u osób nerwowych, szczególnie histeryczek i neurasteników, przy pozapalnych zgrubieniach opłucnej, zesztywnieniach stawów i lekkiem zboczeniu kręgosłupa, a w tym celu należy siedzenie i kierownicę po stronie wypukłości grzbietowej obniżyć. Liczba uderzeń serca nie powinna przekraczać 100; — uprawiający jazdę na kole dla zdrowia i przyjemności nie powinien dziennie przebiegać przestrzeni większej jak 40—50 klm. Ze stanowiska higieny nie można sprzeciwiać się kolarstwu wśród kobiet; jazda na kole nie wpływa ujemnie na miesiączkowanie, owszem zauważyć można nieraz, że brak regularności, spowodowany mierną bladnicą i neurastenią, ustępował pod wpływem tego sportu. Na wiele cierpień narządów rodnych kobiecych jazda na kole wpływa dodatnio; przeciwwskazaną zaś jest przy guzach w podbrzuszu, ciąży, dłuższy czas po porodzie i w poważniejszych zboczeniach w położeniu macicy.

Szkody, jakim ustrój ludzki uledz może z jazdy na kole wynikają u osób zdrowych jedynie z nadmiaru w używaniu tego sportu, pomijając wypadki, pociągające za sobą choroby chirurgiczne. Wymienić tu należy przedewszystkiem rozstrzeń serca i białkomocz, z których to objawów ostatni dosyć szybko mija po wypoczęciu.

(C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 12 września.

* »Czy zarazek gruźlicy bydła rogatego przenosi się na człowieka«? pytanie to zaprząta jeszcze ciągle umysły. Czytelnicy przypominają sobie, że francuski lekarz Garnault zgłosił się niedawno do prof. Kocha z propozycyą, ażeby ten ostatni zaszczepił go gruźlicą bydlęcą, a to w celu przekonania Kocha, że gruźlica bydła rogatego udziela się człowiekowi. Z tego powodu prof. Brouardel zamieszcza w »Temps« list, w którym dowodzi, że ofiara Dra Garnaulta niczego nie wyjaśni, a dla prof. Kocha mogłyby wyniknąć następstwa bardzo przygnębiające, gdyby szczepienie dało wynik dodatni z jego tragicznemi następstwami. W swoim czasie prof. Ricord zaszczepił kiłą pięć osób, z których cztery przebyły wszystkie cierpienia możebne i były blizkie śmierci, a jedna osoba umarła; a wszakże kiła, nabyta drogą zwyczajną, nie sprowadza śmierci w pierwszym okresie; więc wielkie zachodzi pytanie, czy gruźlica, zaszczepiona człowiekowi, nie przebiegałaby również o wiele złośliwiej, niż nabyta na innej drodze. Prof. Brouardel o wiele więcej oczekuje światła z badań, wywołanych enuncyacyą prof. Kocha, rozpoczętych szczególnie w Anglii: Lister rozporządza w tej chwili 300.000 fr., ofiarowanymi dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy, poruszonej tak niespodzianie przez prof. Kocha.

Podobnież zapatruje się na tę sprawę dyrektor Szkoły weterynaryi w Alfort, Nocard, do którego Dr. Garnault zgłaszał się z tą samą propozycyą, co do Kocha.

Dr. Garnault udał się osobiście do Berlina i dnia 24 sierpnia został przyjęty przez prof. Kocha. Związany na razie przyrzeczeniami wobec Kocha, Dr. G. bardzo mało podaje szczegółów z tej rozmowy, obiecując po 4—5 tygodniach ogłosić obszerniejszą rozprawę na temat rozmowy z Kochem. Dr. G. odniósł wrażenie, że Koch jest niezachwiany w swem przekonaniu co do niezaraźliwości gruźlicy bydlęcej dla człowieka. Nie wyklucza on jednak możności zakażenia się n. p. przy sekcyi, ale przypadki takie nie mogą rzekomo osłabić jego teoryi. Roztrząsając wszystkie ogłoszone przypadki zakażenia się człowieka od bydlęcia, Koch w każdym wykazuje te lub owe niedokładności naukowego badania. Koch uznaje wartość badań na człowieku, jeśli liczba tych doświadczeń jest mnoga, a metoda badania ściśle naukowa. Nie idzie o szczepienie gruźlicy, powiada Koch, lecz o kilkomiesięczne picie mleka surowego, nieprzegotowanego, które jedynie doprowadziłoby do wyniku rozstrzygającego.

Jeśli Dr. G. spisał autentycznie słowa Kocha, to rzecz się przedstawia nieco odmiennej, niż dawniej. Koch nie zdaje się bezwzględnie przeczyć możności dodatniego skutku szczepienia człowieka gruźlicą bydła rogatego, skoro mówi, że przy sekcyi bydła zakażenie nie jest wykluczone; on tylko twierdzi, że drogą przewodu pokarmowego, przez picie mleka surowego, gruźlica krów nie udziela się ludziom. A gdy zkądinąd wiadomo, że chemizm żołądkowo-jelitowy oddziaływa często zobojętniająco na jady połknięte, a picie mleka krowiego nie jest jedynem zetknieciem się człowieka z bydłem rogatem, to jakże to wszystko jest dalekie od pierwotnej myśli Kocha, że gruźlica bydła nie udziela się człowiekowi, że prątek perlicy i prątek gruźlicy ludzkiej nic z sobą wspólnego nie mają.

Dr. Garnault zamierza pić cały rok mleko od krów gruźliczych i co 2—3 miesiące wstrzykiwać sobie pod skórę hodowle gruźlicze. Poświęcenie wielkie, lecz z gruntu niepotrzebne.

* W Częstochowie powstaje miejscowe Towarzystwo lekarskie. Pierwsze posiedzenie uroczyste odbędzie się dnia 14 b. m. o godzinie 5½, w sali resursy miejskiej.

Częstochowa rozporządza wszelkimi warunkami do rozwoju Towarz. lekarskiego. Każde dzieło zbiorowe o tyle trwa, o ile się oprze na ukwalifikowanych i dzielnych jednostkach, a Częstochowa właśnie posiada w łonie swych lekarzy znakomitych szermierzy nauki, którzy mogą być wszelką rękojmią pomyślnego rozwoju nowozawiązanego Towarzystwa.

Dzieląc się z czytelnikami tą dobrą nowiną, z szczerego serca życzymy nowemu ognisku polskiej wiedzy najobfitszych plonów na polu naukowej pracy i koleżeńskiego pożycia.

* Ludność Warszawy w r. 1882 wynosiła 382.964, a podczas ostatniego spisu w roku 1899 wzrosła do 745.848.

* Z świeżo ogłoszonych wyników lekarskiego badania bydła, przeznaczonego na rzeź w Saksonii, dowiadujemy się, że w ciągu ostatniego roku było zakażonych gruźlicą sztuk 55.581, mianowicie: wołów 29%, krów 38%, cieląt 34%. Przerażająca to strata dla rolników i jej chyba należy przypisać oszczercze podejrzenie, rzucone w Niemczech na prof. Kocha, że agraryusze przekupili go, ażeby wygłosił teoryę o nieprzenoszeniu się zarazka gruźlicy bydlęcej na człowieka.

* Zarząd miejski Wrocławia wprowadza instytucyę lekarzy szkolnych i wymagać będzie od kandydatów dowodu wiadomości z zakresu higieny. Wszyscy uczniowie przy wpisie będą badani: chorowici znajdą się na osobnej liście, co miesiąc będą ponownie badani, a wynik zapisywany na specyalnym arkuszu i udzielany do wiadomości rodziców i nauczycielstwa. Leczenie uczniów chorych niema należeć do obowiązków lekarza szkolnego. Lekarze szkolni podlegać mają lekarzowi miejskiemu, który przewodniczyć będzie na ich konferencyach i rozstrzygać w sprawach tej organizacyi.

* »Journal officiel« ogłasza ustawę, uchwaloną przez Izbę prawodawczą, mocą której ma powstać we Francyi »fundusz dla popierania badań lekarskich«, na który złożą się państwo i społeczeństwo. »Fundusz« ten stać będzie pod zarządem ministerstwa oświaty. Osobna komisya techniczna będzie miała za zadanie rozdzielać subwencye; składać się ona będzie z dwóch podkomisyj: 1) dla badań biologicznych, i 2) dla wszystkich innych.

* Dr. Kostecki, lekarz stacyi klimat. zimowej w Abbazyi, donosi nam, że już przybył tam na sezon jesienny, który, ze względu na panujące chłody, zapewne w tym roku wcześniej się rozpocznie.

* Namiestnik przeniósł koncepistę sanitarnego, Dra Kazimierza Mieroszewskiego z Krakowa do Lwowa, a asystenta sanitarnego Dra Wojciecha Kurzyńca ze Lwowa do Krakowa.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali lekarzami powiatowymi: Drowie Cyryl Hyżycki i Tadeusz Milewski; koncepistami sanitarnymi: Kazimierz Mieroszewski i Julian Lubowiecki. Profesorowie nadzwyczajni w Moskwie: Morochowiec (fizyol.) i Nikiforow (patol.) mianowani profesorami zwyczajnymi. Dr. Campbell mianowany profesorem anatomii w Brooklynie. Dr. Hewlett mianowany prof. ogólnej patologii i bakteryologii w Londynie. Dr. Corrado mianowany prof. zwyczajnym sądowej medycyny w Neapolu. Lekarzem naczelnym warszawskiego szpitala Dz. Jezus i kierownikiem kliniki chirurgicznej dla studentów V roku mianowany został prof. Maksimow. Dr. Bide mian. prof. chirurgii w Clermont.

Nekrologia. Dr. Franciszek Šoreys, asystent prof. Maixnera w Pradze, zmarł w 29-tym roku życia z płonicy, której nabawił się, pełniąc obowiązki swego powołania. Dr. Edward Bondy, lat 68, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Lehrbuch der Ohrenheilkunde.* Von Prof. Dr. V. Urbantschitsch. (Czwarte nowoprzerobione wydanie Urban i Schwarzenberg, Wiedeń i Berlin. 1901 r.). Rozpisywać się o znaczeniu i wartości tej książki właściwie jest rzeczą zbyteczną; przemawia za nią szczytne stanowisko i bogate doświadczenie zasłużonego i powszechnie cenionego autora. Podnieść jednak należy, że nowe wydanie tego podręcznika bynajmniej nie jest prostym przedrukiem wydania poprzedniego, lecz owszem, wykazuje znaczne zmiany i dodatki, powiększające nie mało wartość dzieła. Z tych zmian w pierwszym rzędzie wymienić należy gruntowne i dokładne opracowanie symptomatologii w części ogólnej Jestto rozdział, zawierający przyczynek autora do wydanego przez Schwartzego dzieła zbiorowego »Handbuch der Ohrenheilkunde«, wzbogacony doświadczeniami i zdobyczami naukowemi lat ostatnich W dodatku: »Reflexerscheinungen« i »Psycho-accustische Erscheinungen« przedstawia autor część ogólnej fizyologii zmysłu słuchowego. Bystremu darowi spostrzegawczemu niestrudzonego autora zawdzięczamy poznanie całego szeregu bardzo zajmujących zjawisk fizyologicznych i patologicznych na tem polu. Niepoślednią ozdobą tego dzieła jest ta część ogólnej terapii, która obejmuje ćwiczenie słuchowe i w której autor złożył cenne swoje wieloletne badania. Jestto pole, na którem Urbanschitsch położył wiekopomne zasługi i zdobył świetne tryumfy.

Niemniej zauważyliśmy w części szczegółowej, zachowujące podział poprzednich wydań, częste i cenne zmiany, stawiające dzieło to na wyżynie najnowszego stanu otyatryi. Niektóre rozdziały doznały całkowitego przeobrażenia. Z zamiłowaniem i starannością opracował U. powikłania śródczaszkowe ropni usznych, metodę i technikę operacyjną w zajęciu wyrostka sutkowego, oraz leczenie pooperacyjne. Nadzwyczaj rozległe uwzględnienie piśmiennictwa świadczy o ogromne pracowitości i zdumiewającej znajomości autora światowej literatury Wreszcie piękny styl naukowy, oraz samoistność i oryginalność poglądów cechują to niezwykłe i pożyteczne dzieło. *Spira.*

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8 i 9. Jerzykowski: O szczelinach odbytu u dzieci. Szumau: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych.

— *Kronika lekarska* Zesz. 16. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d).

— *Zdrowie* Zesz. 9. Rzętkowski: Plwocina suchotników, jako źródło zakażeń gruźliczych i sposoby jej unieszkodliwiania. Żorawski: Nabiał, jako przyczyna gruźlicy u człowieka i środki zaradcze. Kosmaciński: Opis łaźni ludowej w Drobinie. Chełchowski. Nasze kąpiele prowincyonalne publiczne, kolejowe i fabryczne.

— *Krytyka lekarska* Nr. 9. Mutermilch: O ile gruźlica jest zaraźliwą?

— *Medycyna* Nr. 36. Borzymowski: O sterylizacyi materyałów opatrunkowych. Lejzerowicz: Kilka uwag w sprawie tężca i jego uleczalności (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder. Stróżewski: Przypadek przymiotu rdzenia z objawami Brown-Sequarda.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 9. Szayerowicz: O leczniczej i dyagnostycznej wartości nakłócia lędźwiowego. Górski: Przyczynek do statystyki szkolnej. Prechner: Dwa przypadki zatrucia atropiną.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Heveroch. Transitorni postparoxysmálni paraplegie u epileptiků. Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 69. Guibé: Przeszczepianie się bąblowca po otrzewnej. Brocchi: W sprawie patogenezy zapalenia śluzowo-ropiastego jelit. Martinet: Kiedy i dlaczego należy zapisać arsen.— Nr. 70. Levaditi: Odporność według teoryi »sznurów bocznych« bakteryolitycznych i cytotoksycznych. Martinet: Jak należy podawać kakodylan sodowy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Büdinger: Przyczynek do patologii i terapii piasku żołądkowego. Cominotti: Przypadek tętniaka aorty wstępującej z przebiciem się do żyły głównej górnej. Pick: Nerwice czuciowe żołądka (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Passow: O chirurgicznem leczeniu zwężeń przewodu łzowo-nosowego. Busse: O zatruciu kwasami w przebiegu cukrzycy. Paul i Sarwey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk. Wyss: O przerwaniu nerwu pośrodkowego. Wyleczenie. Luxenburger: Dwa przypadki postępowego połowicznego zaniku twarzy i kosmetyczne ich leczenie. Dehler: Przyczynek do leczenia tężca urazowego. Meusel: Niespodzianki przy operacyach przepuklin. Heinleth: O guzach złośliwych migdałków. (dokończ.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 36. Hebold: Rola samozakażenia w padaczce. Bickel: Badania stosunku zachodzącego między punktem marznięcia krwi a zaburzeniami nerwowemi. Herxheimer: O barwikach tłuszczowych. Polak: Odkażanie tnących narzędzi chirurgicznych wyskokiem mydlanym. Immelmann: Sprawozdanie zbiorowe z ostatnich prac o zastosowaniu promieni Röntgena.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Jaeger: O amebach w czerwonce nagminnej. Mohr: W sprawie powstawania cukru z tłuszczu w ciężkich przypadkach cukrzycy. Selberg: Urazowa zgorzel trzustki. Dreesmann: O zatruciu bizmutem. Gluck: Przyczynek do chirurgii otrzewnej (dokończ.). Cramer: O unosidle bujającem *(Eine balancirende Schwebe).*

Redakcya otrzymała: Zawadzki: Organizacya Pogotowia ratunkowego w małych miastach. Kędzior: 1) Ueber den Einfluss des Sonnenlichtes auf Bacterien. 2) To samo po polsku. 3) Ueber eine thermophile Cladothrix. 4) Przypadek histeryi, odznaczającej się lewostronnem nadmiernem poceniem się i dobrowolnem przeniesieniem się przeczulicy lewostronnej na stronę prawą.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 21 Września 1901. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Profesora Dr. Ludwika Rydygiera.

Przyczynek do leczenia operacyjnego wargi zajęczej u niemowląt.

Podał

Dr. Stanisław Mosing

c. k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki chirurgicznej.

Odsetek śmiertelności po operacyi wargi zajęczej, wykonywanej u niemowląt w pierwszym roku życia, jest jeszcze dzisiaj, mimo przestrzegania prawideł anty- i aseptyki, dość znaczny, jak tego dowodzą daty statystyczne z ostatniego dziesięciolecia.

I tak umierało według Hoffy, który dane swe oparł na spostrzeżeniach, dotyczących 266 dzieci po operacyi jednostronnej wargi zajęczej, zależnie od stopnia tego cierpienia 24—30%, po operacyi obustronnej wobec wystającej kości międzyszczękowej 59%. Według dalszych zestawień tegoż autora, zginęła czwarta część, z 439 operowanych dzieci, w pierwszych trzech miesiącach po operacyi. Bosch obliczył jeszcze w r. 1893, śmiertelność w pierwszych miesiącach operowanych dzieci na 50%. Gotthelf wykazał na podstawie spostrzeżeń w klinice heidelberskiej, iż śmiertelność po operacyi wargi zajęczej u niemowląt, odpowiada ilości krwi, utraconej w czasie operacyi. Według tego autora dochodzi śmiertelność, przy prostem okrwawieniu brzegów wargi, do 38·2%, przy oddzieleniu części miękkich od szczęki do 44·4%, przy przesunięciu kości śródszczękowej ku tyłowi do 50%.

Dodając tedy dane tych i innych autorów, jak Trendelenburga (41·6%), Fahrenbacha, Abla i Müllera (38% — 39·2%), otrzymalibyśmy 38%, jako liczbę, oznaczającą nam średnią śmiertelność w pierwszym roku życia po operacyi wargi zajęczej u niemowląt.

Za przyczynę tej wysokiej śmiertelności przyjmowano znaczną utratę krwi w czasie zabiegu, co w następstwie nawet po szczęśliwie przeprowadzonej operacyi pociągało za sobą uwiąd niemowląt *(marasmus)* w pierwszym roku życia.

Aby zapobiedz upływowi krwi, uskuteczniano dawniej okrwawienie wargi zajęczej w ten sposób, iż poprzednio przyżegano brzegi szczeliny rozżarzonem żelazem, zszywano je zaś następowo, w chwili oddzielania się strupów. Sposób ten obecnie zupełnie zarzucono. Okrwawienie rozszczepu wargi uskutecznia się zawsze nożem; nożyczki zalecone w tym celu przez Marc See'a w roku 1874, nie przyjęły się w praktyce.

W zeszycie 301 zbioru klinicznych wykładów Volkmanna z roku 1901, zaznacza Wolff autorstwo swe sposobu, który zaleca kilkakrotnie od roku 1886, w celu ograniczenia utraty krwi podczas operacyi wargi zajęczej. Nawiasowo zauważyć wypada, iż sposób ten, znany był i używany przed ogłoszeniem go przez Wolffa czego dowodem, iż pomiędzy innymi, i Rydygier już w podręczniku swym w roku 1886 zaleca go jako zapobiegający „wszelkiemu nieomal krwawieniu“.

Sposób ten polega na dokładnem zamknięciu tętnic wieńcowych *(aa. coronariae)*, przez ucisk, który asystent wywiera kciukiem i wskazicielem w okolicy kąta ust (Digitalconstriction). Widoki operacyi, wykonanej w tych warunkach, miały się znacznie poprawić, mimo to, (przytaczam słowa Wolffa, „na ten sposób operowania, mimo kilkakrotnych opisów i zalecania go, prawie nikt nie zwrócił uwagi,“ a „operacya wargi zajęczej u dzieci, przeprowadzona w pierwszym roku życia na klinikach, wykazywała dotychczas 38% śmiertelności.“

Mimo tej bardzo wysokiej śmiertelności, przeważna część chirurgów utrzymuje, iż wargę zajęczą należy operować wkrótce po urodzeniu się dziecka, a to z tego względu, iż, według statystyki Fröbeliusa, dzieci z nieoperowaną zajęczą wargą, umiera w pierwszym roku życia 60%.

W klinice chirurgicznej lwowskiej kierując się również tą zasadą, operowano możliwie najwcześniej. Ze względu na bardzo szczęśliwe wyniki, jakie po tej operacyi osiągnięto, których znaczenia jednakowoż, ze względu na zbyt małą liczbę operowanych, nie należy przeceniać, pozwolę sobie pokrótce przedstawić zasady operowania wargi zajęczej, jakiemi się tak przedtem w Chełmnie i w Krakowie, jakoteż i w czasie blisko czteroletniego istnienia kliniki lwowskiej kierowano. Operacyę wykonywano możliwie najwcześniej, a nawet w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka. Zamiast uciskania palcami, (Digitalconstriction) zastósowywano w każdym przypadku, uciskanie zapomocą zwyczajnych długich kleszczyków, nie bardzo mocno zakładanych na zewnątrz od cięć, które miały być poprowadzone. W tych warunkach wykonywano operacye bez większego krwawienia, a przytem można było w ciągu operacyi większą uwagę zwrócić na względy kosmetyczne.

Brzeg wewnętrzny okrwawiano w uspieniu sposobem Mirault-Langenbecka, w linii złamanej pod rozwartym kątem; z brzegu zewnętrznego wycinano płatek i odciągano go ku dołowi. Szczyt kąta, utworzonego przez okrwawiony brzeg wewnętrzny, odpowiadał kątowi, powstałemu przez wycięcie płatka z brzegu zewnętrznego. Po zeszyciu brzegów nie zakładano nigdy żadnego opatrunku, zasypywano tylko linię szwów jodoformem. Operacya nie trwała dłużej nad kilka minut. Szwy wyjmowano po czterech dniach.

W przypadkach obustronnej wargi zajęczej okrwawiano

WYKAZ

przypadków wargi zajęczej i wilczej paszczy, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej w latach 1898—1901.

Liczba księgi ambulatoryum, nazwisko, wiek, dzień przybycia na klinikę.	Rodzaj wargi zajęczej	Zabieg operacyjny wykonany na klinice ambulatoryjnie	Zabieg operacyjny po przybyciu na klinikę; czas pobytu na klinice; dzień wyjścia z kliniki	Wiadomości późniejsze o stanie zdrowia operowanych
Nr. 61. pr. op., B. K., lat 21, 8. IV. 1898.	labium leporinum	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Zalewski. 17. IV. 1898. wyleczony.	19. V. 1901 list: »zdrów zupełnie, na wardze ani śladu«.
Nr. 501. a. m., A. C., lat 13, 5. V. 1898.	labium leporinum	Op. m. Mirault (f. Dr. Slęk)	—	20. V. 1901 list: »całkiem zdrów, bez znaku«.
Nr. 628. a. m., F. B, lat 4, 24. V. 1899	labium leporinum et faux lupina	—	14 VII. 1899. nieoperowany	Nie zgłosił się.
Nr. 1137. a. m., J. B., mies. 10, 4. XI. 1899.	labium leporinum	Op. plast. f. Dr. Slęk	—	20. V. 1901 list: »zupełnie zdrów«.
Nr. 1216. a. m, S. B., mies. 12, 20. XI. 1899	labium leporinum	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Kral	—	3. VI. 1901 list: »zdrów zupełnie«.
Nr. 175. a. m., A. T, mies. 8, 1. II. 1900.	labium leporinum et faux lupina	Nieoperowany	—	Nie zgłosił się.
Nr. 317. a m, P S., lat 41, 22. II. 1900.	labium leporinum (hydrocele testis, hernia inguin.)	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Hermann. 19. III. 1900.	3. VI. 1901 list: »całkiem zdrów«.
Nr. 474. a. m.. A. C. B., mies. 6. 22. I. 1901.	labium leporinum ambilater et os prominens	Op. lab. lep. m. Mirault f. Dr. Hermann	—	List: »ma się zupełnie dobrze miejsce operowane zagojone«.
Nr. 1014 a. m., J E. Ż, mies. 12. 16. IV. 1901	labium leporinum sinistr.	Op. plast. labii lep. f. Dr. Mosing	—	List: »zdrów zupełnie«.
Nr. 1192. a. m., D. A., lat 24, 2. V. 1901.	faux lupina	—	—	Nie zgłosił się.
Nr. 1329. a. m, M S., mies. 3, 14 V. 1901.	labium leporinum ambilater et os prominens	Op. plast labii lep f. Dr. Ruff	—	List: »zdrów zupełnie«.
Nr. 1310. a. m., D. C., mies. 6, 16. V. 1901.	labium leporinum dextrum	Op. plast. f. Dr Hahn	—	List: »zdrów zupełnie.«
Nr. 1520. a. m. J. M.. lat 23, 3. VI. 1901.	labium leporinum sinistr.	—	Op. m. Mirault Langenbeck f. Dr. Jasiński 9. VI. 1901. wyleczony	Rana zagojona.
Nr. 254. a. k, H. C., dni 7, 25. II. 1898	lab. lepor. sin simpl. II. gr.	Op. plast. f. Dr. Brzozowski 6. V	—	24. V. 1901 list: »zdrowa, rana zupełnie zagojona«
Nr. 1147. a. k., a. P, dni 9, 2. III. 1898.	labium leporinum et faux lupina	Nieoperowana	—	Nie zgłosiła się.
Nr. 615. a. k, E G., lat 9, 4. VI. 1898.	faux lupina	—	Uranio- et heilo-plast f. Prof. Rydygier. 9. VII. 1898	17. VI. 1901 list: »zdrowa zupełnie«.
Nr. 702. a. k., F. S, mies. 5. 21. VI. 1899.	labium leporinum duplex	Op. plast. f. Dr. Ruff	—	19. V. 1801 list: »zdrowa, na wardze znak czerwony«.
Nr. 733. a k., M T., lat 19, 27. VI. 1899.	labium leporinum cicatriceum	Nieoperowana	—	Nie zgłosiła się.
Nr. 818. a k., P. S, lat 16, 3. V. 1900.	labium leporinum ad lat. sin. II. gr.	—	Op. plast. m. Mirault f. Prof. Rydygier. 23. V. 1900.	13. VI 1901 list: »operacya odniosła świetny rezultat«
Nr 1147. a. k., M. V., mies. 3, 8. VI. 1900.	labium leporinum III. gr.	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Hermann	—	26. V. 1901 list: „zdrowa, operacya najlepiej się udała«.
Nr. 658. a. k., R. M., lat 12, 1. III 1901.	labium leporinum sin. II. gr.	—	Op. M. Langenbeck Mirault f. Dr Slęk. 4. III. 1901.	List: »operacya powiodła się znakomicie«.
Nr. 1050 a. k, H. T., mies. 2, 10. V. 1901.	labium leporinum et faux lupina	Op. m. Langenbeck Mirault f Dr. Mosing	—	List: »zdrowa zupełnie, na wardze nieznaczny ślad«.
Nr. 1089. a. k., J. D. lat 16, 14. V. 1901.	labium leporinum II. gr.	Op. m. Langenbeck Mirault f. Dr. Slęk	—	List: »zagojenie per primam. Dr. Długosz«.
Nr. 1179. a. k., J. L D., mies. 10, 29. V 1901.	labium leporinum ambilateral.	Op. m. Mirault Langenbeck Dr. Slęk i Dr. Czaplicki	—	List: »ma sie bardzo dobrze«.
Oper. pryw. mies. 4.	labium leporinum simpl.	Op. m Mirault Langenbeck f. Prof. Rydygier	—	Wyleczona.
Oper. pryw. mies. 6.	labium leporinum simpl	Op. m. Mirault Langenbeck f. Prof. Rydygier	—	Wyleczona

część środkową w kształcie czworoboku; z brzegów bocznych szczeliny wycinano płatki sposobem Malgaignea; nakoniec zespajano szwem okrwawioną część środka z powierzchnią płatów bocznych, opuszczonych ku dołowi, jakoteż z okrwawionemi brzegami bocznemi.

W razie, gdy warga zajęcza obustronna powikłana była z wysterczaniem kości międzyszczękowej w kształcie ryjka, operowano sposobem Bardelebena, podokostnowo przecinając lemiesz poczem przesuwano część środkową na lemieszu ku tyłowi; operacyę wargi zajęczej wykonywano na tem samem posiedzeniu.

Jak to uwidoczniono na załączonej tablicy, zgłosiło się od lutego 1898 do lipca 1901 z powodu wargi zajęczej 26 chorych; z tych, z powodów od kliniki niezależnych, nieoperowano 5; operowano zaś 21.

Między operowanymi było dzieci w wieku od 7 dni do roku: płci męskiej 6, żeńskiej 7, razem 13. — Z tych: upłynęło przeszło pół roku od dnia operacyi u 3 dzieci płci męskiej, 5 żeńskiej, razem 8; Od operacyi upłynęły trzy miesiące u 3 dzieci płci męskiej, 2 żeńskiej, razem 5.

Wargę zajęczą jednostronną bez powikłań operowano u 4 dzieci płci męskiej, 4 żeńskiej razem 8. Wargę zajęczą obustronną bez powikłań u 2 dzieci płci żeńskiej.

Wargę zajęczą jednostronną połączoną z wilczą paszczą (której jednak nie tykano), operowano u 1 dziewczynki; wargę zajęczą obustronną, połączoną z *os prominens* u 2 chłopców.

Z operowanych 13 dzieci nie umarło ani jedno. W dwunastu przypadkach rana zgoiła się doraźnie a operacya pod względem kosmetycznym wydała wynik pomyślny. W jednym tylko przypadku, miały według podania rodziców szwy skórne pop uścić. Polecono wtedy listownie, przywieść dziecko na klinikę, w celu powtórnej operacyi. We wszystkich 13 przypadkach operowano ambulatoryjnie.

Z powyższego zestawienia operowanych przypadków, odnosi się wrażenie, iż nader szczęśliwy wynik, jakoteż efekt kosmetyczny operacyi przypisać wypada przestrzeganym przy operowaniu wargi zajęczej zasadom, a przedewszystkiem sposobowi zapobiegania krwawieniom w ciągu operacyi, co nietylko usuwa niebezpieczeństwo zagrażającej życiu noworodka niedokrewności, lecz zarazem dozwala operować bez pośpiechu, a tem samem odpowiedzieć wymogom kosmetycznym.

Rydygier: Podręcznik chirurgii szczegółowej. Tom I. pag. 118—125. — S. Duplay-P. Reclus: Traité de Chirurgie. Tome V, pag. 27—33. Paris 1891. — Bosch: Schicksal der Hasenschartenkinder 1893. — Eulenburg: Real-Encyklopädie 3 Aufl. Band X, 1896. „Hasenscharte". — Tillmanns: Lehrbuch der speciellen Chirurgie 1899, pag. 166—179. — R. v. Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge Nr. 301, 1901, pag. 191. — Wolff: Über die Operation der doppelten Hasenscharte mit rüsselartig prominierendem Zwischenkiefer und Wolfsrachen. Berliner klinische Wochenschrift 1897, Nr. 47 i 48.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Poznawszy działanie wyciągów z nadnerczy i teoryę, objaśniającą znaczenie samych gruczołów w ustroju, ocenimy tem samem rolę, jaką w tym właśnie zakresie odegrała organoterapia w badaniach fizyologicznych. Jakie teraz jej znaczenie dla kliniki i medycyny praktycznej, jak wyzyskano dotychczas wiadomości fizyologiczne, jakie z tego istotne wyniki? Wnioski teoretyczne wysnuć nie trudno. Wydawało się rzeczą zupełnie naturalną, że leczenie zapomocą przetworów, otrzymanych z nadnercza, jest wprost wskazane w chorobie, która w wielu szczegółach przypomina obraz, spostrzegany u zwierząt po wycięciu nadnerczy, a polega niewątpliwie na anatomicznych, wyjątkowo może także na funkcyonalnych zmianach w tym narządzie, — w chorobie Addisona. Możliwą jest także rzeczą, że byłoby ono wskazane w pewnych przypadkach osłabienia, a zwłaszcza niewytrzymałości mięśni, łatwego nużenia się układu mięśniowego i długiego trwania tegoż znużenia. Wpływ wyciągów na narząd krążenia wyzyskiwać by znów można tam, gdzie zależy na zwężeniu naczyń, zwolnieniu czynności serca i na zwiększeniu siły skurczów serca.

Na większą skalę stosowano dotyczas nadnercze tylko w chorobie Addisona, a stosowano je nawet nieco wcześniej, aniżeli ukazały się prace Olivera i Schäfera, Cybulskiego i Szymonowicza. Z pierwszymi próbami takiego leczenia spotykamy się w publikacyi Maragliano [23]) z r. 1894. Genueński klinicysta używał wstrzykiwań wyciągów glicerynowych. Wynik miał być pomyślny. Niekorzystnie natomiast wypadły odnośne doświadczenia, czynione w r. 1895 w klinice Germain-Sée, opisane przez Lyona [24]). W tym samym prawie czasie ogłosił Epelbaum [25]) w obszerniejszej pracy o organoterapii dwa przypadki choroby Addisona, leczone z dobrym skutkiem surowym gruczołem. O ile z przeglądu dostępnej mi literatury wnosić mogę, są to pierwsze spostrzeżenia, w których nadnercze stosowano wewnętrznie. Z początkiem następnego roku 1896 podawał lekarz angielski Murell [26]) kołaczyki nadnerczowe i to bez skutku w jednym przypadku. W pracy swej wspomina on o 10-ciu jeszcze spostrzeżeniach, z tych 9. zestawionych przez Ringera, jedno opisane przez Tourneya, w których stosowano leczenie zastępcze. W 5-ciu z nich miał być wynik dodatni. O dobrych wynikach wspominają dalej: Schilling [27]), Philippen [28]), Vollbracht [29]), w części także Senator [30]), w najnowszych czasach Edel [31]) i Kaufmann [32]). Bardzo natomiast niekorzystnie oceniał działanie nadnercza w spostrzeganym przez siebie przypadku Pickhardt [33]); wspominaliśmy o nim już wyżej.

A więc i w tej chorobie leczenie zastępcze nie zawsze jest w skutkach jednakowe i nie zawsze pomocne. Już z tego powodu, chociażby na podstawie dotychczasowego

[23]) Maragliano: Riforma med. 1894. Ref. Centrblt f. inn. Med. 1895. S. 476.

[24]) Lyon: Revue de thérapeutique 1895. Ref. Centrblt. f. inn. Med 1896. S. 272.

[25]) Epelbaum: Contribution à l'étude de l'organothérapie. Paris 1895. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896. S. 343.

[26]) Murell: Lancet 1896. Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1896 S. 807.

[27]) Schilling: Münch. med. Wochschft. 1897. Nr. 7.

[28]) Philippen: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1196.

[29]) Vollbracht: Wien. klin. Wochschft. 1899. Nr. 28.

[30]) Senator: Ref. Centrblt. f. inn. Med. 1898. S. 843.

[31]) Edel: Münch. med. Wochschft. Nr. 52.

[32]) Kaufmann: l. c.

[33]) Pickhardt: Berl. klin. Wochschft. 1898. Nr. 33.

materyału klinicznego, nie można mu rokować wielkiej przyszłości. Jeszcze sceptyczniej wypaść musi ostateczny sąd po dokładniejszem poznaniu historyj chorób w przypadkach, w których wynik jest pomyślny. Przekonywamy się z nich, że w ogromnej większości poprawa była krótkotrwałą, że choroba kończyła się zejściem śmiertelnem, niekiedy w przeciągu bardzo niedługiego czasu. To też o wyleczeniu, nawet w tem pojęciu, jak wyleczenie obrzęku śluzakowego przez podawanie przetworów gruczołu tarczykowego, właściwie nie może być mowy; co najwyżej przyjmować wolno, że przedłuża się nieco życie chorych. Jakkolwiek więc nie godzi się w żadnym przypadku choroby Addisona pomijać przetworów z nadnercza jako leku, to jednak nigdy niestety ludzić nie można ani siebie, ani chorych, względnie ich otoczenia, co do ostatecznego wyniku.

Jako środek nasercowy nie było nadnercze dotychczas stosowane, przynajmniej nie ma o tem wzmianki w piśmiennictwie. W ostatnich dopiero czasach czynią się w tym kierunku próby, widocznie na większą skalę, gdyż lekarz, który się niemi zajął, Dr. Floersheim[34]) z New-Yorku, nie ogranicza się do swoich własnych przypadków, ale zwraca się za pośrednictwem pism lekarskich do ogółu lekarzy, prosząc o udzielanie mu spostrzeżeń.

Natomiast wyzyskano już wpływ przetworów nadnercza na naczynia, polegający na zwężaniu ich światła i stosowano te przetwory w krwotokach płucnych (Floersheim[35]), żołądkowych (Dixon[36]) i w moczeniu krwawem (Leslier[37]), rzekomo z dobrym skutkiem. Odnośne sprawozdania o tyle zasługują na uwagę, że przedstawiano je na dorocznem zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy angielskich w sekcyi farmakologicznej.

Floersheim[38]) próbował nadto nadnercza w niektórych chorobach narządu oddechowego, a mianowicie w ostrym nieżycie tchawicy i oskrzeli, w przewlekłym nieżycie oskrzeli, w dychawicy oskrzelowej. Już po pierwszych dawkach tego leku zmniejszać się miał kaszel i duszność. Prawdopodobnie i w tych przypadkach skutek odnieść należy do zwężenia naczyń. Mossé[39]) wreszcie radził wyciąg z nadnercza przeciw obrzękom błony śluzowej muszli nosowych, wywołanym przekrwieniem. W okulistyce posługiwano się wyciągami z nadnercza w celu znieczulania spojówek, Bałłaban[40]) stosuje je łącznie z kokainą i jest z wyników zupełnie zadowolony.

Bez jakichkolwiek wskazań, czysto empirycznie, podawano nadnercze jeszcze w dwóch chorobach, w moczówce prostej *(diabetes insipidus)* i w krzywicy. Co do pierwszej, jedno tylko posiadamy sprawozdanie Clarka[41]) i to opiewa bardzo korzystnie. W krzywicy o dobrych wynikach wspominał Stoelzer[42]); natomiast Netter[43]), który zajmował się stwierdzeniem powyższych wyników, nie był zupełnie zadowolony ze skutków takiego leczenia. Również bezskuteczne było powyższe leczenie w przypadkach Hönigsbergera[44]).

Ostatnim w rzędzie narządów, używanych do celów leczniczych, a badanych nieco dokładniej pod względem fizyologicznego wpływu i znaczenia, jest czerwony, czyli zarodkowy szpik kostny.

Odkrycia Bizzozera i Neumanna, stwierdzające znaczenie tego narządu dla wytwarzania się i dla odnowy krwi, dały pochop do dokładniejszego badania jego składników morfologicznych i histologicznej budowy tak w fizyologicznych, jak i w patologicznych warunkach. Badania te wyjaśniły sprawę wcale dokładnie ze stanowiska anatomicznego, względnie histologicznego. Ale równocześnie wyłoniło się zagadnienie, jak pojmować należy zmiany w utkaniu szpiku kostnego, występujące w przebiegu wielu chorób krwi, jak tłómaczyć przemianę szpiku tłuszczowego w czerwony, czy uważać ją za przyczynę, czy za następstwo choroby? Rozstrzygnięcie pytania pod względem anatomo-patologicznym przyniosły tu prace Ponficka, Littena i Ortha, które wykazały, że z przemianą taką spotkać się można w zwłokach we wszystkich tych przypadkach, w których występowało charłactwo skutkiem choroby przewlekłej, dłuższy czas trwającej. Późniejsze badania doświadczalne Littena, Freiberga, Neumanna, pouczyły w dalszym ciągu, że u zwierząt dorosłych wytwarza się po obfitych krwotokach na nowo zarodkowy szpik kostny. Potwierdzają to najzupełniej także spostrzeżenia kliniczne tych przypadków, w których za życia pojawiały się częstsze i obfitsze krwotoki, a w których sekcya wykazywała również obecność szpiku czerwonego.

A więc przemiana szpiku tłuszczowego w zarodkowy jest następstwem, a nie powodem choroby. Naturalny stąd wniosek, że uważać ją można za dążność ustroju, zmierzającą do usunięcia a przynajmniej zmniejszenia zboczeń i niedostatków w składzie krwi przez zwiększoną pracę najważniejszego z narządów krwionośnych. Takie pojęcie sprawy, oparte nie na teoretycznych wywodach, ale na faktach namacalnych, prędzej czy później wywołać musiało chęć poznania, czy przez dostarczanie ustrojowi zarodkowego szpiku zwierzęcego nie powiedzie się ułatwić mu pracę w warunkach patologicznych, czy nie będzie można dostrzedz jakiegokolwiek wpływu szpiku na ustrój fizyologiczny.

Rzeczą tą zajmowałem się przed kilku laty przez czas dłuższy, przeprowadzając badania, najpierw doświadczalne, fizyologiczne, później także kliniczne[45]).

W toku doświadczeń, wykonywanych na zwierzętach, przekonałem się, że wpływ taki istotnie daje się dostrzedz. Z dwojga szczeniąt, trzymanych w zupełnie równych warunkach i zupełnie jednakowo żywionych, o wiele szybciej i lepiej rozwijało się to szczenię, któremu do zwykłego pożywienia dodawano zarodkowy szpik kostny. Badania krwi wykazywały u niego wyższe odsetki hemoglobiny i większą ilość ciałek czerwonych.

Na skład krwi wpływały także bardzo dosadnie wstrzy-

[34]) Floersheim: Por. Przegl. lek. 1901. S. 119. Wiadomości bieżące.
[35]) Tenże: Wzmianka w Now. lek. 1901, S. 179
[36]) Dixon: Brit. med. Jour. 1900 Ref. Therap. Monatshefte 1901, S. 38.
[37]) Leslier: *Ibidem.*
[38]) Floersheim: *L. c.*
[39]) Mossé: *L. c.*
[40]) Bałłaban. Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki. Kraków 1901.
[41]) Clark: Berl. klin. Wochschft. 1895, S. 468.
[42]) Stoelzer: Deut. med. Wochschft. 1899, S. 614.
[43]) Netter: Centrblt. f. Stoffwechsel u. Verdauungskrankheiten 1901, S. 614.
[44]) Hönigsberger: Münch. med. Wochschft. 1901. N. 16.
[45]) L. Korczyński: Zbior prac z kliniki lek. Zeszyt 18. Kraków 1896.
Tenże: Wien. med. Presse 1900. N. 23—29.

kiwania wyciągów, otrzymywanych ze szpiku. Po każdem wstrzyknięciu zjawiała się wybitna hiperleukocytoza, poprzedzona krótkotrwałą leukopenią i występował bardzo wybitny wzrost ciałek czerwonych, — erytrochemotaksis dodatnia, jak zjawisko to nazwałem.

Spostrzeżenia powyższe nie są bynajmniej odosobnione. Jeszcze w r. 1893 stwierdzili Jakob i Goldscheider[46]), że wyciągi, otrzymywane ze szpiku kostnego, ze śledziony i z grasicy, wywołują bezpośrednio po wstrzyknięciu ubytek ciałek białych, czyli leukopenię, która po pewnym przeciągu czasu ustępuje miejsca powiększaniu się ilości ciałek, czyli hiperleukocytozie. Autorowie ci przypuszczają, że w pierwszej chwili znaczna ilość leukocytów gromadzi się w naczyniach włosowatych płuc, że część ulegać może zniszczeniu, leukolizie; następowo dopiero dostaje się z narządów krwiotwórczych większa ilość ciałek białych do ogólnego obiegu krwi i stąd hiperleukocytoza.

Wzrost ilości ciałek czerwonych, jako doraźne następstwo wstrzykiwań wyciągów, spostrzegał Zeleński[47]).

W dalszym ciągu moich doświadczeń zwróciłem uwagę na niektóre szczegóły, odnoszące się do przemiany pierwiastków u zwierząt i ludzi pod wpływem szpiku kostnego, stosowanego bądź to w postaci wyciągów (u zwierząt), bądź też podawanego na wewnątrz tak w stanie surowym, jako też w postaci przetworu farmaceutycznego, wprowadzonego w handel przez znaną fabrykę Knolla pod nazwą meduladenu. Badano wydzielanie się bezwodnika kwasu węglowego u zwierząt, a azotu u zwierząt i u ludzi. Przy oznaczeniach CO_2 okazało się, że ilość jego wzrasta mniej lub więcej wyraźnie po wstrzykiwaniach wyciągów, lub po spożyciu przez zwierzę surowego szpiku kostnego; że jest wyższa u takiego zwierzęcia, aniżeli u drugiego, użytego do doświadczenia porównawczego.

Wprost przeciwnie zachowywało się wydzielanie azotu. Oznaczenia, wykonywane na dwóch osobach młodych, dały w średnich liczbach dziennych następujący wynik:

Spostrzeżenie 1.

	Ilość N. wprow.	Ilość N. wydziel.	Bilans N.	Przybytek wagi ciała.
1) Przed meduladenem Okres 11-to dniowy.	20·296	20·155	+0·14	+63·6 Gm.
2) Podczas podaw. medul. Okres 7-mio dniowy.	19·980	19·021	+0·959	+85·7 Gm.
3) Po meduladenie				
Okres 1-szy 5-cio dn.	20·145	19·801	+0·344	+13·33
Okres 2-gi i 5-cio dn.	20·080	19·955	+0·125	

Spostrzeżenie 2.

	Ilość N. wprow. średnio	Ilość N. wydziel. w moczu i kale	Bilans N.	Przybytek wagi ciała
1) Przed meduladenem Okres 10-cio dniowy.	21·073	20·422	+0·650	+90 Gm.
2) Podczas podaw. medul. Okres 7-mio dniowy	21·034	19·081	+2·106	+178·5 Gm.
3) Po meduladenie Okres 7-mio dniowy	21·099	20·707	+0·392	+42·85 Gm.

(Dokończenie nastąpi).

[46]) Goldscheider: Deut. med. Wochschrift. 1894, S. 376.

[47]) Zeleński: Physiologische Beitr. v. A. W. Danilewski T. 2.

III. O »zaraath« biblii hebrajskiej.

Przyczynek do historyi trądu.

Podał

Dr. J. Fels.

Rozdział trzynasty trzeciej księgi Mojżesza mówi o „zaraath" jako chorobie skórnej i przepisach higienicznych przeciw tej chorobie. Sprawą tą zajmowało się już bardzo wielu uczonych dawnych i nowszych czasów, pisali o niej lekarze i nielekarze, znawcy i nieznawcy języka hebrajskiego. Tak w literaturze historyi medycyny jak i w literaturze hebrajskiej dawnej i najnowszej znachodzimy liczne rozprawy dotyczące „zaraath" biblii. Pomimo znaczniejszej różnicy zdań pokaźna część uczonych twierdzi, że „zaraath" biblii nie jest niczem innem jak dzisiejszym trądem, inni uważają ją za białość skóry *(vitiligo)*, a inni znowu za liszaj wyłysiający *(herpes tonsurans)*, albo za liszaj wyłysiający i strupień woszczynowaty *(favus)*, [1]) niektórzy za łuszczycę, świerzb, wyprysk, kiłę; wreszcie są tacy, którzy mniemają, że „zaraath" nie jest jednolitą chorobą, lecz zbiorem różnych chorób skórnych. Glück zastanawiając się w swej pracy, „Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych,"[2]) czy w biblii jest mowa o trądzie i czy „zaraath" biblii jest temsamem, co trąd taki, jakim go znamy z najnowszych zdobyczy nauk lekarskich, przychodzi do przekonania, że przez różne postacie choroby „zaraath" należy rozumieć różne rodzaje chorób skórnych. Czy zaś między temi i trąd według dzisiejszych pojęć się znajdował, sprawy tej zdaniem Glücka nie można rozstrzygnąć.

Opierając się na oryginalnym tekście biblii pragnąłbym również dorzucić do naszego piśmiennictwa przyczynek do historyi trądu, rozważając, co należy rozumieć pod nazwą „zaraath", o ile i jaki ma ona związek z dzisiejszym trądem. Postaram się więc jaknajdokładniej przetłómaczyć owe ustępy biblii i wysnuć z nich odpowiednie wnioski dla wiedzy lekarskiej. Ośmielam się podjąć się tego zadania także i dlatego, że na klinikach chorób skórnych w Wiedniu kilkakrotnie miałem sposobność badać chorych trędowatych.

Trzecia księga Mojżeszowa, rozdział trzynasty, wiersz 2—8:

„Plaga zaraath [3]) może powstać z wyniosłości,[4]) albo z liszaja, albo z plamy. Każdego chorego na zaraath należy przyprowadzić do kapłana.

I. „Kapłan ma wtedy uznać chorobę za zarath, jeżeli na miejscu skóry włosy stały się białe i wyprysk sięga głębiej niż powierzchnia skóry. Jeżeli zaś jest tylko plama biała na skórze, która nie drąży w głąb, a włosy jej nie stały się białe, wtedy kapłan musi chorego odosobnić (dla obserwacyi) na siedm dni. Gdy po upływie tego czasu wyprysk się nie zmienił i nie posunął się dalej, ma go kapłan odosobnić (zamknąć) jeszcze na siedm dni. Jeżliby po upływie drugich siedmiu dni wyprysk stał się ciemniejszym i nie

[1]) R. Brainim: w »Mi Mizrach u Mi Mariw«.

[2]) Pamiętnik jubileuszowy E. Korczyńskiego. Kraków 1900.

[3]) Egzegeza talmudyczna tłómaczy »zaraath צרעת« jakoby pochodziło od מוצי רע-wyciąga złe, t. j. że zaraath nawiedza tego, który wyciąga złe, oczernia drugich. Słowo zaś samo, jak mnie objaśniał rabin Dr. Guttman we Lwowie, pochodzi od etiopskiego »saraa« t. j. być zranionym albo nawiedzonym (przez Boga).

[4]) שאת pochodzi od נשא wznieść.

posunął się dalej, to jest to tylko liszaj, a chory jest czysty. Jeżeli jednak mimo to wyprysk potem się rozszerzył, ma go kapłan znowu oglądnąć, a skoro spostrzeże, że wyprysk się rozszerzył, chory ma zaraath i jest nieczysty".

Cechującemi znamionami tej pierwszej odmiany „zaraath" są więc 1) zbielenie włosów, 2) drążenie sprawy chorobowej w głąb i 3) dążność do rozszerzania się. Zastanawiając się nad postacią „zaraath" o tych znamionach, możemy według naszych pojęć myśleć tutaj o różnych postaciach wyprysku (*eczema*) i podobnych sprawach.

II. Wiersz 10—17: „Kapłan ma wtedy rozpoznać zastarzałą zaraath, jeżeli widzi białą wyniosłość (שאת) na skórze ciała, na której włosy zbielały i na której jest bujna ziarnina (buja żywe mięso). Takiego chorego powinien kapłan odrazu uznać za nieczystego i nie potrzebuje go wcale odosabniać. Jeżeli zaś zaraath ogarnia całą skórę chorego od głowy do stóp, a wszystko jest już białe, to chory jest czysty (wyleczony). Atoli w dniu, w którym kapłan spostrzeże na nim bujną ziarninę (żywe mięso), jest on nieczysty, bo żywe mięso jest nieczyste, jest zaraath. Ale gdy żywe mięso znika i miejsce staje się białem, chory jest czysty."

Cechującemi zmianami tej postaci „zaraath" zastarzałej są biała wyniosłość z białymi włosami i bujna ziarnina. Biała wyniosłość z białymi włosami może oznaczać między innymi i guzy trądowe (trądziaki), nad którymi włosy zwykle wypadają, a ważne znamię „żywego mięsa" pozwala nam przyjąć cały szereg chorób, tworzących wrzody i narośle na skórze. A więc mogą to być zaniedbane rany i wypryski, toczeń, łagodne i złośliwe nowotwory skóry, wrzody przewlekłe, kiła (*framboësia syphilitica* i rozpadłe kilaki skóry), *pemphigus vegetans*, grzybica (*mycosis fungoides*), a już w każdym razie nie można wykluczyć wrzodów, powstałych w przebiegu trądu. Chory, którego choroba, rozprzestrzeniona na całej skórze, znika, tak że ciało odzyskuje swą białość, może być dotknięty wypryskiem ogólnym, łuszczycą ogólną i w ogóle wysypkami, które mogą zająć całą skórę.

III. Wiersz 18—23: „Jeżeli ktoś przebył wysypkę albo zapalenie skóry i na tem miejscu powstała biała wyniosłość albo biało-różowa plama, której powierzchnia jest głębsza niż skóra, a włosy na niej są białe, to jest to zaraath, powstała na wysypce. Jeżeli zaś kapłan nie widzi białych włosów, a powierzchnia nie jest głębsza i jest ciemniejsza, ma on chorego odosobnić na siedm dni. A gdy się choroba rozszerzyła na skórze, ma go kapłan uznać za nieczystego; gdy zaś plama ograniczyła się i nie posunęła się dalej, to jest to blizna po zapaleniu i kapłan uzna go czystym."

Ta trzecia postać „zaraath" powstaje na miejscu wysypki albo zapalenia skóry i ma te same cechy jak postać pierwsza, a więc białe włosy, drążenie w głąb i dążność do rozszerzania się. Mogą to więc być wypryski i zapalenia skóry, a co ważne, plamy biało-różowe mogą być i plamami trądu plamistego, które jak i guzy trądowe mają zabarwienie blado-różowe, blado-czerwone lub też blado-brunatne. Jeżeli takie plamy w czasie odosobnienia chorego albo później się powiększają, to jest to „zaraath," a chory jest „nieczystym."

IV. Wiersz 24—28: „Jeżeli się ktoś sparzył przy ogniu i na miejscu oparzenia powstaje plama biało-różowa lub biała, a kapłan widzi, że włosy stały się białe i plama drąży w głąb skóry, to jest to zaraath, wybuchła w miejscu oparzenia i kapłan uzna go za nieczystego. Gdy jednak nie ma białych włosów i plama nie jest głębsza od skóry, a nawet ciemniejsza, ma go kapłan odosobnić na siedm dni. A gdy kapłan zobaczy siódmego dnia, że plama się powiększyła na skórze, niech uzna chorego za nieczystego, bo to jest plaga zaraath. Jeżeli zaś plama zostaje na miejscu i nie posunęła się na skórze i jest ciemniejsza, to go kapłan uzna za czystego, bo jest to tylko blizna z oparzenia".

Ta czwarta postać „zaraath," powstała w miejscu oparzenia, cechuje się temi samemi znamionami, jak poprzednie: biało-różowa lub biała plama, drążąca w głąb, bielenie włosów i dążność do rozszerzania się. Lecz muszę zwrócić uwagę, że powstałą w miejscu oparzenia „zaraath" mogły być i rany z oparzenia u cierpiących na trąd znieczulający, któreto rany trudno się zabliźniają. A więc możnaby odwrotnie tłómaczyć zdanie biblii i mówić o oparzeniach u chorego na „zaraath," zamiast o „zaraath" w miejscu oparzenia.

V. Wiersz 29—37: „Jeżeli ktoś ma wysypkę na głowie albo na brodzie i kapłan widzi, że wysypka drąży w głąb skóry i są na niej włosy cienkie, złotawo-żółte, niech go uzna za nieczystego, bo to jest parch, to jest zaraath głowy lub brody. Jeżeli zaś kapłan widzi wysypkę i widzi, że nie drąży w głąb skóry i ciemnych włosów nie ma w niej, ma on chorego odosobnić na siedm dni. A gdy go obejrzy siódmego dnia i widzi, że wysypka się nie rozszerzyła, nie ma w niej złotawo-żółtych włosów i nie drąży w głąb skóry, należy zgolić chorego, lecz miejsca parchu nie zgolić [5]) i kapłan odosobni chorego po raz wtóry na siedm dni. Gdy kapłan widzi siódmego dnia, że parch się nie rozszerzył na skórze i nie idzie głębiej w skórę, niech chory czyści swoje ubrania i jest czystym. Gdyby zaś mimo to parch się potem rozszerzył, nie potrzebuje nawet kapłan szukać złotawo-żółtych włosów, bo chory taki jest nieczysty. Skoro parch pozostał na temsamem miejscu i rosną w nim czarne włosy, jest on wyleczony i kapłan uzna chorego czystym".

Ta piąta z rzędu postać „zaraath" obejmuje choroby skóry pokrytej włosami, mianowicie głowy i brody. Jej znamionami cechującemi są: sięganie w głąb skóry, cienkie złotawo-żółte włosy i dążność do powiększania się. Możemy więc tu umieścić znane choroby skóry porosłej włosami, jak strupień woszczynowaty, liszaj wyłysiający, figówkę, wyłysienie plackowate (*alopecia areata*) i wilk rumieniowy głowy, pokrytej włosami.

VI. Wiersz 38—44: „Jeżeli mężczyzna albo kobieta dostanie na skórze ciała plam białych lub ciemno-białych, to jest to wysypka na skórze, a chory jest czystym. Jeżeli komu wypadają włosy na głowie, ma on łysinę tylną i jest czystym. A jeżeli komu wypadają włosy na głowie ze strony twarzy, to ma on łysinę przednią i jest czystym. Gdyby zaś na łysinie tylnej albo przedniej powstała wysypka blado-różowa, to jest to zaraath, wybuchła na łysinie tylnej albo przedniej. Jeżeli więc kapłan widzi wyniosłości blado-różowe na łysinie tylnej lub przedniej, które wyglądają jak zaraath na skórze, to chory ma zaraath na głowie, a kapłan niech go uzna zupełnie nieczystym."

W szóstym ustępie jest mowa o blado-różowych wyniosłościach na łysinie, które oprócz innych wykwitów mo-

---

[5]) Miszna (Negaim X, 5) każe zostawić naokoło parchu parę włosów zdrowych, by po tygodniu łatwiej rozpoznać, czy choroba się szerzy lub nie.

głyby najłacniej oznaczać blado-różowe plamy i guzy trądu na łysinie trędowatych. Wiadomo bowiem, że włosy na naciekach trędowatych wypadają, a brwi u trędowatych również znikają.

Ciekawe i przytoczenia godne są także dalsze przepisy hygieniczne o „zaraath.“ Wiersz 45, 46: „Jeżeli kto jest dotkniętym zaraath, należy rozdzierać jego odzież, włosy na głowie mają bujać, a głowa ma być pokrytą aż po wargi (tak by tylko oczy i nos wyzierały) i „nieczysty, nieczysty!“ ma on przed sobą wołać. I cały czas trwania plagi jest on nieczystym i ma mieszkać osobno poza obozem.“

Takie same ostre przepisy wiązały trędowatych w wiekach średnich, kiedy chorzy ci musieli żyć odludnie, chodzić z głową zawiniętą i dzwonkiem w ręku ostrzegać ludzi, by się nie zbliżali do trędowatego. Do miast ich również nie wpuszczano.

Następuje jeszcze opis, jak kapłan postępuje przy orzeczeniu, czy chory, który z powodu „zaraath“ mieszkał osobno poza obozem, jest czystym. Wreszcie są jeszcze przepisy o „nega zaraath“ odzieży i domów (wiersz 47—59). „Zaraath“ odzieży występuje jako zielonkowate albo różowe plamy na szatach wełnianych, płóciennych lub na przedmiotach skórzanych. Zaraath domów tworzy zielonkowate lub różowe zagłębienia w ścianach. Chodzi więc o grzybki i naloty na sukniach i o grzyb murów. (Dok. nast).

IV. Wyciągi.

Sturmann. **Przypadek podwójnej muszli dolnej.** (*Berliner klin. Wochs.* 1901, Nr. 28). Autor podaje przypadek, w którym zauważył podwójną muszlę dolną nosa po obydwu stronach. Przypadek ten dotyczył chorej z otokiem ropnym jamy Highmora po stronie prawej. Badanie prawej strony nosa na pierwszy rzut oka nie przedstawiało nic nieprawidłowego; autora jednak uderzyła okoliczność, że przy przepłókiwaniu od strony wyrostka zębodołowego płyn wychodził ponad muszlą, którą autor uważał za muszlę środkową. Przy dokładniejszem badaniu, kiedy obrzęk błony śluzowej się zmniejszył, przekonał się autor, że w górze ponad tymi dwoma utworami znajduje się muszla, która odpowiada muszli środkowej. Taki sam obraz przedstawia i strona lewa, czyni to wrażenie, jakby muszla dolna była przedzielona wzdłuż na dwie części.

Dr. Teofil Zalewski.

Gutzmann. **O leczeniu niemoty.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1901, Nr. 28). Autor podaje w ogólnych zarysach sposób leczenia niemoty zapomocą odpowiednich ćwiczeń w wymawianiu. Ćwiczenie zaczyna się od wymawiania łatwych samogłosek przechodząc stopniowo do łatwych i trudnych spółgłosek. Następnie, przechodzi się do słów i zdań. Autor osiągnął w kilku przypadkach niemoty tak ruchowej, jak i czuciowej zupełnie zadawalające wyniki. W przypadkach autora niemota trwała od 1½ do 10 lat. Już w ciągu 3—6 miesięcy następowała znaczna poprawa, a niektóre przypadki można nawet uważać za zupełnie wyleczone. Dla wyjaśnienia tego należy przypuścić, że przy zupełnej niemocie czynności lewej połowy mózgu obejmuje połowa prawa. Celem ćwiczeń jest właśnie wykształcenie odpowiedniego ośrodka w prawej połowie mózgu. Do ćwiczeń w wymawianiu dołącza autor ćwiczenia w pisaniu lewą ręką; ma to wpływać dodatnio na wykształcenie prawej połowy mózgu do delikatnych ruchów, jakimi są ruchy mięśni, biorących udział w artykulacyi. Twierdzenie to opiera autor na tem, że u ludzi, którzy używali ręki lewej, w przypadkach niemoty kilka razy przy sekcyi stwierdzono ognisko chorobowe po stronie prawej. Broca przyjmuje ścisły związek między używaniem jednej lub drugiej ręki, a wykształceniem się ośrodka mowy po odpowiedniej stronie. Bernhardt uważa dlatego za rzecz odpowiednią, by dzieci uczyły się władać zarówno obydwiema rękami, by tym sposobem wykształcić dwa ośrodki mowy. Ćwiczenia w niemocie dawniej stosowali już Broca i Trousseau. W ostatnich czasach szczególnie we Francyi cieszy się ten sposób uznaniem. Ćwiczenia te mają widoki powodzenia przedewszystkiem w przypadkach niemoty ruchowej, ale Gutzmann stosuje je i w przypadkach niemoty czuciowej; używa przytem sposobu, jaki służy do nauczania głuchoniemych.

Dr. Teofil Zalewski.

Vidal. **Przyczynek do nauki o leczeniu niemoty.** (*Münchner med. Wochs.* 1901, Nr. 32). O leczeniu niemoty nawet w bardzo obszernych podręcznikach nic się nie mówi. W ostatnich czasach specyalnie zajmuje się tym przedmiotem Gutzmann. Wielu zarzuca ćwiczeniom mowy przy niemocie, że niemota przecież i samoistnie poprawić się może, pomimo ćwiczeń i że z powodu tego nie możemy ocenić wartości ćwiczeń. Na to autor powiada, że trudno przypuścić, żeby w każdym przypadku niemota zaczęła się poprawiać samoistnie, szczególnie w tym samym czasie, kiedy zaczęto ćwiczenia, a do rozpoczęcia ćwiczeń stan niemoty był bez zmiany. Największe widoki na dobry wynik ma niemota ruchowa (motoryczna); w tych przypadkach, gdzie są zaburzenia w pamięci, brak pamięci stoi na przeszkodzie ćwiczeniom. By ćwiczeniami osiągnąć wynik dodatni, muszą one być przeprowadzone systematycznie, a do tego koniecznem jest dokładne zbadanie, których zgłosek specyalnie brakuje choremu. Przeszkodą w ćwiczeniach jest i to, że niektórzy chorzy szybko się nużą tak, że nie mogą wytrzymać nawet najkrótszych ćwiczeń. Autor podaje świeży przypadek niemoty, gdzie po pięciu tygodniach prawie różnicy w mowie zauważyć nie było można. Niemota w tym przypadku nie była zupełna, ale chory był zmuszony porozumiewać się z otoczeniem za pomocą ołówka.

Dr. Teofil Zalewski.

Gebele (Monachium). **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 33, 1901). W ostatnich czasach mnożą się przypadki niedrożności jelit, leczonej atropiną, — pomimo że przy staranniejszem rozpatrzeniu rzeczy, nie wytrzymałyby należytej krytyki. Większość bowiem autorów rozpoznaje bezwzględnie i ogólnikowo „ileus“ jedynie na podstawie wywiadów i przedmiotowych objawów nie uwzględniwszy wcale, lub bardzo mało, dokładniejszych przyczyn, wywołujących w danym razie niedrożność. W przypadkach niedrożności porażennej lub skurczowej, są istotnie wskazane środki wewnętrzne, — najczęściej narkotyczne, jak makowiec; w ostatnich zaś czasach występuje na pierwszy plan atropina, która obok swego rzeczywiście korzystnego działania miejscowego prowadzi zbyt łatwo do zatrucia, szczególnie w zalecanych jednorazowo dawkach po 0·003—0·005: makowiec znów pociąga za sobą często zaburzenia żołądkowo-jelitowe i przeciwdziała koniecznym a wskazanym wlewaniom, lub łagodnym środkom rozwalniającym, które niekiedy bardzo byłyby pożądane. Największy jednak zarzut, jaki możnaby zrobić obydwom tym lekom, jest to, że mącą na dłuższy czas cały obraz chorobowy, skutkiem czego nie można śledzić z dnia na dzień przebiegu choroby. Z tych przyczyn należy dać pierwszeństwo morfinie. Być może, że atropina skutecznie działa w cięższych przypadkach zaparcia stolca, ale w niedrożności jelit pochodzenia mechanicznego jest to wprost wykluczone, — a stosowanie tego środka, np. w niedrożności skutkiem skręcenia jelit byłoby wprost „błędem w sztuce lekarskiej“. Jakże bowiem zdoła atropina usunąć n. p. zagięcie jelit, odsznurowanie, uwięźnięcie, lub wreszcie skręcenie? teoretycznie jest to rzeczą niemożliwą, a praktycznie niestwierdzoną: owszem, że przeciwnie się dzieje, dowodzą Marcinkowski, Hochtlen i wielu innych.

Co się tyczy „ileus obturatorius“, to jeśli nie można po atropinie spodziewać się poprawy w niedrożności, powstałej skutkiem guzów, to tembardziej nie wystąpi korzystny skutek w przypadkach wgłobienia jelit, lub zamknięcia światła przez ciała obce (kamienie kałowe, żółciowe itp.). Po zastosowaniu bowiem atropiny w takich razach mogą wprawdzie ustąpić chwilowo objawy gwałtowne, jak bolesność, wymioty, bębnica itp., ale cały obraz chorobowy zostaje zmieniony, traci się przez to odpowiednią do zabiegu chirurgicznego porę, aż nagle choroba z podwójną gwałtownością występuje po raz wtóry, przyczem zejście śmiertelne bywa nieuniknione. Autor opisuje podobny przypadek, w którym rozpoznano „ileus obturatorius“ i podano w 4-tym dniu choroby atropinę, jako *ultimum refugium;* nastała poprawa, bolesność brzucha i wymioty ustąpiły i uważano chorą za uratowaną, mimo że wypróżnienia jeszcze nie było. Stan taki trwał trzy dni, — gdy nagle gwałtowne objawy się powtórzyły, i zmusiły do operacyi. Stwierdzono niedrożność skutkiem kamienia kałowego, — chora zmarła. Wobec tego autor twierdzi, że jeśli już w przypadkach niedrożności wskazany jest środek wewnętrzny, należy zawsze dać pierwszeństwo morfinie; — w innym razie jedynem wyjściem jest zabieg operacyjny; obok tego płókania żołądka i częste wlewania do odbytnicy po kilka litrów oliwy, lub olejku rącznikowego dziennie.

Dr. Henryk Pisek.

Goldman (Wiedeń). **Leczenie gruźlicy płucnej ichtyolem** (*Ammonium sulfo-ichtyolicum*) **w połączeniu z węglanem kreozotu** (*creosotum carbonicum*). (*Wiener medicin. Presse* Nr. 29

i 30. 1901). Stosowanie ichtyolu w gruźlicy płuc nie jest nowością — pierwszym był Unna, który lek ten w suchotach podawał, dalej Scarpa w Turynie, wreszcie Cohn w Hamburgu, zaznaczając ogólnie pomyślny wpływ tego środka. Autor, zachęcony tymi wynikami, zastosował ichtyol w połączeniu z kreozotalem na większą skalę w szczególności u 150 chorych gruźliczych, należących do sfery robotniczej. Zauważyć należy, że byli to chorzy z wyraźnymi naciekami szczytowymi, może być, że i z jamami płucnemi, które jednak były za małe, aby je można było przedmiotowo stwierdzić; rozpoznanie opierało się na kilkakrotnem starannem badaniu, drobnowidowem, które nadto wykazywało czasami i włókna sprężyste, jako dowód zniszczenia tkanki płucnej. W przypadkach z wyraźnemi jamami płucnemi nie było żadnej poprawy po ichtyolu, — jedynie początkowo łaknienie się nieco poprawiało, ale przypadki te kończyły się zwykle niepomyślnie. Przepis podawania ichtyolu z kreozotalem był następujący: *Rp. Creosoti carbon. »Heyden« 15,00 Solve in spirit. vin. rectif. q. s. Ichtyol-Ammon. 10,00 Aq. Menth. pip. 180,00* M. D. S. trzy łyżeczki dziennie w słodzonej czarnej kawie przed jedzeniem, podwyższając dawkę co tydzień o jedną łyżeczkę dziennie (aż do 5): można też podawać pigułki t. zw. ichtosowe, z których każda zawiera 0·10 ichtyolu i 0·04 kreozotalu. Dla dzieci do lat 16-tu zmniejsza się w poprzednim przepisie ichtyol do 5,00, a kreozotol do 10,00. Autor stosował te przetwory, — jak poprzednio nadmieniono w 150-ciu przypadkach gruźlicy płuc i wyraża się nader pochlebnie o otrzymanych wynikach, — w szczególności zaś podnieść należy, że łaknienie znacznie się poprawia, poty nocne, zarówno jak i męczący kaszel ustępują, nadto stan ogólny wzmacnia się, przyczem podnosi się także waga ciała.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. W. Reiss (Kraków). **Dwa przypadki rzadkiego umiejscowienia zmiany kiłowej pierwotnej.** (*W. med. Pr.* Nr. 31, 1901). Obydwa przez Prof. Reissa opisane przypadki zaliczyć należy do niezwykle rzadkich. W pierwszym zmiana pierwotna (*sclerosis initialis*) znajdowała się na skórze klatki piersiowej w linii pachowej lewej. Powstała po ukąszeniu przez kobietę, mającą zmiany kiłowe w ustach. Mężczyzna zaś dotknięty był zboczeniem popędu płciowego t. zw. *masochismus*. Wzwód prącia następował u niego tylko po namiętnych ukąszeniach kobiety, z którą miał spółkować. Zmiana pierwotna w drugim przypadku usadowiona była na zewnętrznej powierzchni muszli usznej. Skaleczenie brzytwą przyjaciela, cierpiącego na kiłę, było jej powodem. Przebieg choroby był w obydwu przypadkach lekki, coby przemawiało przeciw twierdzeniu wielu autorów, że po zmianach pierwotnych usadowionych poza częściami płciowemi przebieg bywa cięższy. *Dr. Boczar.*

Whinfield Bartlett. **Przypadek leczenia gruźlicy wolnem powietrzem w domu.** (*The Lancet* 20 kwietnia 1901 r.). Autor opisuje ciekawy przypadek daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach, który leczył wolnem powietrzem w zwyczajnych warunkach domowych z wybitnie korzystnym wynikiem. Była to 38-letnia chora, cierpiąca od kilku lat na gruźlicę. W chwili rozpoczęcia leczenia wolnem powietrzem, stan jej był bardzo ciężki: wysoka ciepłota, silny kaszel, znaczne wycieńczenie, ogólne osłabienie i t. d. Całe lewe płuco było nacieczone, z jamą w szczycie i zajęciem opłucnej; w płucu prawem dawał się stwierdzić początkowy okres nacieku w szczycie. W plwocinie stwierdzono prątki gruźlicze w niewielkiej ilości.

Wobec małej nadziei skuteczności zwykłych zabiegów, B. zalecił całodzienny pobyt na powietrzu. W tym celu urządzono w ogrodzie improwizowany szałas, odsłonięty na południe, w którym chora przebywała od rana do zachodu słońca; szałas był zabezpieczony od wiatru okiennicami, a w środku ustawiony miał piecyk z rurą; pomimo chłodu (było to w m. lutym) chora, leżąc w łóżku albo siedząc na fotelu, czuła się doskonale w tych warunkach; wieczorem wracała do mieszkania, ale i tu w pokojach, gdzie spędzała wieczór i noc, okna były cały czas otwarte i tylko parawan oddzielał w sypialni łóżko od okna. Zimna chora nie czuła i tylko w bardzo wietrzne dni z domu nie wychodziła; w dnie zaś pogodne, przechadzała się. Dyety żadnej C. nie zalecał, ale chora sama miała wstręt do mięsa i ciężkich potraw — tak, że całe pożywienie jej stanowiły: mleko w ilości około $1^1/_2$ litra na dobę, jaja (1 na dobę), trochę słoniny, chleb z masłem, kleik, czasem trochę mięsa lub jarzyn. W ciągu pierwszych 3—4 miesięcy chora zażywała kreozot (po 1 granie 3 razy dziennie); robione też były wdychiwania z terpentyny i podawano wewnątrz lek, łagodzący kaszel. Lekarz odwiedzał chorą z początku 2 razy na tydzień, potem coraz rzadziej. Ciepłotę mierzono ściśle 2 razy na dobę i ważono chorą co tydzień.

Już po dwóch tygodniach takiego leczenia chora zaczęła się czuć lepiej; kaszel i plwocina zmniejszyły się, ciepłota wieczorna spadła niżej 37,8° C; waga zaczęła się powiększać; w pierwszych 6 tygodniach przybyło chorej 7 funtów; potem 2 miesiące trwały bez zmiany — i w tym czasie ciepłota była o 1 stopień wyższą od prawidłowej; w kwietniu nastąpiło pogorszenie, ciepłota podniosła się do 39° C; zwiększyło się osłabienie, chrypka, kaszel. Lekarz zalecił przez jakiś czas nie wychodzić z domu i pozostać w łóżku. Pod wpływem spokoju i częstych wdychiwań z *tinct. benz. comp.* objawy złagodniały — i po paru tygodniach chora znów zaczęła spędzać cały czas na wolnem powietrzu. Odtąd, z wyjątkiem niewielkiego pogorszenia w maju, polepszenie było stałe, choć powolne. Obniżenie ciepłoty i przybywanie na wadze szły równolegle. W sierpniu ciepłota doszła do prawidłowej i odtąd nie podniosła się więcej; waga ciała była wtedy 102 f., a ku końcowi roku doszła już do 114 f. i taką pozostała do lutego 1901 r.

Po roku leczenia wolnem powietrzem chora zmieniła się do niepoznania: utyła, nabrała zdrowej cery, kaszel prawie znikł, bóle ustąpiły. Objawy w płucu lewem zmieniły się tylko tyle, że rzężenia dźwięczne i tarcie opłucnowe znikły. W płucu prawem również początkowe objawy nacieku ustąpiły. Prątków gruźliczych w plwocinie nie stwierdzono więcej. Zaznaczyć należy, że miejscowość gdzie chora przebywała, nie przedstawiała żadnych korzystnych warunków; była to wieś, co prawda, ale leżąca w dolinie, gdzie mgła i wilgoć były częste. Ważną była natomiast rozsądna pomoc chorej i otaczających.

St. Rudzki.

Joseph Bellei. **Znużenie umysłowe u dzieci szkolnych.** (*The Lancet* 11 maja 1901 r.). Autor badał stopień zmęczenia u dzieci w szkołach Bolońskich w stosunku do przedmiotów pracy i czasu. Metodę badania wybrał B. bezpośrednią, określając stopień uwagi, z jaką dzieci pisały dyktando w różnych godzinach (ilość błędów i poprawek wskazywała na stopień zmęczenia). Badanie objęło 2760 dyktand, napisanych przez 320 chłopców i 140 dziewczynek w wieku przeciętnie 11 i pół lat. Wynik tych badań autor streszcza jak następuje:

1) Wpływ pewnych przedmiotów naukowych na stopień znużenia zauważyć się nie daje. 2) Pierwsza lekcya poranna przynosi pożytek, gdyż dzieci są w stanie przezwyciężyć nieuwagę, z jaką przybywają do szkoły. 3) Lekcye poranne nie wywołują wielkiego zmęczenia umysłu. 4) Południowy odpoczynek jest dla dzieci bardzo pożyteczny, gdyż nie niszczy on wyników dodatnich pracy porannej i pozwala dzieciom wykonywać potem dalszą pracę lepiej, niż po długim wypoczynku, jak to bywa zrana. 5) Chociaż bezpośrednio po południowej rekreacyi dzieci znajdują się w najlepszych warunkach do pracy umysłowej, to jednak godzina lub około tego pracy popołudniowej wystarcza, żeby wywołać zmęczenie umysłu, przy którem praca — ku końcowi lekcyi południowej — była najgorszą z całego dnia. Zatem chociaż poranna praca umysłowa nie męczy sama przez się, to jednak wyczerpuje energię umysłową dzieci do tego stopnia, że nawet lekka praca popołudniu wywołuje już silne zmęczenie umysłu. *St. Rudzki.*

Edward Marten Payne. **Dwa przypadki raka, leczone kakodylanem sodowym.** (*The Lancet*, 25 maja 1901 r.). Autor opisuje dwa przypadki raka, nie nadające się już do operowania, w których zastosowanie kakodylanu sodowego wywołało znaczne polepszenie. W pierwszym przypadku był rak macicy: po trzech miesiącach leczenia upławy krwawe ustały, waga ciała zwiększyła się prawie o 8 funtów, siły przybyły, cera stała się zdrową, (czy miejscowe owrzodzenia szyi macicznej zagoiły się, nie można było określić, gdyż chora nie pozwoliła na powtórne badanie przez pochwę). Zastrzykiwania podskórne odbywały się raz na dzień, najpierw w dawce 0,02, w dniu następnym 0,04, w trzecim 0,05, i w tej dawce wstrzykiwano lek cały miesiąc, poczem autor przeszedł do 0,075, — najwyższej dawki w tym przypadku, którą stosował przeszło miesiąc; wobec silnych bólów od ukłóć, zaprzestał wstrzykiwań i zapisał tensam przetwór wewnętrznie po 0,025 trzy razy dziennie; po 18-tu dniach chora przestała zażywać lekarstwo, uważając siebie za zupełnie zdrową.

W drugim przypadku spostrzegał autor u 70-letniego starca następujące objawy: w środku górnej powierzchni języka głębokie zaklęśnięcie, a poniżej niego stwardnienie wielkości dużego laskowego orzecha, w którym rozpoznano raka, nie nadającego się do operacyi wobec wieku chorego. Rozpoczął tedy autor zastrzykiwania kakodylanu sodowego, najpierw w małej dawce, a następnie podwyższając ją aż do 0,075. Chory uczuł się lepiej od samego początku tego leczenia: po 6-ciu tygodniach guz rakowy nietylko nie powiększył się, lecz nawet cokolwiek zmalał; powierzchnia języka mniej była wciągniętą; gruczoły chłonne na szyi, które pewien czas były powiększone, sklęsły.

Przypadki te znaczenia decydującego nie mają oczywiście, ale pozwalają przypuszczać, że kakodylan sodowy jest skutecznym środkiem paliatywnym przy rakach, nie nadających się do operacyi,

gdyż sprawa chorobliwa co najmniej wstrzymuje się w swym rozwoju. Działanie tego leku tłómaczy autor zgubnym wpływem arszeniku nawet podawanego wewnątrz na komórki nabłonkowe: zdrowe dłużej opierać się mogą, — natomiast schorzałe, np. rakowe prędko giną od przetworów arsenu. *St. Rudzki.*

Geissler i Japha. **Niedokrewność małych dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 53, tom 3, zeszyt 6). Zmiany czerwonych ciałek krwi, szczególnie wystąpienie komórek ziarnistych, jest u dzieci objawem chorobowym, zaś ilość leukocytów i stosunek odsetkowy do limfocytów może być zwiększony. Podział niedokrewności u dzieci wedle ilości leukocytów jest bezcelowy, gdyż leukocytoza jednojądrzasta jest często objawem przejściowym. Obrzęk śledziony nie jest objawem różniczkowo-rozpoznawczym, gdyż występuje tak w lekkich, jak i w ciężkich postaciach niedokrewności, a nieraz nawet pojawia się, choć niedokrewności niema. U małych dzieci krzywiczych spotyka się zmiany we krwi, okazujące stopniowanie od lekkiego zmniejszenia ilości hemoglobiny i ciałek krwi czerwonych aż do wystąpienia megaloblastów. Ciężkie te postacie niedokrewności łączą się stale z obrzękiem śledziony, i można je nazwać *anaemia splenica*, lecz to nie jest jeszcze dowodem, że ta choroba jest sprawą pierwotną i swoistą. Przez nazwę *anaemia pseudoleucaemica* rozumieć należy rozmaite stany, z których pewna część należy do ciężkiej przewlekłej niedokrewności *(anaemia splenica)*, a pewna część do białaczki. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Th. Heiman (Warszawa). **O guzie perlistym** (*Cholesteatoma)* **ucha.** (*Medycyna* 22 i 23, 1901). Na sprawę powstawania żółciołojaka istnieją dotąd następujące trzy główne poglądy: 1) jako nowotwór heteroplastyczny (Virchow), 2) jako wytwór retencyjny i zapalny (Tröltsch, Politzer i in.), 3) wreszcie, jako połączenie obu tych poglądów. Lubo wszystkie przez H. spostrzegane przypadki były następstwem spraw patologicznych w uchu środkowem, uważa on przecież wystąpienie pierwotne żółciołojaka za możebne, przyznaje jednak, że żaden z panujących obecnie poglądów nie wyjaśnia w sposób zupełnie zadawalniający genezy żółciołojaka i jego etyologii. Nie ulega też wątpliwości, że istnieje związek między przewlekłą sprawą ropną w uchu a owemi masami perlistemi, występującemi głównie przy ziarninach w jamie bębenkowej, przy braku częściowego albo całkowitego błony bębenkowej, szczególnie przy przedziurawieniu błony Shrapnela itp. Żółciołojak kości skroniowej może dojść znacznych rozmiarów i dłuższy czas istnieć, nie wywołując objawów próchniczych, ani znaczniejszych dolegliwości, częściej jednak spowoduje różnego stopnia ubytki i wyżłobienia w kości, ważne i głębokie sprawy zapalne, oraz objawy podmiotowe. Zwłaszcza dostanie się płynu lub pary wodnej do ucha wywołuje napęcznienie guza i następowo gwałtowne objawy odczynowe, dotkliwy ból głowy, wysoką gorączkę itd., z powodu zastoju ropy i może doprowadzić do zapalenia przetoki poprzecznej, opon mózgowych, lub do ropnia mózgu. Rzadziej zdarza się, że masy naskórkowe wydalają się na zewnątrz przez przewód uszny zewnętrzny, przez otwór w wyrostku sutkowym lub w tylnej ścianie przewodu i następuje wyleczenie.

Rozpoznaje się tę chorobę, gdy z ucha wydalają się masy, złożone z warstw naskórka spółśrodkowo ułożonych, barwy białej, perłowej masy, lub brunatno-żółtej. Cuchnąca ropa, zawierająca blaszki naskórka i dużo cholestearyny, budzi podejrzenie na żółciołojak; należy go uważać za nowotwór pierwotny, jeżeli jest brak przedziurawienia i blizny w błonie bębenkowej, dalej, gdy na wiele lat przed wydalaniem się jego na zewnątrz rozwija się głuchota nerwowa skutkiem uszkodzenia błędnika, bez uprzedniego zapalenia i ropienia w uchu, gdy to ostatnie jest pochodzenia niedawnego, a guz jest tak wielki, że rozwój jego musiałaby poprzedzić długotrwała sprawa ropna w uchu. Rokowanie, z powodu trudnej wyleczalności, skłonności do nawrotów i groźnych powikłań śmiertelnych ze strony jamy czaszkowej, oraz zakażenia ustroju, jest niekorzystne. Leczenie zachowawcze polega na systematycznem usuwaniu mas cholesteatomatycznych zapomocą przestrzykiwania zgiętemi rurkami bębenkowemi, lub zapomocą innych narzędzi, względnie na usuwaniu uklejów, ziarnin, próchniczych kostek słuchowych i t. d. Żółciołojak wyrostka sutkowego wymaga operacyi t. zw. doszczętnej. Gdzie przewód zewnętrzny dość jest obszerny, masy te łatwo dają się wydalać przestrzykiwaniem, a chory pozostaje w ciągłej systematycznej kontroli lekarza, tam można próbować dojść do celu zapomocą leczenia zachowawczego. Zaś przy utrudnionych warunkach usuwania tych mas perlistych, niemożności ciągłej obserwacyi lekarskiej i obecności podmiotowych a dotkliwych objawów, jak bólu i zawrotu głowy, należy najspieszniej przystąpić do operacyi doszczętnej. *Spira.*

Cramer. **O wyrównaniu przemiany materyi** (*Stoffwechselgleichung*) **u noworodka** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Zeszyt 1 i 2). Autor przeprowadził badania szczegółowe na pięciu noworodkach, a wyniki tych badań składa w następujących twierdzeniach: Codzienne ważenie noworodka nad ranem daje pewne wskazówki do ocenienia jego wzrostu. Zubożenie noworodka w wodę powoduje w pierwszych dniach życia bezwzględne, a w stosunku do ilości przyjętego pokarmu względne zmniejszenie wydzielania moczu tak, iż przy jednakim dowozie pokarmu dzienna ilość moczu w pierwszym tygodniu życia stopniowo się wzmaga. Od dziesiątego dnia życia dzienna ilość moczu wśród korzystnych warunków odżywiania i rozwoju wynosi około 70% wprowadzonego do ustroju płynu. Wydzieliny gazowe u noworodka i oseska w małych odstępach czasu ulegają znacznym wahaniom U noworodka wydzieliny te bezwzględnie i względnie są słabsze, aniżeli u starszego oseska, z powodu mniejszego nasilenia przemiany materyi i odruchów, oraz z powodu mniejszej zawartości wody. U przedwcześnie urodzonego dziecka już w pierwszych 10-ciu dniach życia wydzielanie gazów jest wzmożone. *Dr. Jan Landau.*

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Dokończenie Sekcyi lekarskiej)

60. Docent A. Velich (Praga). **Doświadczenia z lekami tamującymi krwotoki płucne.** Jeżeli zastrzykniemy do żyły królikowi lub morskiej śwince wyciąg sporyszu *(secale cornutum)*, piperydyny, nikotyny, koniiny, lub wyciąg z nadnercza, to pomimo znacznego zwężenia światła naczyń w całem ciele, naczynia płucne się nie zwężają, a barwa płuc po takiem wstrzyknięciu nie zmienia się; ciśnienie w tętnicy płucnej pozostaje prawie jednakowe, po nacięciu zaś płuc krwotok prędzej się powiększa, niżeli zmniejsza.

Wobec tego nie uważa autor stosowanie leków tych za uzasadnione.

61. Dr. O. Koso (Praga). **Oznaczanie ilości żelaza we krwi (ferrometria kliniczna).** Według K. oznaczanie ilości Fe we krwi na podstawie ilości hemoglobiny nie jest ścisłem. Przekonania tego nabrał autor, badając 50 przypadków niedokrewności, bądź pierwotnych, bądź też następowych zapomocą ferometru Jollesa. W 48% liczby otrzymane ferometrem J. były mniejsze od liczb, otrzymanych przez obliczanie Fe z oznaczonej hemoglobiny; w 22% zaś odwrotnie, a tylko w 30% obie metody wykazywały jednakowe ilości żelaza. Z tego wynikałoby, że ilość żelaza we krwi, ilość hemoglobiny i barwa krwi są niezależne od siebie, i że do teraźniejszych metod badania krwi dołączyć trzeba jeszcze i ferometrye.

62. Prof. J. Hlava (Praga). **Adenia maligna.** Do *adenia maligna* zalicza Hlava postępujące bujanie tkanki gruczołowej tak w gruczołach chłonnych, jak i w innych narządach, jeżeli bujanie to niema cechy zapalnej, swoistej (gruźlica, kiła), lub odrodczej. Według niego należy tu więc: *lymphoma malignum*, *myeloma*, *mycosis fungoides*, *chloroma*, a także te przypadki, które oznaczano jako *lymphosarcoma* narządów, lub jako *pseudoleukaemia*, lub *splenomegalia* Bantiego.

Pomiędzy 15.200 przypadków sekcyjnych 42 razy znalazł H. *adenia mal.*; oprócz tego było 10 przypadków, które klinicznie przebiegały jako białaczka rzekoma, w rzeczywistości zaś były gruźlicą gruczołów. Przypadki *adenia maligna* dzieli H. na następujące gromady: 1. zajęte są wszystkie gruczoły, względnie znajdują się chłoniaki i w szpiku kostnym i narządach (*lymphomatosis universalis*). 2. Choroba zaczyna się od pewnej gromady gruczołów i przechodzi na dalsze gruczoły, lub narządy (*lymphoma malignum*). 3. Punktem wyjścia choroby są pojedyncze narządy (migdałki, jelito, szpik kostny (*myeloma*), śledziona (*splenomegalia*), skóra (*mycosis multiplex fungoides*). Autor nie uważa *adenia maligna* za sprawę nowotworową, jak np. Ribbert, ani za nowotwór zakaźny, jak Lubarsch, Paltauf, Ziegler, lecz uważa ją za swoiste bujanie tak miąższu, jak i podłoża tkanki gruczołowej, przyczem nie zaciera się nigdy zupełnie budowa tkanki chłonnej. Według Hlavy chłoniaki narządów nie powstają w ten sposób, jak przerzuty nowotworowe, t. zn. przez przeniesienie cząsteczki samego nowotworu pierwotnego, tylko przez przenoszenie przyczyny, podobnie jak t. nazw. „typhomy“ w durze brzusznym, lub jak zołzy.

Co do właściwej przyczyny *adenia mal.*, to jakkolwiek nie udało się autorowi wykryć drobnoustrojów swoistych, to przecież

jest on zdania, że jest to choroba zakaźna krwi lub narządów krwiotwórczych. Zdanie to opiera na doświadczeniu klinicznem (*typhus recurrens chronicus* Ebstein) i na istnieniu endemii *ad. mal.* (kopalnie w Schneebergu w Saksonii, gdzie 75% górników zapada). Doświadczenia autora, dotyczące przenoszenia żywej miazgi z obrzękłej śledziony wprost do śledziony królika, nie doprowadziły dotąd do pewnego wyniku.

63. Docent A. Heveroch (Praga). **Aphasia amnestica.** Demonstracya i wytłómaczenie seryowych preparatów z całego mózgu z ropniem w płacie skroniowym.

64. Dr. V. Reinsberg (Praga). **O gruźlicy serca.** U 35-letniego umysłowo chorego mężczyzny z gruźlicą płuc i gruzełkami w różnych narządach znaleziono gruźlicze zapalenie osierdzia i oprócz tego w mięśniu prawego przedsionka ognisko serowate wielkości jaja gołębiego z gruzełkami w otoczeniu. Drogę powstania ogniska tego upatruje autor w naczyniach chłonnych.

65. Dr. F. Prokop (Praga). **O zatruciu amoniakiem.** Autor omawia symptomatologię i zmiany anatomiczne przy zatruciu amoniakiem na podstawie trzech spostrzeganych przypadków. W obrazie klinicznym, oprócz objawów typowych, zwraca uwagę na jakościowe i ilościowe zmiany krwi.

66. Dr. P. Kučera (Lwów). **Dwa rzadkie powikłania duru brzusznego.** I. U mężczyzny 23-letniego w 4-tym tygodniu duru brzusznego nastąpiła śmierć z powodu odmy piersiowej po stronie lewej. Przy sekcyi znaleziono, oprócz klasycznych zmian durowych, jeszcze zakrzepy posokowate krwotoczne, dążące do sekwestracyi, z których jeden był przyczyną przedziurawienia opłucnej. Punktem wyjścia zakrzepu okazało się zaczopowanie prawej żyły biodrowej. Powstanie skrzepu żylnego, — zresztą dość częstego w przebiegu duru, — dobrze tłómaczą doświadczenia Jakowskiego, który wykazał, że zapomocą prątków okrężnicowego i błoniczego, a zwłaszcza durowego, lub ich jadów, łatwo można wywołać skrzep krwi w żyle, jeżeli tylko w jakikolwiekbądź sposób światło i prąd krwi na tem miejscu ulega zaburzeniu.

II. Mężczyzna 23-letni, chory na dur brzuszny, śmierć w 4-tym tygodniu. Przyczyną śmierci, obok duru było w tym przypadku ropne zapalenie opłucnej po stronie prawej i takie samo zapalenie otrzewnej. Punktem wyjścia zapalenia tego był czyrak w okolicy rzyci, który przeszedł w ropówkę (phlegmone). Z ropówki tej można było wyraźnie śledzić drogę ropienia w tkance około gruczołu krokowego, w gruczole samym, dalej w tkance pozaotrzewnowej do lewego przyczepu przepony, aż do całej lewej połowy przepony, przedstawiającej obraz *diaphragmatitis suppurativa.* Zapalenie ropne przepony dopiero, z jednej strony dało powód do zapalenia opłucnej, z drugiej do zapalenia otrzewnej. Na całej opisanej drodze wykryto bakteryologicznie mięszankę bakteryj: *b. typhi*, *b. coli*, *streptococcus* i *anaërob* bliżej nieoznaczony.

67. Dr. Č. Šimerka (Praga). **Zapalenie opon mózgowych rzekome.** Objawów występujących przy zapaleniu opon mózgowych, nie można odnosić do zmian w samych oponach, lecz do równoczesnych zmian mózgowych. Dlatego też nie zgadza się tak często natężenie objawów klinicznych z natężeniem zmian w oponach. Czasami występują objawy zapalenia opon bez żadnych zmian na oponach, a przypadki tego rodzaju nazwano zapaleniem opon mózgowych rzekomem.

Na podstawie kilku przypadków z kliniki prof. Maixnera sądzi autor, że takie zapalenie opon mózgowych rzekome może być spowodowane jadami różnych bakteryj.

68. Docent V. Mladějovský (Praga). **Leczenie cukrzycy w Zdrojowiskach Maryańskich (Marienbad).** Wiadomo, że do leczenia w zdrojowiskach wogóle nadają się tylko dobrotliwe postacie cukrzycy, t. zw. *diabetes lipogenes* lub *hepaticus.* Ogólnie polecane bywają pod tym względem Wary Karolowe i Vichy; działanie wód tych odnoszono dawniej mylnie do zawartości w nich dwuwęglanu sodowego. Według Pflügera *diab. lipogenes* powstaje wskutek upośledzonej czynności wątroby, przeładowanej tłuszczem. Wspomniane wody mineralne zaś, według autora, jako łagodne środki przeczyszczające, regulują krążenie krwi w rozgałęzieniu żyły bramnej, przez co znowu zmniejsza się ilość tłuszczu w wątrobie i poprawia czynność jej (np. wzmaga się wydzielanie żółci).

Pod tym względem jednak jeszcze energiczniej działa woda Maryańska, a dlatego już z góry przypuszczał autor, że nadaje się może lepiej do leczenia cukrzycy. Doświadczenie jego ogranicza się dotąd tylko do 9-ciu przypadków, jednak wyniki tą drogą otrzymane były tak pomyślne, że autor dochodzi do wniosku: Woda źródła krzyżowego i Ferdynanda w Zdrojowiskach Maryańskich jest energicznym środkiem przeciw cukrzycy i nadaje się lepiej do leczenia jej, nawet niż Wary Karola.

69. Dr. J. Ostřcil (Praga). **Odmrożenie i śmiertelna rana postrzałowa.** W czeskim zakładzie dla medycyny sądowej dokonano tego roku sekcyi zwłok mężczyzny, która wykazała odmrożenie III. stopnia na twarzy, rękach, przedramieniu, na nogach i podudziach po obu stronach. Z narządów wewnętrznych nerki okazywały stan ostrego zapalenia. Oprócz tego pod lewą brodawką piersiową widać było ranę postrzałową, dążącą do wypełnionego krwią osierdzia i przechodzącą w ścianę lewej komory. Kanał postrzałowy w mięśniu sercowym łączył się ze światłem komory tylko na jednem miejscu, wielkości soczewicy. Mężczyznę tego znaleziono zmarzniętym z raną w sercu, odstawiono do szpitala, gdzie w cztery dni później umarł. Wieść głosiła, iż człowiek ten zasnął w zawiei śnieżnej, a kiedy, obudziwszy się spostrzegł, że nogi i ręce jego są odmrożone, postanowił dopiero zadać koniec życiu swojemu. Autor jednak podnosi, że jest nieprawdopodobnem, aby człowiek z odmrożeniem III. stopnia mógł jeszcze rozpiąć surdut i skierować broń, podaje więc tłómaczenie odwrotne.

Co do rany w sercu, to prawdopodobnie łączenie się komory z kanałem postrzałowym w mięśniu sercowym istniało od samego początku, a jest to dlatego ciekawe, że serce przy takiem zranieniu mogło jeszcze przez cztery dni dobrze pracować!

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Dziwną zaiste jest rzeczą, że sprawie mieszkań, pomijając starożytność, przez wiele wieków — żadnej do niedawna nie poświęcono uwagi. Jest to jednak jeden z niezmiernie ważnych czynników naszego bytu, wpływający nietylko na zwyczaje, usposobienie i charakter, ale zarazem i na zdrowie człowieka. Tłómaczyć to można tylko tem, że aż do czasu rozwoju wielkiego przemysłu fabrycznego i z nim połączonego skupiania się ludności, wpływ ten ujemny nie był tak wyraźny. Że rozwój przemysłu i przezeń spowodowane gromadzenie się ludności w miastach przyczyniły się przez pogorszenie warunków mieszkalnych do fizycznego, moralnego i ekonomicznego upadku ludności roboczej, wnosić można ztąd, że państwa, przodujące na polu wielkiego przemysłu, jak Anglia, Francya i Belgia, pierwsze spostrzegły wpływ ujemny przepełnionych i niezdrowych mieszkań i starały się zaradzić złemu odpowiedniemi ustawami. I w Niemczech, od czasu ich zjednoczenia i za nim idącego rozwoju wielkiego przemysłu, sprawa mieszkań stała się coraz więcej piekącą. To też nie po raz pierwszy obradowano w niemieckiem Towarzystwie dla higieny publicznej nad tą sprawą. Zebrania we Frankfurcie 1888 r., w Strassburgu 1889, Brunświku 1890, i w Kolonii 1898 były poświęcone sprawie mieszkań ludności uboższej. Obradowano na nich nad ustawą budowlaną dla całego państwa, ze szczególnem uwzględnieniem warunków taniej i zdrowej budowy małych mieszkań; — dalej nad policyjnym dozorem sposobu używania mieszkań i mieszkaniami dla robotników. Zdawaćby się mogło, że wobec tak licznych zebrań, sprawozdań i rozpraw temat ten w zupełności już wyczerpano i niewiele można powiedzieć nowego, niemniej jednak uważał wydział Towarzystwa za rzecz wskazaną przedstawić potrzebę małych mieszkań w świetle liczb, wskazać co dotychczas na tem polu zrobiono w Niemczech, jak wiele jeszcze zostaje do zrobienia, jakimi prawnymi środkami prywatnymi i publicznymi zdążać należy do poprawy ujemnych stron mieszkań ludności mniej zamożnej.

Już w referatach pierwszych dwóch dni zjazdowych Gaffke i Prausnitz podnosili znaczenie mieszkania w szerzeniu się moru, oraz jako ważnego czynnika w etyologii śmiertelności osesków. Było to niejako wstępem do ostatniego tematu obrad, dla którego obrano najlepszych znawców sprawy mieszkań. Byli nimi naczelnik urzędu lekarskiego w Hamburgu Reincke, tajny radca budownictwa z Kolonii Stübben i starszy burmistrz Frankfurtu n. M. Adickes. Temat brzmiał: „Małe mieszkania w miastach, jak je budować i poprawiać“. Jakkolwiek w Galicyi, wobec małego przemysłu, sprawa mieszkań nie stała się dotychczas piekącą i nie odgrywa zdaje się tak wielkiej roli, jak już n. p. w Warszawie, nie jest ona jednak i dla nas obojętną, zwłaszcza we Lwowie i Krakowie, gdzie ceny mieszkań średnich i małych w porównaniu do ich urządzeń zdrowotnych coraz więcej wzrastają. Do uzdrowotnienia mieszkań, do unormowania stosunków ceny i do poprawy wa-

runków zdrowotnych, moralnych i ekonomicznych, o ile zależą od mieszkania, wielce przyczynić się mogą zarządy miast większych przez wydanie odpowiedniej ustawy budowlanej, uwzględniającej więcej, niż to istnieje w ustawach dla Lwowa i Krakowa, warunki higieniczne i przez wprowadzenie stałej kontroli nad sposobem używania mieszkań. Wobec skarg i zarzutów, robionych publicznie w sądach ustawie budowlanej przez ludzi zawodowych należy się spodziewać, że sfery rządzące wkrótce wypracują projekt nowy. Oby nie odbyło się to bez współudziału lekarzy. Istnieje projekt przyłączenia do Krakowa najbliższych, przylegających do miasta, wsi, zniesienia fortyfikacyj podmiejskich, przyczem powstaną przestrzenie na nowe ulice i dzielnice. Przy układaniu planów rozszerzenia miasta zarząd miejski winien rozumną ustawą budowlaną dla nowych dzielnic zapobiedz tak szkodliwej w skutkach i dla zdrowia, gieldzie gruntowej, i tym sposobem przyczynić się do prawidłowego i zdrowego ich zabudowania. Pragnąc wskazać tym kolegom, którzy bądź w Radzie, bądź w komisyach będą mogli na tę sprawę wpływ wywierać, gdzie szukać mają wskazówek dla zapoznania się z zasadami, któremi kierować się winno miasto przy tworzeniu nowych dzielnic oraz zdrowych i tanich mieszkań, streściłem referaty powyższego tematu obszerniej, aniżeli się to nadaje dla czasopisma ściśle lekarskiego. (*Uwaga sprawozdawcy*).

Pierwszy referent Reincke zaznaczył na wstępie, że chcąc dać racyonalnie dobre i zdrowe mieszkania uboższej ludności, nie wystarczy wydać choćby najlepsze ustawy budowlane; nie wystarczy zamykać niezdrowe mieszkania i karać winnych za nieodpowiednie dla zdrowia użycie mieszkań: trzeba prócz tego jeszcze starać się o budowę nowych małych mieszkań. Powszechny jest brak małych mieszkań w miastach większych. W Hamburgu n. p., mimo budowy nowych domów, brak corocznie 700 do 1000 małych mieszkań. Pomimo tego ludzie się jakoś mieszczą; dzieje się to w ten sposób, że wiele rodzin wynajmuje mieszkania większe i droższe i odnajmuje je częściowo innym: tym sposobem mieszkania większe najczęściej są przeludnione, a nadto wiele osób mieszka w przestrzeniach, zbudowanych nie w celach mieszkalnych. Do wytworzenia tych nieprawidłowych stosunków w mieszkaniach uboższej ludności, obok ich braku przyczynia się w znacznym stopniu niezwykła ich cena. Z zestawienia statystycznego cen czynszowej ludności, będącej w różnym stopniu zamożności, wynika, że największy wzrost cen czynszowych dotyka mieszkania najmniejsze, a zatem dosięga ludności najuboższej. Stan warunków mieszkalnych w miastach niemieckich przedstawiają następujące liczby, wybrane z licznych tablic Reinckego: na 1000 mieszkań liczą apartamentów o jednej izbie w Berlinie 496,7 — we Wrocławiu 508,9 — w Królewcu 562.9 — w Görlitz 575,0 w Lignicy 396,9; — na 1000 ludności mieszka w jednym pokoju: w Królewcu 540, w Magdeburgu 491, w Berlinie i Wrocławiu około 440 — wynosiło to dla Berlina 710,000 mieszkańców. W Berlinie jest 27.000 mieszkań przeludnionych, t. j. przeszło 66 na 1000, w Dreznie liczba ta dochodzi do 81, w Halli do 97, w Królewcu do 148. Mieszkania te nadto nie odpowiadają warunkom zdrowia: zbyt wiele ludności mieszka jeszcze w piwnicach i na poddaszach. Na 1000 ludności mieszka w piwnicach: we Wrocławiu 40,1, w Charlottenburgu 22,4, w Halli 33,9 w Królewcu 33, w Hamburgu 64,4; — na czwartem piętrze i jeszcze wyżej mieszka: w Charlottenburgu 367,1, w Dreznie i Wrocławiu 168,1, w Mannheim 159,4 na 1000 ludności. Mieszkania te prócz tego są bardzo drogie; złożone z jednego pokoju kosztuje rocznie 200, z dwóch — około 300, z trzech — około 400 marek i więcej. W stosunku do dochodów przeciętnej ludności uboższej wydatek na mieszkanie z dwóch pokoi, przekraczający zazwyczaj 20% ogólnych dochodów, zanadto jest wielki — cóż dopiero mówić o potrzebie mieszkania z trzech pokoi złożonego? W poszukiwaniu za mieszkaniem, jeżeli nie tańszem, to wygodniejszem i zdrowszem, znaczna ilość ludności często zmienia mieszkania. W Charlottenburgu, Hamburgu czwarta część ludności zmienia mieszkania co pół roku; w Berlinie około 80·000 co pół roku, a 50.000 rocznie. Jakżeż w takich warunkach wytworzyć się może związek ściślejszy między człowiekiem a jego mieszkaniem? Przeludnienia i brak mieszkań, odpowiadających warunkom zdrowia, wpływają w wysokim stopniu na zdrowie i moralność ludności. Wprawdzie trudno liczbami określić ten wpływ ujemny, niemniej stwierdza go codzienne doświadczenie lekarskie, szczególnie co do chorób zakaźnych, gruźlicy, odry, płonicy, ospy, błonicy i krztuśca, a w czasie epidemii moru i cholery, dziesiątkują choroby te ludność mieszkań niezdrowych i przepełnionych. O wiele gorszy wpływ od szerzenia się chorób zaraźliwych przedstawiają mieszkania niezdrowe w przewlekłym zaniku i niedorozwoju sił fizycznych ludności, a szczególnie dzieci zamieszkujących mieszkania ciasne i ciemne. Zło mieszkanie jest czynnikiem, który powoli zmniejsza poczucie siły i zadowolenia z życia, osłabia wydatność pracy, przyczynia się do zwątlenia żywotności następnych pokoleń, zmniejsza łączność rodzinną i zniewala do szukania rozrywki poza domem najczęściej w szynkowni, jest to czynnik, który, przez wspólność przestrzeni mieszkalnej dla obu płci, przyczynia się i do zmniejszenia moralności. Chociaż dzięki nowszym badaniom i stosownym zarządzeniom na polu chorób zakaźnych zmniejszyła się nieco ogólna chorobliwość i śmiertelność w tym kierunku, to jednak nie można już opuszczać rąk: nie można np. pozostać nieprzygotowanym do walki z morem.

Niebezpieczeństwo fizycznego i moralnego upadku ludności uboższej związane jest ściśle, jakkolwiek niewyłącznie, z mieszkaniami w miastach; jednym z dzielniejszych środków zaradczych jest tu budowa mieszkań małych. Starać się o budowę tych mieszkań obowiązane są zarządy miejskie, zwłaszcza wobec uchylania się kapitalistów prywatnych od tych przedsiębiorstw, spowodowanego tem, że czynsz z nich nie jest pewny, a następnie trudno jest sprzedać tego rodzaju dom. Starali się tu i ówdzie przedsiębiorcy prywatni i towarzystwa budować domki dla robotników, złożone z dwóch, czterech, do ośmiu mieszkań, poza miastem, na gruncie tanim. Do każdego mieszkania należał nadto mały kawałek ogrodu. Wydawać by się powinno, że do mieszkań tych, zbliżonych do miasta dogodnemi połączeniami kolejowemi lub tramwajowemi, ludność licznie się będzie garnęła. Przerachowano się jednak. Łatwość zarobku dla żon robotników, oraz pociąg do rozrywek miejskich, zniewalały wielu robotników, że chętniej mieścili się w ciasnem i niezdrowem mieszkaniu w środku miasta. Aby ludności uboższej przynieść rychłą poprawę jej mieszkań, trzeba dlań mieszkanie budować w pobliżu miejsca jej zarobkowania, w mieście, choćby na gruncie drogim. Aby zaś czynsze mieszkań tych nie wypadły za wysoko, należy osobnymi przepisami, odnoszącymi się tylko do tych mieszkań, zmniejszyć do ostatnich higieną dozwolonych granic wymagania ustawy budowlanej. W ten sposób otrzyma się chociaż na gruncie kosztownym, ale przez niedrogą budowę, tanie zdrowe mieszkania. (Dok. nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 19 września.

* Minister oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych zamianował egzaminatorami dla rygorozów lekarskich na rok 1901/2 — *w Krakowie:* komisarzem rządowym starszego lekarza pow. Dra Gustawa Bielańskiego, jego zastępcą prof. Dra St. Poniklę; koegzaminatorem przy II rygorozum Docenta Dra J. Raczyńskiego, jego zastępcą Dra E. Rosenblatta; koegzaminatorem przy III rygorozum Docenta A. Bossowskiego, jego zastępcą prof. A. Rosnera. *We Lwowie:* komisarzem rządowym Radcę Dworu Dra J. Merunowicza, jego zastępcą inspektora sanitarnego Dra J. Barzyckiego; koegzaminatorem przy II rygorozum prof. Dra S. Bądzyńskiego, jego zastępcą Doc. Dra J. Wiczkowskiego; koegzaminatorem przy III rygorozum prof. W. Łukasiewicza, jego zastępcą Docenta Dra H. Schramma.

* Minister oświaty zatwierdził w stopniu docentów: dr. W. Chlumskyego do wykładów z chirurgii ortopedycznej w Krakowie, oraz dr. E. Kowalskiego do wykładów hidroterapii we Lwowie.

* Pierwszy egipski kongres lekarski, jak donieśliśmy, odbędzie się w Kairze między 10 a 14 grudnia 1902 roku. Dzięki położeniu geograficznemu i warunkom epidemiologicznym Egiptu, Kongres ten może przybrać rozmiary, przekraczające zamysły jego inicyatorów. Z przysłanych nam druków dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy zawiadomił o Kongresie drogą dyplomatyczną rządy państw europejskich, a jednocześnie w prasie lekarskiej pojawiły się głosy, ażeby Zjazd ten wprost przerobić na Kongres »dla medycyny kolonialnej«. Dotychczas ogłoszone tematy dotyczą epidemiologii i pasorzytnictwa Egiptu, a wszyscy referenci należą do sił miejscowych.

Wezwanie całej europejskiej prasy lekarskiej do rozpowszechnienia programu Kongresu, zapowiedź zawiadomienia o warunkach uczestnictwa i zniżkach w podróży, zaproszenie tą drogą wszystkich lekarzy europejskich świadczą, że Komitet gospodarczy właściwie urządza Kongres międzynarodowy z programem specyalnie dotyczącym strefy gorącej.

* W celu niesienia pomocy w wypadkach i nagłych zachorowaniach w austryackich fabrykach cygar ma być zorganizowana z dozorców i godnych zaufania robotników służba zdrowia, która odbierze stosowne pouczenie i instrukcyę od lekarza fabrycznego. Prócz tego zamierza władza poczynić zarządzenia ze względu na gruźlicę, a niemniej zająć się podniesieniem poziomu oświaty wśród robotników tych fabryk.

* Od 1 października b. r. wychodzić będzie w Warszawie dwutygodnik »Przegląd felczerski», czasopismo dla felczerów i akuszerek. Kierownictwo pisma obejmuje Dr. St. Radziszewski. Prenumerata wynosi pięć rubli.

* W Sofii otwarto Instytut do wyrabiania surowicy przeciwmorowej; zakład znajduje się za miastem. Kierownictwo powierzono Drowi Batiarowowi.

* Drugi międzynarodowy Zjazd lekarzy Towarzystw Ubezpieczeń na życie odbędzie się w Amsterdamie od 23 do 25 września b. r. Adres sekretarza: J. F. L. Blankenberg *Amsterdam, Damrak* Nr. 74. Wpisowe wynosi 10 złr.

* Ministeryum pruskie zamierza ujednostajnić egzamina dla masażystów i innych pomocników lekarskich.

* Król angielski powołał komisyę z pięciu profesorów pod przewodnictwem Sir Michaela Fostera, której poruczył zbadanie, czy gruźlica ludzka jest identyczna ze zwierzęcą, a tem samem czy się przenosi ze zwierzęcia na człowieka i nawzajem.

* Ogłoszono rozporządzenie ministeryalne, mocą którego rozstrzygniętą została wątpliwość, czy lekarz. obwiniony przez Izbę lekarską w sprawie honorowej, może mieć obrońcę adwokata. Ministeryum orzekło, że zastępstwo takie jest dopuszczalne.

* Pruski lekarz Steffan został przed kilku miesiącami zaszczycony tytułem »radcy sanitarnego«. Wkrótce jednak po otrzymaniu dyplomu nadeszło wezwanie, ażeby złożył taksę, wynoszącą 300 Mk. Dr. Steffan założył rekurs, tłómacząc się, że o nadany mu tytuł radcowski nie ubiegał się. więc i nie powinien płacić taksy, jeśli ten tytuł w miejsce zaszczytu niema się mu stać ciężarem. Wiadomo jednak, jak to władze fiskalne są nieugięte. gdy raz już »wymiar« nastąpił; więc Dr. Steffan 300 Mk. zapłacić musiał. Władza jednak spostrzegła, że pomimo tak ścisłych w ostatnich czasach stosunków Niemiec z mandarynami, Dr. Steffan jakby nie doceniał zaszczytu, który przynosi tytuł radcowski, więc mu radziectwo cofnięto, ale oczywiście 300 Mk. nie zwrócono.

Zatarg ten, któremu nie brak cech komicznych. miał jedną dobrą stronę: rząd pruski wydał rozporządzenie, ażeby od »lekarzy prywatnych« nie ściągać taksy za tytuł radziecki, gdyż »lekarze prywatni, pełniąc na wezwanie rządu rozmaite czynności urzędowe, (dodajmy najczęściej bezpłatnie) winni być w tym względzie zrównani z lekarzami rządowymi«. Wywołanie bodaj takiego przyznania warte przecie 300 Marek.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł prof. nadzwyczajnego w Uniwersytecie wiedeńskim otrzymali docenci: Finger, Rabl, Schiff. Herzfeld i Lorenz. Prof. nadzwyczajni: Kriukow (Moskwa) i Zielenow (Charkow) mianowani profesorami zwyczajnymi. Naczelnym lekarzem armii pruskiej na miejsce zmarłego Dra Colera mianowany został Dr. Leuthold, lekarz nadworny cesarza. Mianowani kierownikami kliniki lekarskiej w Brukseli: prof. Stinow i prof. Destrée. Docent Schrutz mianowany profesorem nadzwyczajnym historyi medycyny i epidemiologii w czeskim Uniwersytecie w Pradze.

Nekrologia. W Warszawie zmarł dnia 15 b. m. Dr. Tymoteusz Sypniewski w 67 roku życia. Był właścicielem zakładu ochronnego szczepienia ospy i autorem kilku rozpraw.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Wielowiejski i Kopytowski: Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy »pityriasis rubra Hebrae«. Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder (c. d.)

— *Medycyna* Nr. 37. Szmurło: O stanach neurastenicznych. powstałych na tle zaburzeń nosowych. Borzymowski: O sterylizacyi materyałów opatrunkowych.

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Wicherkiewicz Bol.: Uraz jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego. Majewski: Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacyi zaćmy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Heveroch: Transitorni postparoxysmální paraplegie u epileptiků (c. d.). Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (c. d.). Čeněk: O hojivém vlivu par formalinových na pertussis.

— *La Presse médicale* Nr. 71. Boinet: Przerost palców wrodzony. Levy: O drożdżach. — Nr. 72 Leredde: Wskazania do leczenia światłem tocznia i umiejscowionych chorób skórnych na policzkach. Coville: Cięcie Phelpsa, jako wstęp do operacyi zastarzałej stopy szpotawej końskiej. Nr 73. Achard: O mechaniźmie regulującym skład krwi. Tarnaud: Leczenie kamieni gruczołu krokowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Türk: Przyczynek do rozpoznawania zrostów osierdzia i wady zastawki trójkończystej. Teweles: O odurzeniu eterowem i sposobie jego stosowania. Lenz: Odurzenie eterowe, psychoza doświadczalna przez zatrucie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Mayr i Dehler: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia uchyłków przełyku. Gebhart: Uwagi kazuistyczne o torbielach krwawych. Dieudonné: Badania doświadczalne nad gruźlicą wieku dziecięcego. Adler: Energietyka komórek zwojowych i ich znaczenie dla czynnościowych chorób nerwów i umysłu. Rahn: Przyrząd skombinowany do intubacyi i ekstubacyi. Hornung: O sercu u pracujących w kiesonach. Kollmann: Przyczynek do nauki o miesiączce błoniastej. Reinach: Wskazania do wzbogacenia w tłuszcz pokarmu osesków tłuszczami roślinnymi zwłaszcza masłem kakaowem. Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Mayer: Stosunek wydzielania soli potasowych i sodowych w przebiegu raka i gruźlicy. Hellendal: O znaczeniu chirurgicznem trzeszczki, znajdującej się w bocznym przyczepie mięśnia brzuchatego łydki. Watten: Operacyjne leczenie kłótych ran serca. Einhorn: O znajdowaniu się pleśni w żołądku i o jej prawdopodobnem znaczeniu. Bang: O nukleoproteidach i o kwasach nukleinowych. Bruns: Przypadek późnego udaru mózgowego po urazie. Blencke: Przypadek rwy śródstopia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Credé: Srebro w roztczynie, jako wewnętrzny lek odkażający. Schneider: O objawie paluchowym Babińskiego. Przyczynek do nauki o odruchu podeszwowym. Aron: O wdychiwaniu tlenu. Joseph: Zastosowanie wyciągania przy garbie, spowodowanym chorobą Potta.

Redakcya otrzymała: Popielski: 1) Przyczynek do fizyologii splotu trzewnego. 2) Znaczenije akta jedy w piszczewarenii. 3) Sielezionka i białkowoje brodiło podżełudocznoj żelezy. 4) O mechanizmie diejstwija pilokarpina na żelezy. Reiss: Zwei Fälle seltener localisation des syphilitischen initialaffectes. Beck: Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 28 Września 1901. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.**

O próbach zastąpienia jodoformu węglem [1]).

Podał

Dr. Artur Frommer

lekarz oddziału.

Ze wszystkich środków odkażających, używanych w teraźniejszej chirurgii, nie wiele utrzymało się przez tak długi czas na swem wybitnem, poczęści swoistem stanowisku jak jodoform. Pomimo, że używany początkowo w nadmiarze, lub nieodpowiednio przygotowywany (wyjaławiany wraz z gliceryną), wywoływał bardzo często objawy ciężkiego zatrucia, pozostał przecież do dzisiejszego dnia lekiem swoistym, niczem nie dającym się zastąpić w niektórych chorobach chirurgicznych. Jako jedną z ostatnich prób wyrugowania jodoformu w leczeniu gruźlicy kości i stawów uważać należy propozycyą A. Fränkla używania węgla kostnego. [2])

Zmiany drobnowidowe, występujące w ścianach ropni gruźliczych po kilkakrotnem użyciu jodoformu, polegają, jak wiadomo, na wytwarzaniu się wypociny drobnokomórkowej w tkance gruźliczej. Równocześnie powstaje przez bujanie komórek wrzecionowatych nowa bardzo dobrze unaczyniona tkanka ziarninowa, która tkankę gruźliczą, uległą zwyrodnieniu tłuszczowemu i obumarciu, coraz bardziej wypiera. Po zniknięciu gruzełków naczynia w nowej tkance zanikają, tkanka ziarninowa wraz komórkami wrzecionowatemi zmienia się w tkankę łączną. Z tą chwilą ustaje tworzenie się nacieku, treść ropnia ulega wessaniu, a ściany zaciągają się bliznowato.

Chcąc wytłómaczyć to działanie jodoformu, nie będącego według badań bakteryologów, przetworem odkażającym, przeprowadził Fränkel szereg badań nad zmianami drobnowidowemi, wywołanemi z jednej strony przez jodoform, z drugiej strony przez użycie innych chemicznie obojętnych ciał w stanie sproszkowanym.

Doświadczenia swe przeprowadzał na świnkach morskich, którym wycinał kawałki tkanki podskórnej, długie na 4—5 ctm. W jednę z tych ran wsypywał jodoform krystaliczny, lub sproszkowany, w inne zaś węgiel lipowy, kostny, lub nasienie widłaka *(lycopodium)*, zarówno wyjałowione, jak i nie. Rany te zaszywał i posypywał warstwą tego samego proszku. Wszystkie te rany goiły się przez rychłozrost w ciągu 8—14 dni, poczem wycinał świeże blizny i badał je mikroskopowo. Rany, leczone jodoformem, wykazywały po ośmiu dniach w górnych swych warstwach wydzielinę obfitą, włókienkoworopną, ze znacznym rozpadem jąder ciałek białych. W dalszych warstwach znajdował autor utkanie, złożone z komórek wrzecionowatych z licznemi, nowoutworzonemi naczyniami, ciałkami białemi, głównie wielojądrzastemi. Tkanka mięśniowa, znajdująca się obok, była rozsunięta naciekiem drobnokomórkowym i pasmami tkanki łącznej. Prócz tego znajdowały się tu na granicy tkanki łącznej i mięśni komórki olbrzymie. W środku komórek olbrzymich widoczne były czasem kryształki jodoformu.

Preparaty zaś z blizn starszych, bo pochodzących z ran, zadanych przed 14 dniami i również leczonych jodoformem, różniły się tem, że warstwy komórek wrzecionowatych ugrupowały się w pasma typowej tkanki łącznej, a pomiędzy niemi widać było znacznie więcej komórek olbrzymich, niż poprzednio.

Badania swoje uważał Fränkel jako potwierdzenie dawniejszych prac Büngnera i Hasnera, które przypisywały jodoformowi wybitną własność przyciągania ciałek białych i wywoływania odczynu zapalnego, a w następstwie tego wytworzenia się pasm tkanki łącznej.

Obecność kryształków jodoformu w głębi komórek olbrzymich uważa Fränkel za dowód, że jodoform działał tu głównie jako ciało obce, zwłaszcza że preparaty, wycięte z ran, leczonych przez zasypywanie wyjałowionym węglem dawały prawie takie same obrazy z tą tylko różnicą, że wypociny włóknikoworopnej prawie wcale nie dostrzeżono. Wskutek tego przypuszcza on, że przebieg gojenia się tych ran nie zależy od swoistego działania jodoformu lub węgla, lecz jest tylko wynikiem mechanicznego działania tych substancyj, jako ciał obcych. Obecność wydzieliny włóknikoworopnej tłómaczy autor wprowadzeniem drobnoustrojów do tkanek, wraz z wyjałowionym węglem lub jodoformem.

Ponieważ najważniejszym objawem wyleczenia ognisk gruźliczych jest zastąpienie ich przez tkankę łączną, a własność wytwarzania tkanki łącznej naokoło siebie posiadają, zdaniem Fränkla, w równej mierze ciała chemicznie obojętne, a dla ustroju nie trujące, jak jodoform, który niejednokrotnie sprowadza objawy ciężkiego zatrucia, przeto zaleca on zamiast jodoformu używanie przy chirurgicznem leczeniu gruźlicy stawów i kości przetworów węgla kostnego, a mianowicie proszku węglowego, gazy węglowej i mięszanki węglowo-glicerynowej. Z przetworami tymi przeprowadził on szereg prób na swoich chorych, usuwając ile możności jak najdoszczętniej, według postępowania Billrotha, tkanki schorzałe n. p. przy ropniach gruźliczych, poczem do powstałych ran wlewał wyjałowioną, 10% zawiesinę glicerynową

[1]) Według wykładu na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

[2]) Ueber Jodoformwirkung und Jodoformersatz. (Wiener klin. Wochenschrift 1900 Nr. 47).

węgla kostnego. Rany następnie szczelnie zaszywał i okładał gazą węglową. Pierwszy opatrunek pozostawiał o ile tylko można było najdłużej. Rany po większej części goiły się przez rychłozrost. Wywody swoje popiera autor historyami chorób w 21 przypadkach.

Zachęcony przez szefa mojego, Prof.-Dr. Trzebickyego, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na chorych oddziału chirurgicznego.

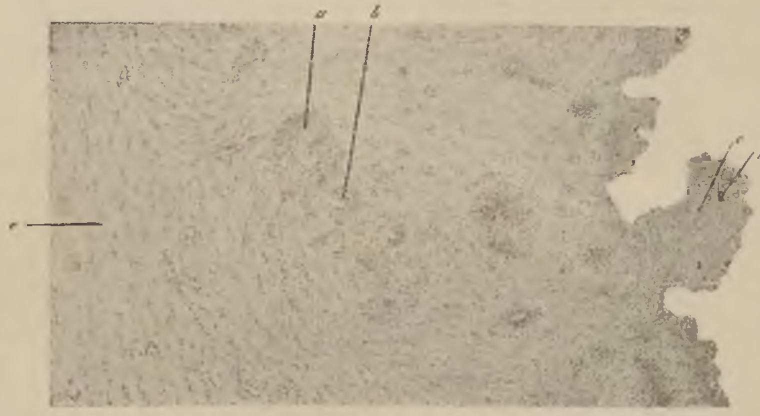
Oczywiście jednak, jeżeli chodzi o zastąpienie jodoformu jakimś innym przetworem, to należy podać środek taki, który nada się do zastąpienia jodoformu we wszystkich formach jego użycia. W pierwszym rzędzie musieliśmy tedy wypróbować, czy węgiel zdoła dorównać działaniu jodoformu w dominującym jego dziś sposobie użycia, t. j. w formie wstrzykiwań miąższowych w gruźlicy stawów i kości i to bez względu, czy staw przez sprawę chorobową był już otwarty, czy też cierpienie nie doprowadziło jeszcze do wytworzenia przetoki. Badania swe prowadziłem na szeregu rozmaitych przypadków gruźlicy, zarówno już operowanych, jak i wcale dotąd nie leczonych. Nie ograniczyliśmy się do samej gruźlicy kości i stawów, ale stosowaliśmy również węgiel w zropiałych chłoniakach na szyi, zwłaszcza po ich usunięciu zapomocą ostrej łyżeczki.

Wyniki osiągnięte były mało zadawalniające. W przypadkach czystej gruźlicy stawów, bez przetok, powstawał po zastrzyknięciu silny obrzęk stawu, połączony z bólem. Ciepłota wahała się przez kilka dni między 38°—39°. Stan ten zapalny trwał po zastrzyknięciu blisko 2 tygodnie. W kilku przypadkach nawet powstał ostry ropień, który zmuszeni byliśmy przeciąć. W przypadkach z przetokami ropień ten powstawał z reguły. Najlepsze stosunkowo wyniki mieliśmy przy zastosowaniu węgla według zasad autora, w następowem leczeniu atypowych resekcyj stawów i wyłyżeczkowaniu zropiałych gruczołów. I tu jednak wynik był mniej zadawalniający, szczególnie w leczeniu gruczołów zropiałych, gdyż powstawały wybujałe ziarniny barwy nieżywoczerwonej, z pod których wydzielała się przez dłuższy czas ropa.

W oddziele naszym używamy oddawna tylko zachowawczego sposobu leczenia gruźlicy kości i stawów, a to przez wstrzykiwanie miąższowe niewyjałowionej mięszanki jodoformowo-glicerynowej. Wyniki osiągnięte zapomocą mięszanki węglowej nie dorównywały pod żadnym względem zwykłym naszym wynikom, osiągniętym za pomocą jodoformu. Po używaniu mięszanki jodoformowej nie widzieliśmy prawie nigdy pogorszenia, jak to niestety po zastrzyknięciu węgla bardzo często się zdarzało.

Jeżeli wyniki nasze nie odpowiadały wywodom teoretycznym Fränkla, to dopatrywać się przyczyny tego należy głównie w tem, że Fränkel zasypywał węgiel w tkankę zdrową, żywotną, wskutek czego występywało bujanie tkanki łącznej na około ciała obcego, jakiem jest węgiel. Nieuwzględnił jednak Fränkel tego, że w tkance gruźliczej, z powodu zmian w naczyniach, siła żywotna tej tkanki jest prawie zniesiona. Jako ilustracya tego faktu może posłużyć preparat z amputowanej kończyny dolnej, leczonej poprzód wstrzykiwaniami węglowemi. Chora zgłosiła się ze zmianami gruźliczemi w stawie skokowym nogi prawej i z ropniem zimnym obok kostki wewnętrznej bez przetok. Po wstrzyknięciu mięszanki węglowej powstał otwór, z którego wydobywała się znaczna ilość ropy. Powstały w pobliżu ropień musiano przeciąć. Próbowano jeszcze miąższowych wstrzykiwań mięszanki węglowo-glycerynowej naokoło stawu, lecz bez skutku. Wobec znacznego ropienia musiano przystąpić do amputacyi. Po otworzeniu chorego stawu przekonano się o zniszczeniu częściowem kości skokowej, przyczem stwierdzono daleko sięgający naciek ropny. W tkance chorej znajdowały się już gołem okiem widzialne cząstki węgla.

Tkankę ustalono i poddano badaniu drobnowidowemu.



Załączony rysunek przedstawia obraz obserwowany pod drobnowidem: W środkowej części preparatu znajduje się tkanka z wybitnemi zmianami gruźliczemi (liczne nacieki drobnokomórkowe *(a)*, zmiany w naczyniach *(b)*. Warstwa wewnętrzna *(c)* jest obumarłą, a wśród niej znajdują się gdzieniegdzie grudki węgla *(d)*, nie wywołujące najmniejszego odczynu żywotnego. Na zewnętrznej powierzchni widzimy tkankę względnie zdrową *(e)*.

Jestto więc dowodem, że w dalej posuniętych zmianach gruźliczych ciała obce, obojętne chemicznie, nie są zdolne do wywołania bujania tkanki łącznej i wyleczenia w ten sposób zmian chorobowych. Przy stosowaniu preparatów węglowych, a szczególniej przy zastrzykiwaniu mięszanki węglowo-glicerynowej, spotykamy się jeszcze z niebardzo miłym dodatkiem, t. j. z następową pigmentacyą skóry, która szczególnie na twarzy, ze względów kosmetycznych, może być bardzo przykrą.

O ile chodzi o usunięcie niebezpieczeństwa zatrucia jodoformem, to istnieje ono przy umiejętnem posługiwaniu się tym środkiem głównie tylko przy używaniu mięszanki jodoformowo-glicerynowej wyjałowionej lub stojącej dłuższy czas na świetle słonecznem. Badania nasze, przeprowadzone przed dwoma laty na materyale oddziału chirurgicznego [3]) z powodu przypadków zatrucia, skłoniły nas do użycia mięszanki niewyjałowionej. Wyniki osiągnięte niepozostawiały nic do życzenia. Odczyn ogólny i miejscowy przebiegał jak najłagodniej. Obawy następczego zakażenia okazały się zupełnie płonne. Robiąc zastrzykiwania miąższowe mięszanką niewyjałowioną, z zachowaniem tylko zwykłych ostrożności, w liczbie około tysiąca, spotkaliśmy się tylko z kilku przypadkami miejscowego zakażenia wzdłuż przebiegu kanału wkłócia *(Stichkanaleiterung)*. Po użyciu powyżej wymienionej mięszanki zauważyć można wydzielanie się jodu w moczu przez dwa do trzech tygodni. Świadczy to o tem, że mięszanka owa rozkłada się do pewnego stopnia w ustroju, na

[3]) O zatruciach przy używaniu mięszanki jodoformowej Dr. Frommer i Dr. Panek. »Medycyna« 1899.

wolny jod, lub połączenia organiczne jodu, wywierając w ten sposób swój leczniczy wpływ, zapobiegający miejscowo szerzeniu się gruźlicy nietylko wskutek działania jodoformu, jako ciała obcego, lecz także z powodu jego chemicznych własności. Tak często spostrzegane po wstrzykiwaniach miąższowych mięszanki jodoformowo-glicerynowej polepszenie się odżywienia chorego i podniesienie się jego ogólnego stanu możnaby z łatwością odnieść poczęści do poprawy zmian miejscowych, poczęści do działania ogólnego wessanych połączeń organicznych jodu, które tak długi czas, dwa do trzech tygodni, drogą nerek się wydzielają. Jestto także chyba tylko jeden powód więcej, przestrzegający przed zbytnią skwapliwością w usiłowaniach zastąpienia jodoformu jakiemś ciałem chemicznie obojętnem.

Jedynie tam tylko węgiel okazał się nieszkodliwym, a właściwie zupełnie obojętnym, gdzie go stosowano na tkanki zdrowe po zupełnem usunięciu ognisk gruźliczych, — ale bo też tam zastosowanie jego było zbyteczne.

Wobec tych mało zachęcających wyników naszych doświadczeń z węglem, zwłaszcza w formie wstrzykiwań miąższowych zawiesiny glicerynowo-węglowej, zaprzestał szef oddziału prof. Trzebicky dalszych prób z tym preparatem i wrócił do względnie pewnego w swym działaniu jodoformu.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożenia prof. Trzebickyemu serdecznego podziękowania za zachętę do niniejszej pracy, udzielone wskazówki i odstąpienie potrzebnego materyału.

II. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii

Nadnercze. — Szpik kostny. — Inne narządy. — Uwagi końcowe.

Skreślił

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Daleko idących wniosków ze wszystkich tych badań wysnuwać naturalnie nie można; ale w każdym razie wyniki ich wskazują, że przez wprowadzenie przetworów szpiku zarodkowego wywołać się dają pewne zmiany w niektórych czynnościach fizyologicznych. Najbliżej obchodzi nas siłą rzeczy wpływ szpiku na skład krwi. Co do ciałek białych, to wpływ ten nie jest, jak się zdaje, wyłączny, gdyż dostrzedz go można także po spożyciu większej ilości pokarmów białkowych, lub po wstrzykiwaniach roczczynów ciał białkowatych, zwłaszcza nukleiny. To właśnie ciało, znajdujące się w znacznej ilości w szpiku kostnym, działa prawdopodobnie na ciałka białe. Natomiast co do ciałek czerwonych przyjąć trzeba działanie swoiste i to działanie doraźne i trwałe. Pierwsze objawia się wstępowaniem do obiegu krwi w większej ilości krwinek, najprawdopodobniej z narządów krwiotwórczych; drugie silniejszem i obfitszem tworzeniem się ciałek czerwonych. Obu tych zjawisk nie można inaczej tłómaczyć, jak tylko przyjąwszy zjawianie się pewnego rodzaju podrażnienia właściwej tkanki narządów krwiotwórczych, wśród nich szpiku czerwonego, przez istotę, zawartą w samym szpiku i w jego wyciągach. Podrażnienie to sprowadza z jednej strony zwiększoną emigracyę ciałek czerwonych do naczyń krwionośnych, z drugiej zwiększoną ich produkcyę. Ponętną byłoby rzeczą pójść dalej jeszcze w teoretycznych wywodach i przypuścić w szpiku kostnym obecność jakiegoś związku, który stanowi rodzaj podniety dla spraw fizyologicznych, odbywających się w narządach, w których się tworzą czerwone ciałka krwi, przypuścić dalej, że ta właśnie istota pośredniczy w przyswajaniu materyałów, potrzebnych do wytwarzania krwinek, że pośredniczy we wprowadzaniu ich do naczyń krwionośnych. Gdzie się ona wytwarza, czy w śródbłonku naczyń włosowatych szpikowych, czy powstaje z rozpadu zużytych ciałek, czy wydzielają ją jąderka ciałek czerwonych, opuszczające według teoryi Bizzozera i Rindfleischa dojrzałe już ciałka, — o wyjaśnienie tego wszystkiego próżno byłoby się kusić. Ale skoro we wszystkich sprawach fizyologicznych i biologicznych są urządzenia, regulujące pracę i produkcyę, to i tu jakieś być muszą koniecznie.

Zwiększone wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego, spostrzegane po wstrzykiwaniach wyciągów szpikowych, skłonny byłbym uważać za następstwo erytrochemotaksy, jakkolwiek staję w ten sposób w sprzeczności z dotychczasowymi poglądami na wzajemny stosunek między wymianą gazów a ilością ciałek czerwonych, opartymi na doświadczeniach Chwostka [48]), Krausa [49]), Thiela i Nehringa [50]). Badania gazometryczne wszystkich tych autorów wykazują, że w rozmaitych stanach niedokrewności odbywa się utlenianie w sposób zupełnie prawidłowy, że ustrój w jednostce czasu przyswaja te same ilości tlenu i wydziela te same ilości bezwodnika kwasu węglowego, co w stanie fizyologicznym. Sprzeczność ta jest jednak w istocie rzeczy tylko pozorna. U osób niedokrewnych nastawać musi bezwarunkowo na innej jakiejś drodze unormowanie dowozu i wywozu gazów, jeśli ma być utrzymana konieczna równowaga wymiany pierwiastków. Pracę taką, poniekąd zastępczą, obejmują, jak to niewątpliwie bardzo słusznie podnosił Jürgensen, płuca i serce. Przez częstsze ruchy i przez szybszą czynność serca wyrównywują się różnice, wymiana gazów odbywa się skutkiem tego w podobny sposób, jak w warunkach fizyologicznych. Jeśli jednak w obieg krwi wejdzie nagle większa ilość zdrowych ciałek czerwonych, o których żadną miarą przypuścić nie można, że krążą bezczynnie w osoczu, to zupełnie naturalnem następstwem tego wydaje się być zwiększone pochłanianie, a następnie zużywanie tlenu, tem samem zwiększone wydzielanie bezwodnika kwasu węglowego. Przy dłuższem podawaniu szpiku kostnego zależeć to może także od innych warunków: od zwiększenia się ilości czynnych komórek w tkankach i narządach, może i od większej życiowej energii tych komórek. Szybsze i obfitsze spalanie się jest prostem następstwem większej masy, w której odbywa się przemiana pierwiastków. Że rzecz tę wolno w taki sposób pojmować, dowodzi lepszy rozwój zwierząt, żywionych zarodkowym szpikiem, większa ich żywotność i ruchliwość, oraz wyniki oznaczeń przemiany istot azotowych, wykazujące obfitsze zatrzymywanie białka, które w ustroju młodym nie pozostaje zapewne martwą istotą, lecz służy jako twórczy materyał do budowy komórek.

Nie wchodząc już dalej w teoretyczne wywody i w tłó-

[48]) Chwostek i Kraus: Wiener med. Wochschft. 1891.
[49]) Kraus: Zeischft. f. kl. Med. 1893.
[50]) Thiel i Nehring: Zeitschft. f. kl. Med. 1896.

maczenia faktów, a licząc się tylko z wynikami badań fizyologicznych, zaznaczyć możemy, że zyskujemy w nich zupełnie racyonalne podstawy dla uzasadnienia terapii szpikowej. Najwłaściwszem dla niej wskazaniem wydają się być te z chorób krwi, w których niedostateczna jest czynność narządów krwiotwórczych, lub gdzie zależy na zwiększeniu czynności fizyologicznej celem szybszego usunięcia zmian w mięszaninie krwi. Mieć tu można na myśli głównie dwie choroby: błednicę i niedokrewność lżejszego stopnia, wywołaną bądź to utratą krwi, bądź też zjawiającą się po dłużej trwających chorobach zakaźnych. Na drugiem dopiero miejscu postawićby można niektóre zboczenia i choroby ogólne, w których za cel leczenia uważamy podniecenie żywotności tkanin i ożywienie przemiany pierwiastków.

Klinicznie wyzyskiwano działanie zarodkowego szpiku kostnego na większą skalę tylko w pierwszym zakresie, stosując go w chorobach krwi. Najlepsze wyniki osiągano w błednicy. Wspomina o tem Billings [51]), Dickson Mann [52]), Combé [53]), Bars [54]), Drummond [55]) i in. Za tem samem przemawiają także i moje spostrzeżenia, poczynione tak w klinice lekarskiej, jako też w praktyce prywatnej. W kilku przypadkach, w których nie działały najrozmaitsze przetwory żelaziste, okazał się skutecznym zarodkowy szpik kostny. Dobry skutek w niedokrewności następowej spostrzegali Frazer [56]), Dickson Mann [57]), i in. Zwolennikiem terapii szpikowej jest między innymi Prof. Kraus [58]) z Gracu, który radzi podawać szpik kostny razem z innymi przetworami leczniczymi, jak żelazo i arsen.

W cięższych chorobach krwi, jak w białaczce i niedokrewności złośliwej, w ciężkich przypadkach niedokrewności następowej, w tak zwanej *anaemia gravis*, okazywał się szpik kostny zawsze bezskuteczny, a z zawodem leczniczym spotkaliśmy się i w naszej klinice w przypadku białaczki śledzionowo-szpikowej, tak samo, jak Wheit [59]) w tej samej chorobie, a Goldscheider [60]), Billings [61]) Hunt [62]) i inni w niedokrewności złośliwej.

Oprócz w chorobach krwi, podawaliśmy [63]) w klinice krakowskiej szpik kostny także w kilku przypadkach moczówki cukrowej, osiągając przytem pewną poprawę stanu ogólnego. Na sprawę chorobową, jako taką, szpik kostny zupełnie nie działał.

Wiecej empiryczne są próby T. M. Allisona [64]) który stosował, rzekomo z dobrym skutkiem, szpik w jednym przypadku rozmiękczenia kości. Potwierdzenia spostrzeżeń tego autora nie spotykamy nigdzie w bieżącej literaturze. W ten sam sposób pojmować także trzeba próbę empirycznego leczenia plamicy krwawej, podjętą przez Wojnicza [65]). Tu jednak, wnosząc z opisu przypadku, przyjąć trzeba z pewnem prawdopodobieństwem działanie korzystne.

Na szpiku kostnym kończy się szereg narządów, badanych dokładniej, a stosowanych w celach leczniczych na pewnych naukowych podstawach i z pewną krytyką. Nie jest to jednak wszystko. Oprócz wymienionych i omówionych przetworów mamy co najmniej taką samą jeszcze ilość innych, nie badanych prawie zupełnie w myśl zasad organoterapii, a jednak polecanych i reklamowanych, zwłaszcza w czasach, kiedy w niektórych kołach, jednak nie lekarskich, panował, że się tak wyrażę, jakby szowinizm organoterapeutyczny, objawiający się między innymi niepomierną ilością anonsów o przetworach leczniczych, wyrabianych z narządów zwierzęcych w rozmaitych fabrykach i pracowniach farmaceutycznych.

Wszystkie te inne narządy razem wzięte nie zdobyły uznania i nie rozpowszechniły się, nie mają tem samem i dla nas znaczenia; kilka uwag poświęcimy niektórym z nich li tylko dla zaokrąglenia całości.

Na pierwszem miejscu wspomnimy o śledzionie. Wpływ wyciągów, otrzymywanych z tego narządu badali Sziperowicz [66]), Goldscheider i Jacob [67]). Pierwszy z nich spostrzegał jako następstwo wstrzykiwań do jamy otrzewnowej powiększanie się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, dwaj drudzy stwierdzili po wstrzykiwaniach podskórnych krótkotrwałą leukopenię z następową hiperleukocytozą. Ciekawe są dalej rozbiory moczu, wykonywane przez Krügera [68]) w przypadku leukemii, w którym Goldscheider [69]) i Jacob stosowali wyciągi śledzionowe. Wynika z nich, że po każdem wstrzyknięciu pojawiał się w moczu w obfitszej ilości kwas moczowy, składnik, wydzielający się w białaczce wogóle obficiej. W myśl teoryi Horbaczewskiego, przyjmującej, że ciała, należące do grupy kwasu moczowego i zasad ksantynowych, tworzą się z nukleiny, powstającej z rozpadu ciałek białych, przyjąćby trzeba, że wyciągi śledzionowe zwiększają w przebiegu białaczki rozpad ciałek białych, że więc przez stosowanie ich powieść się może sprowadzenie bardziej prawidłowego stosunku morfotycznych składników w krwi bieliczej. Rozumowanie to okazało się jednak mylnem. Śledziona nie wywierała leczniczego wpływu ani w przypadku Goldscheidera, ani też w przypadku spostrzeganym w naszej klinice lekarskiej [70]). Podobnie niepomyślnie brzmią także sprawozdania o wpływie śledziony na rozmaite postacie niedokrewności. Wood [71]) podawał jeszcze śledzionę w znacznej liczbie przypadków choroby Basedowa, z tych w jednym tylko miała nastać pewna poprawa w nasileniu objawów chorobowych.

Wątrobą zajmowali się między innymi Gilbert i Carnot [72]), i badali wpływ jej na przebieg moczówki cukrowej. Otrzymane przez nich wyniki były nader różne, a

[51]) Billings: Schmidts med. Jahrb. T. 247.
[52]) Dickson Mann: Semaine med 1894.
[53]) Combé: Semaine med. 1895.
[54]) Barrs: *Ibidem*.
[55]) Drummond: Brit. med. Journ. 1895.
[56]) Frazer: Semaine med. 1895.
[57]) Dixon Mann: *L. c.*
[58]) Kraus: Handbuch d. prakt. Med. T. 2. Stuttgart 1900.
[59]) Wheit: Schmidts. med. Jahrb 1897. T. 55.
[60]) Goldscheider: Deutsche med. Wochschft. 1894.
[61]) Billing: Schmidts. med. Jahrb. T. 247.
[62]) Hunt: Schmidts. med. Jahrb. T. 255. 1897.
[63]) L. Korczyński: Wiener med. Presse. 1900. Nr. 23—29.
[64]) T. M. Allison: Schmidts. med. Jahrb. 1896. T. 251.
[65]) Wojnicz: Medycyna. 1897. S. 1007.
[66]) Sziperowicz: Por. L. Korczyński. *L. c.*
[67]) Jacob: Verhandl. d. physiolog. Gesellsch. zu Berlin 1893.
[68]) Krüger: Deutsch. med. Wochschft. 1894
[69]) Goldscheider: *Ibidem*.
[70]) L. Korczyński: *L. c.*
[71]) Wood: Centrblt. f. inn. Med. 1897. S. 1197.
[72]) Gilbert i Carnot: Semaine med. 1897. S. 189.

wogóle bardzo niestałe. W znacznej większości przypadków nie można było dostrzedz żadnego wpływu takiego leczenia na wydzielanie cukru. W kilku tylko i to w tych, w których stwierdzono znaczne powiększenie wątroby i śledziony, spadała ilość cukru bardzo znacznie w czasie podawania wątroby w postaci lewatyw, a podnosiła się po jej usunięciu. Doświadczenia, przedsiębrane przez tychże autorów na zwierzętach, wykazywały nieznaczny wpływ wstrzykiwań śródżylnych wyciągów wątrobowych na cukromocz, występujący po znanem ukłuciu Cl. Bernarda, wpływ wybitniejszy na wydzielanie cukru w cukromoczu florydzynowym, oraz w cukromoczu, zjawiającym się po wstrzykiwaniach cukru do żył. Znacznie większy zakres objął Jeż [73]), który do swych doświadczeń używał surowego soku, wyciśniętego z wątroby, wyciągów wodnych, glicerynowych i wyskokowych, oraz suszonej i sproszkowanej wątroby. Doświadczenia te noszą wybitną cechę prób czysto empirycznych, przedsiębranych w najrozmaitszych chorobach, jak w marskości wątroby, w durze i w ozdrowinach po durze brzusznym, w zapaleniu płuc, nawet w ostrym gośćcu stawowym. Wyniki wszędzie i pod każdym względem były najzupełniej ujemne.

Z pośród narządów jamy brzusznej zwracała na siebie uwagę jeszcze trzustka z powodu związku, zachodzącego między jej schorzeniami, a występowaniem moczówki cukrowej. Były więc wcale ścisłe podstawy do przypuszczenia, że trzustka może być w tej chorobie skutecznym lekiem. Niestety jednak nie potwierdziło doświadczenie tych przypuszczeń. W przypadkach Golscheidera [74]), Combyego [75]) i wielu innych okazało się leczenie trzustkowe zupełnie bezskuteczne.

Poważnie, jakkolwiek zawsze bardzo krytycznie zapatrywać się trzeba na próby leczenia niektórych schorzeń układu nerwowego, przedewszystkiem nerwic ogólnych, zapomocą wyciągów, otrzymywanych z mózgu i nerwów, rozpoczęte przez Babesa, a następnie na większą skalę podjęte przez Constantina Paula. Przypadają one na wczesny okres w rozwoju organoterapii i są prawie równoczesne z doświadczeniami Brown-Séquarda i Poehla. Czytając nader korzystne oceny o działaniu cerebryny i neuryny, pochodzące z tych czasów, mimowoli podejrzywać musimy bardzo wiele poddawania i u chorych i u lekarzy, którzy leczenie stosowali.

Dwa ostatnie wymienione narządy stanowią jakby rodzaj przejścia, nie chrononologicznego lub rzeczowego, ale przejścia w stopniowaniu krytyki, do wszystkich innych narządów, zachwalanych i reklamowanych przeciwko najrozmaitszym chorobom. Należą tu: nerki, stosowane w chorobie Brighta, a nawet w padaczce, serce — jako wyciąg, pod nazwą kardyny, w chorobach serca; wyciąg ze sutek w chorobach kobiecych; gruczoły chłonne w zołzach; gruczoł krokowy w przeroście tegoż gruczołu i t. d. Wartość tych wszystkich poleceń jest zupełnie nikła.

A teraz na zakończenie parę jeszcze uwag ogólniejszej przyrody.

Rozpoczynając rzecz o organoterapii, zaznaczyliśmy na wstępie, że sprawa ta nie da się zamknąć w ramach samej tylko medycyny praktycznej, ściślej biorąc samej terapii, że trzeba jej wyznaczyć granice szersze, patrzeć na nią i i oceniać ją ze stanowiska ogólniejszego. Że zdanie powyższe nie jest czczym tylko frazesem, dowodzą aż nadto dosadnie dotychczasowe zdobycze naukowe, osiągnięte przez stosowanie organoterapii, jako metody badań ścisłych. Wszak nie da się zaprzeczyć, że metoda ta nie jedną rzecz rozjaśniła, zachwiała nie jedną teoryą, obudziła nie jedną wątpliwość, wskazała w niejednej sprawie nową drogę badań, u której celu znajdzie się może rozstrzygnięcie spraw spornych, może nawet poznanie spraw nowych, poznanie spraw biologicznych, przeczuwanych zapewne, ale niezbadanych, zagadkowych.

Do niedawna jeszcze szukano wytłómaczenia dla wielu tak zwanych czynności samodzielnych wyłącznie tylko w automatycznem poniekąd działaniu układu nerwowego. Zwoje, czy komórki nerwowe stanowią w tem pojęciu ostatnie ogniwo w szeregu innych narządów, najwyższą organizacyę biologiczną; od nich wychodzą wszystkie automatyczne podniety. Kuszono się wprawdzie o odpowiedź na bardzo naturalne pytania, co dla tych zwojów stały stanowi bodziec, tworzono teorye; ale te nie trafiały tak bardzo do przekonania i również łatwo, a może łatwiej jeszcze było obalać je, niż tworzyć. To też wiele, bardzo wiele spraw było niejasnych. Że dla przykładu wymienimy sprawę krążenia i skurczów serca, sprawę oddechania, przemiany materyi i tyle innych z fizyologii. A z patologii w iluż to razach nie umiemy znaleść istotnej przyczyny schorzenia, zwłaszcza w tak zwanych chorobach ustrojowych.

Obecnie bądź co bądź skorzej przychodzi nam wyrobić sobie sąd o niejednej sprawie. Ważyć się nawet możemy na stworzenie ogólnego obrazu fizyologicznej sprawy życia i biologicznych czynności całego ustroju. Pomimo swej misternej budowy przestaje ten ustrój być fizyologiczną tajemnicą. Pojąć go można jako organizacyę, w której niema czynników bezwzględnie podrzędnych i bezwzględnie zwierzchnich. Przy całym podziale organicznej pracy wszędzie dopatrzeć, a przynajmniej domyśleć się można wzajemnych wpływów pracujących narządów; czynność i produkcya jednego wznieca energię w drugim, lub w innych, pobudza je do czynności i tak dalej bez końca w zamkniętem kole zjawisk życiowych. Nic nas przytem nie zmusza do przyjmowania, że każdy z narządów wyposażony jest zdolnością t. zw. wydzielania wewnętrznego, że wydzielina jego krąży w całym ustroju, działa bezpośrednio; wystarczy, jeśli przyjmiemy niekiedy tylko działanie pośrednie, wpływ na zakończenia nerwów, które potem dalej przenoszą udzielone im podniety. To obraz ogólny, a szczegóły? Niektóre z nich poznaliśmy już wcale dokładnie. Wiemy, że pewne narządy posiadają zdolność przyswajania pewnych związków, tworzenia pewnych ciał o złożonej budowie, których w innych tkankach nie znajdujemy, ale które dla innych tkanek stanowią bodziec, podniecający je do czynności. A więc wydzielina nadnercza wpływa na narząd krążenia i oddechania, na układ mięśniowo-nerwowy; gruczołu tarczykowego działa na sprawy odżywcze i na sprawę przemiany materyi; podobnie wpływają jajniki i przysadka mózgowa i t. d. Każda zaś z tych czynności stanowi o ogólnej równowadze biologicznej.

Do poznania tego wszystkiego przyczyniła się w wysokim stopniu organoterapia. Powinno jej to zapewnić naj-

[73]) Jeż: Przegl. lek. 1898. S. 102.

[74]) Goldscheider: Deutsche med. Wochschft. 1894. S. 375.

[75]) Comby: Progr. med. 1893.

zupełniejsze prawo obywatelstwa w rzędzie sposobów badania, zachęcić do stosowania jej w dalszym ciągu celem dokładnego poznania wielu szczegółów, dostatecznie jeszcze nie wyjaśnionych. Być może, że zajęcie się nią ożywi się teraz na nowo i w wyższym nawet stopniu, skoro można mieć nadzieję, że przez połączenie dwóch nowoczesnych prądów w badaniach ścisłych -- organoterapii i seroterapii, — otworzy się nowszy jeszcze i szerszy widnokrąg.

Mniej korzystnie wypadnie ocena, jeśli na organoterapię patrzeć zechcemy ze strony praktycznej Leczenie zapomocą narządów zwierzęcych nie spełniło ani cząstki pokładanych w niem nadziei. I tam nawet, gdzie skuteczność niektórych przetworów wielokrotnie i niewątpliwie stwierdzono, nie może być mowy w przeważnej większości przypadków o trwałem wyleczeniu. Skutek czasowy, jak się okazało, stoi w ścisłym związku z pojęciem terapii substytucyjnej; nie działa ona dłużej, jak trwa samo leczenie. Ale i to już dobre tam, gdzie przedtem nic zdziałać nie było można. Żałować tylko wypada, że liczba przetworów organoterapeutycznych, o których w ten sposób wyrazić się można, tak bardzo niewielka. A jeszcze bardziej ubolewać trzeba nad tem, że brak ścisłości w badaniu i w rozumowaniu przyczynił tak wiele szkody organoterapii, rzeczy w samej sobie nieposledniej, że nieraz i na nie jednej twarzy pojawić się musiał sarkastyczny uśmiech nie dla złej zawsze woli, ale dla zbytniej łatwowierności i niewytłómaczonej sugestyi u lekarzy.

III. O »zaraath« biblii hebrajskiej.

Przyczynek do historyi trądu.

Podał

Dr. J. Fels.

(Dokończenie).

Przeszedłszy w ten sposób wszystkie ustępy biblii o „nega zaraath“ widzimy, że nie może to być jednolita choroba w naszem znaczeniu i że sam prawodawca biblijny rozróżnia kilka postaci owej „zaraath.“ Według naszych pojęć należy przez „zaraath“ rozumieć różne pasorzytnicze, zaraźliwe lub nie zaraźliwe choroby skórne, a nawet grzybki odzieży i grzyb murów. Mojem zdaniem jednakże różnemi postaciami „zaraath“ był z pewnością objęty i trąd w swych różnych odmianach, który przecież w starożytności był bardzo rozpowszechniony w krajach wschodnich. Ostre przepisy o odosobnieniu chorych na „zaraath“ zrozumiemy dopiero wtedy, gdy zważymy, że złośliwa przyroda trądu była już bardzo dawno znaną, i przejmowała jednostki jak i całe ludy wielką trwogą. Że pod nazwą złośliwą „zaraath“ objęto w biblii różnorakie schorzenia, wcale nas dziwić nie powinno, gdy sobie uprzytomnimy, że i najlepsi lekarze do niedawnych czasów zaliczali do trądu również różne przewlekłe choroby skórne, a nawet ogólne; a ścisłe i dokładne opisy trądu są zasługą dopiero najnowszych badaczy. Natomiast we wszystkich czasach mieszano formy trądu z różnemi postaciami kiły, zołzów etc.

Nawet starannie i ze znawstwem opracowane poglądy Müncha[6]) nie są słuszne. Twierdzi on, że „z pewnością w dawnym Egipcie nie mógł jeszcze trąd panować, gdyż historycy musieliby przecież niejednokrotnie wspominać o chorobie, która przez straszne oszpecenie ciała wszędzie i zawsze budziła ogólny wstręt i postrach.“ A czyż nie był to wstręt i postrach przed chorymi, jeżeli ich wydalano z siedziby gminy i z zawiniętą głową zmuszano wołać przed sobą: „jam nieczysty?“ Jeżeli pierwotną siedzibą Egipcyan były Indye, gdzie trąd według wszelkich danych panował od najdawniejszych czasów, czyż mamy wątpić, że sami Egipcyanie mogli zawlec tę chorobę z miejsca pierwotnej swej siedziby?

Tak samo niesłuszne jest zdanie Müncha, że „zaraath“ jest tylko białością skóry (*vitiligo*). Rozebraliśmy dokładnie wszystkie objawy plagi „zaraath,“ które wcale nie odpowiadają białości skóry. A wiersz 39. opiewa wyraźnie, „jeżeli mężczyzna albo kobieta dostaje białych lub ciemno-białych plam, to to jest wysypka, a nie zaraath, i chory jest czystym.“ Otóż raczej ten opis odpowiada białości skóry. Czyż wreszcie w białości skóry zdarza się biała wyniosłość i bujna ziarnina, jak opiewa wiersz 10. i 11. o zastarzałej „zaraath?“

Zdanie Hebry, jakoby „zaraath“ była tylko świerzbem i kiłą również nie wytrzymuje krytyki, jak każdy czytelnik z poprzedzających wywodów mógł się przekonać.

Aby zrozumieć dokładnie tę sprawę, trzeba zresztą koniecznie wejść w ducha i oprzeć się na etymologii języka hebrajskiego, nie wystarczy zaś przeczytanie drukowanego tłómaczenia biblii. Tłómaczenia te grzeszą bowiem brakiem należytej ścisłości, jakiej właśnie wymaga rozstrzygnięcie zagadnienia naukowego. Dowolnie mięsza się w nich wyrażenia liszaj, świerzb, blizna, plama, albo mięso żywe i mięso zdrowe, a w rozpowszechnionem tłómaczeniu polskiem biblii dokonanem przez Wujka[7]) „zaraath“ kilkakrotnie przetłómaczono przez wyraz „świerżb“. Z tych przeto tłómaczeń mogą powstać tylko jeszcze większe nieporozumienia, a przeczytawszy takie tłómaczenie jest się już z góry w pewnym kierunku uprzedzonym, bo jedno niewłaściwie przetłómaczone słowo może całe badanie sprowadzić na fałszywą drogę.

Niestety zdarzyło się to i znawcy języka hebrajskiego, Doktorowi S. Finaly w Budapeszcie[8]). Na wprost fałszywych założeniach i tłómaczeniach oparł on swoje przypuszczenie, że „zaraath„ jest wyłącznie tylko kiłą. Ponieważ בשר ma kilka synonimów: mięso, ciało, prącie, co znaczy skóra prącia i inne, twierdzi on, że tu ער בשרו i uważa cały traktat o „zaraath“ za opisy różnych postaci kiły. Przytem pomaga sobie Finaly zupełnie dowolnem i jego zapatrywaniom dogadzającem, lecz wprost fałszywem tłumaczeniem wielu innych słów (נגע צרעת-wrzód kiłowy, בשר חי-kłyciny sączące, צרעת נושנת-kiła ogólna trzeciorzędna zamiast —„plaga zaraath, żywe mięso, stara albo zajadła zaraath“), a gdzie mu i to nie wystarcza, zmienia on słowa tekstu biblijnego, tłómacząc się tem, że zostały one z biegiem czasu poprzekręcane przez przepisywaczy (sofrim). Zamiast שער twierdzi on, że ma być שעיר, więc zamiast „włosy“ „kropla,“ a jak on twierdzi „ropa“ etc.; wogóle tłómaczy on jedno i tosamo słowo coraz inaczej, tak jak mu właśnie dla jego widzimi-

[6]) Der Aussatz in Aegypten zu Moses Zeiten. Dermatol. Zeitschrift Bd. I, Heft 3.

[7]) Jakób Wujek w Wągrowa 1540—1597, jego przekład biblii używany jest dotychczas.

[8]) Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1870 i „Ben Chananja« rocznik IX, Nr. 39.

się potrzeba i tworzy w ten sposób z przepisów biblii o „zaraath" dokładny obraz wszelkich postaci kiły, które dopiero wytrawni badacze w nowszych czasach oddzielili i określili. Po takich wywodach może Finaly oczywiście przyjść do wniosku, że „Mojżesz jako lekarz stoi zupełnie na wyżynach najnowszej wiedzy" (sic)! [9]) Finaly zresztą w swoich wywodach ogranicza się do pierwszych trzech ustępów traktatu biblijnego pomijając zupełnie „zaraath," powstały w miejscu oparzenia, „zaraath" na skórze pokrytej włosami i na łysinach i o „zaraath" odzieży i domów, których w żaden sposób nie mógł przekształcić na kiłę. Jeżeli Brainim [10]) uważa „zaraath" za strupień woszczynowaty i liszaj wyłysiający, to może się to odnosić tylko do piątej postaci t. j do „zaraath" głowy i brody.

Przytoczę jeszcze teokratyczne wywody talmudu. Plaga zaraath jest karą boską, która najpierw nawiedza dom grzesznika, a mianowicie oszczercy t. j tego, który „wyciąga złe" u drugich. Jeżeli grzesznik nie powróci do dobrego, to zaraath nagabuje odzież, a jeżeli i teraz się nie poprawi to dotknie ona jego ciało. Odosobnienie na 7 lub 14 dni następuje dla pokuty, by chory przez ten czas modłami i ofiarami przebłagał Boga. A ponieważ „zaraath" jest karą boską za popełnione grzechy, ma orzekać kapłan, a nie lekarz lub mędrzec, czy chory jest czysty lub nie.

Wreszcie i Glück niesłusznie twierdzi, że w biblii jest mowa o postaciach „zaraath," które ustępowały po siedmiu lub czternastu dniach. Biblia jedynie nakazuje kapłanom, w przypadkach wątpliwych i nie wybitnych odosobnić chorego na siedm. lub czternaście dni (dla obserwacyi), by stwierdzić, czy choroba się dalej posuwa lub nie. Również nie ma mowy o nieuleczalnych odmianach „zaraath", a „nega zaraath" nie znaczy „plaga ciężka, nieuleczalna," lecz „plaga, choroba albo wysypka zaraath" i w całym traktacie przecież ciągle się mówi o „nega zaraath." O nieuleczalności lub czasie i sposobach leczenia nie ma wogóle wzmianki; są tylko przepisy dla kapłana, jak ma postąpić, gdy „zaraath" opuści chorego, który mieszkał w odosobnieniu poza obozem (rozdział 14, wiersz 1—32). Wyleczony musi złożyć Bogu różne ofiary, włosy na całem ciele należy mu zgolić, musi się kąpać, odzież czyścić i kapłan ogłosi go czystym.

A zatem: Przez „zaraath" biblii hebrajskiej należy rozumieć oprócz innych chorób skórnych na pewno i trąd, lecz oczywiście nie w znaczeniu najnowszych zdobyczy nauk lekarskich. Zaliczano bowiem do trądu jeszcze inne choroby skórne, a nawet ogólne, jak to się działo jeszcze przez trzy tysiące lat potem. I nie mogło być inaczej, skoro sobie uprzytomnimy, ile trudów, jak dokładnych i obszernych badań największych leprologów ostatnich czasów było potrzeba, by poznać i dokładnie wyobrębnić obraz choroby trądu. Było to tylko możebne za pomocą nadzwyczajnych wysiłków i najnowszych sposobów badania. Tym, którzy się dziwią, że w prastarej biblii hebrajskiej trąd nie jest tak dokładnie opisany, jak w najnowszych podręcznikach, pozwolę sobie zadać pytanie, czy która z innych chorób była dawniej również tak dokładnie znana, i opisana we wszystkich swych postaciach, jak obecnie?

[9]) Zresztą dziś już naukowo udowodniono, że nie Mojżesz jest autorem biblii, lecz że została ona ułożoną o wiele później, za czasów królestwa judajskiego przez kilku autorów.

[10]) Vide l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Karol Rychliński. **Opieka nad umysłowo-chorymi w Europie XIX wieku.** (Odbitka z „Ateneum." Warszawa. 1901).

W broszurce o 80 stronach druku daje nam autor, znany ze swych prac z zakresu psychiatryi i neuropatologii, treściwy, nader zajmujący, mimo licznych a koniecznych tablic statystycznych, zaprawiony zacną tendencyą zarys opieki nad obłąkanymi w poszczególnych krajach Europy, z szczególnem uwzględnieniem opieki nad obłąkanymi w Rosyi i Królestwie. Żałować tylko z góry nam trzeba, że ta cenna praca prawdopodobnie nie rozpowszechni się przedewszystkiem, zwłaszcza u nas, w tych kołach, któreby stanowiskiem swem, wpływami itd. mogły się dosadnie przyczynić do zwrotu na lepsze w opiece nad obłąkanymi, tak wielce u nas zaniedbanej Umieszczenie pracy tej nie w łamach zawodowego pisma lekarskiego, lecz w „Ateneum," dowodzi niezbicie, iż zamiarem autora, zupełnie słusznym, było, aby uwagi jego trafiły do miarodajnych sfer nielekarskich.

Jako sprawozdawca, nie mogę streszczać pracy Dr. R.: byłoby to, zwłaszcza w skróceniu, niemożliwe i bezkorzystne; zamiarem moim jest zwrócić tylko uwagę wszystkich kolegów na tę wielce aktualną, a znakomicie przeprowadzoną pracę i to tem bardziej, ile że gdzieindziej nader obfite publikacye na przerzeczony temat, u nas są zaledwie białym, krukiem.

Żałować wypada, że autor, podający tyle szczegółów co do rozwoju opieki nad obłąkanymi w Królestwie, a potem w Rosyi, Anglii, Belgii, Francyi, Włoszech, Niemczech, Skandynawii, Holandyi, Szwajcaryi, Stanach Zjednoczonych, a wreszcie w poszczególnych krajach Austryi, nie wspomina ani słowem o opiece, a raczej o zakładach, liczbie miejsc i stosunku ich do ogólnej liczby obłąkanych w Galicyi. Nie przeczę, że temat ten, odnośnie do naszego kraju koronnego, nie jest zbyt zachęcającym, skoro pod tym względem, mimo autonomii, nie przewyższamy Królestwa, jak to zresztą wynika z uwag moich, zamieszczonych w końcowych zeszytach „Przeglądu lek." z r. 1900, ani też może zbyt łatwym, skoro mało jest u nas w tym względzie materyału literackiego, ogólnie dostępnego; lecz zato trud autora byłby może w skutkach donioślejszym i wdzięczniejszym, niż moje słowa, które w roku zeszłym, niestety, przebrzmiały w kołach naszych posłów sejmowych bez oddźwięku!

Skoro zdanie „*nemo propheta in patria*," niestety, zawsze jeszcze, a szczególnie u nas, znajduje poparcie i posłuch, to może zdanie Szanownego Kolegi „z za granicy" trafiłoby prędzej i do przekonania i do serc! Do serc! bo sprawa zaniedbywanej u nas opieki nad obłąkanymi jest już nie tylko sprawą chłodnej rozwagi, lecz sprawą, poruszającą miękką strunę uczucia.

Jak już na wstępie nadmieniłem, nie jestem w stanie streścić pracy Kolegi R., ale nie mogę też pominąć sposobności, by nie powtórzyć za nim kilku jego niezbitych, niewzruszonych, a pięknych uwag. I tak, na str. 1. znajdujemy przepiękne zdanie: „zaniedbanie, w którem żyją umysłowo-chorzy i upośledzeni na umyśle, znacząc swe kroki nieraz krwią lub pożogą, a zawsze łzą i utrapieniem tych, którzy mają nieszczęście mieć w gronie swej rodziny obłąkanego, — stanowczo wymaga prędkiego usunięcia."

Motywy dla tego wezwania do usunięcia braków w opiece nad obłąkanymi podaje R. na str. 15. „Znając trudne warunki, w jakich odbywać się musi opieka nad obłąkanym w warunkach domowych, śmiało rzec możemy, że więcej, niż drugie tyle ludzi zdrowych, ilu jest obłąkanych, poza

zakładem pracować nie może. Społeczeństwo, które nie myśli o pielęgnowaniu obłąkanych, traci ekonomicznie nie tylko tyle, ile warta byłaby praca ich, jako jednostek zdrowych, lecz traci jeszcze dwa razy więcej, odciągając od pracy osoby zdrowe, które dozorowaniem chorego zająć się muszą. Jeżeli bowiem dozoru tego brak, zagrody całe z dobytkiem martwym i żywym idą częstokroć z dymem pożaru; życie ludzi pełnych energii często skazane jest na zagładę; .... inna jeszcze strata materyalna: wiadomo, że często bardzo choroba przechodzi w stan przewlekły dla tego tylko, że chory od początku cierpienia nie był leczony.“ Motywa te są chyba niezbite, a że odpowiadają nie tak rzadkiej rzeczywistości, pouczają mnie dwa smutne zdarzenia w naszym kraju z ubiegłego lata, ogłoszone w dziennikach. Z tych jeden tkwi mi dobrze w pamięci, gdyż z polecenia Sądu zająłem się nim bliżej. Młodego wieśniaka wypuszczono z początkiem czerwca z zakładu obłąkanych „dla braku miejsca,“ jako spokojnego, bo takim był w szpitalu istotnie, lecz nie uleczonego, — a z końcem czerwca musiano go napowrót przyjąć, gdy wyrwawszy się przez rozbite przez siebie sklepienie w wiejskiej piwnicy, gdzie go z powodu groźnej po stawy zamknięto, zabił kołem własnego teścia i spalił swoją, zagrodę, przed rokiem dopiero postawioną. Panika we wsi kilkudniowa wstrzymywała ludzi od pracy w polu; nieszczęsny chory za powrotem swoim do szpitala, prócz lżejszych ran oparzelinowych, miał niemal całe ciało pokryte sińcami wskutek łowów, jakie na szaleńca urządzili przerażeni sąsiedzi. Takie przypadki, to wymowna ilustracya do znakomitych uwag autora.

Z części pracy autora, w której omawia opiekę i ustawodawstwo odnośne do obłąkanych w poszczególnych krajach Europy, nie mogę przemilczeć nader odrębnej cechy ustawodawstwa wysoko kulturalnej Skandynawii. Podczas gdy w Austryi nieuzasadniona jakaś niechęć do stanu lekarskiego objawiła się przed niedawnym czasem publicznem nawoływaniem, aby stworzyć areopag laików, któryby wydawał swą opinię o poszczególnych obłąkanych, uznanych za takich przez lekarzy, czy oni w istocie są obłąkanymi i czy opieki w zakładach potrzebują, to ustawodawstwo skandynawskie nie zna przepisów, któreby tamowały możność przyjęcia do zakładu obłąkanych człowieka zdrowego, bo wypadki takie „mogą się zdarzyć w romansach, lecz nie w życiu codziennem,“ jak to słusznie R. brak tych przepisów w Skandynawii komentuje. W Norwegii nie wydaje rząd koncesyi na zakłady prywatne; wszystkie bowiem zakłady tamtejsze są albo państwowe, albo gminne, z wyjątkiem tylko jednego prywatnego. Do przyjęcia chorego wystarcza tylko uznanie lekarza zakładu. Mimo tych pozornych luk w ustawodawstwie, nie skrzywdzono dotąd żadnego człowieka. Zasada rządu norwegskiego, „że opieki nad obłąkanymi nie należy oddawać w prywatne ręce“ jest bardzo odpowiednia, nie dla tego, żeby zachodziła obawa łatwiejszej możności karygodnego pomieszczenia w takich zakładach ludzi zdrowych na umyśle, gdyż prędzej się może zdarza, że w zakładach takich łagodzi się nieraz miano „obłąkanie“ mianem newinnem „rozdrażnienie nerwowe, nerwica itd.“, lecz dlatego, że zadaniu tak trudnemu, odpowiedzialnemu, a zarazem doniosłemu, najlepiej odpowiada powaga instytucyi publicznych, państwowych.

Znakomitą pracę autora, za którą mu się szczera wdzięczność należy, kończą wnioski, zdążające do zmiany ustawodawstwa dla obłąkanych w Rosyi, podane przez Dra Konstantinowskiego (str. 44, 45), oraz nader cenne wnioski doświadczonego w zawodzie samego autora.

Wachholz.

V. Wyciągi.

Pel (Amsterdam). **Bąblowiec płuc pod klinicznym obrazem ostrego zapalenia płuc i opłucnej.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 34, 1901). Rzadko kiedy pojawia się bąblowiec płuc wśród szczególnych znamiennych objawów; przebieg bowiem cierpienia przypomina zbyt dobrze gruźlicę, zapalenie opłucnej, a często gęsto nie można stwierdzić za życia chorego żadnych uchwytnych objawów: cierpienie jest utajone. Kliniczne bowiem oznaki bąblowca płuc, jak np. suchy, męczący lub kurczowy kaszel, czasami krwioplucie przy braku wychudnienia, brak łaknienia, ostro odgraniczone wypuklenie ściany klatki piersiowej, stłumiony odgłos wypukowy i t. d., są prawie zawsze niestałe i złudne, mogące także pojawić się w przebiegu innych chorób narządu oddechowego. Dopiero badanie pośmiertne, zabieg operacyjny lub wreszcie przekłócie próbne, wyjaśniają sprawę stwierdzając znamienne części pasorzyta. Analogiczny przypadek opisuje Pel, tyczący się 37-letniego kupca, u którego rozpoznano włóknikowe zapalenie płuc po stronie prawej w okresie rozdzielania się, suche zapalenie opłucnej, rozległy nieżyt oskrzelowy i otok opłucnowy po stronie lewej. Próbne przekłócie wykazało cuchnącą ropę, skutkiem czego wykonano nacięcie klatki piersiowej, — chory w dwie godziny po operacyi zmarł. Tak operacya jak i badanie pośmiertne stwierdziły torbiele bąblowca, szczególnie w górnym płacie prawego płuca znajdował się torbiel wielkości głowy dziecka.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. Mendelsohn (Berlin). **Uciskowe leczenie** (*Compressionstherapie*) **chorób sercowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 34, 1901). Zdaniem autora uciskowe leczenie jedynie w tych tylko przypadkach chorób serca może dać korzystny wynik, które łączą się z powiększeniem serca, a więc z przerostem i rozstrzenią lewej jego komory; w zaburzeniach zaś nerwowych, w czystych wadach zastawkowych, w przebiegu których nie przychodzi do znaczniejszego powiększenia serca i w zwyrodnieniu mięśnia — nie można się spodziewać pomyślnego skutku. Inaczej rzecz się ma w przypadkach wyraźnego powiększenia lewej komory serca. Tu prawdopodobnie wchodzą w grę dwa czynniki, powodujące znane podmiotowe zaburzenia sercowych chorych: 1) rozległy i bezpośredni uraz, na który wystawiona jest ściana klatki piersiowej, skutkiem przylegającego do niej na większej przestrzeni i silniej pracującego serca: 2) podrywanie i systematyczne naciąganie wszystkich tych części, do których serce jest przyczepione, — tyczy się to szczególnie łuku tętnicy głównej, tembardziej, że serce prawie z reguły w takich razach stoi niżej i jest cięższe, posiadając przytem większą ruchomość. Wobec tego należy przyjąć, że źródło tych wszystkich podmiotowych zaburzeń, na które tacy chorzy się skarżą, nie leży w sercu, lecz w silniejszych lub słabszych drżeniach ściany klatki piersiowej, — ustalając więc od zewnątrz i w okolicy serca klatkę piersiową, usuwa się, a przynajmniej zmniejsza, te wszystkie wstrząśnienia, na które ona jest narażoną, pomimo, że same uderzenia serca nie stają się słabsze. Tego rodzaju ustalenie dokonywa się zapomocą elastycznej opaski (nakształt paska przepuklinowego), przymocowanej do całej okolicy serca. Cała więc wartość opisanej metody zasadza się na usunięciu męczących objawów podmiotowych, ale o leczeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy być nie może. Oczywiście, że nie należy przytem zaniedbywać i innych środków leczniczych.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. J Bronstein. **W sprawie tępienia szczurów zapomocą prątka Danysza.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1901. Nr. 34). Po uprzedniem przekonaniu się, iż prątek Danysza nie jest szkodliwy dla zwierząt domowych, autor przeprowadził doświadczenia z tym prątkiem na 60-ciu szczurach, podając im go w jedzeniu, lub zastrzykując podskórnie. Na podstawie tych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, iż rzeczywiście prątek Danysza może być stosowany z dobrym wynikiem do tępienia szczurów; winno się jednakże zwracać uwagę na gatunek szczurów, gdyż hodowla wzmocniona przy przeprowadzaniu jej n. p. przez białe szczury, działa należycie tylko na szczury białe, podczas gdy inne gatunki są na nią dość odporne. Celem więc wytępienia szczurów w pewnej miejscowości, autor radzi wzmacniać hodowlę przez szczury, pochodzące z tejże miejscowości, i dopiero wtedy stosować do wygubienia szczurów.

Gliński.

Dr. Lucyan Bolack i Dr. H. Bruns. **Ropień pochewki mięśni prostych brzucha w przebiegu duru brzusznego.** (*Deutsche medic. Wochs.* 1901, Nr. 35). Autorowie opisują przypadek duru brzusznego u 26-letniego mężczyzny, u którego w 4-tym tygodniu choroby wytworzył się ropień w prawem podbrzuszu o obrysach, odpowiadających przebiegowi mięśnia prostego brzucha; w dwa tygodnie później wytworzył się podobny ropień w lewem podbrzuszu. Pierwszy z tych ropni po nacięciu i wypuszczeniu ropy rychło się wygoił; drugiego ropnia nie nacinano, tutaj po upływie czterech tygodni nastąpiło wessanie. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na wynik szczegółowego badania bakteryologicznego, które wykazało w ropie wypuszczonej z pierwszego ropnia czystą hodowlę prątka durowego, a więc podobnie, jak to ma miejsce w innych

okolicach ciała przy durze i tutaj ropienie powstało na tle prątka durowego. Wytworzenie się tych ropni w obrębie mięśni prostych brzucha objaśniają autorowie z jednej strony mniejszą jadowitością prątka durowego w okresie zdrowienia chorego, z drugiej zaś strony — zmianami anatomicznemi w mięśniach prostych brzucha w durze brzusznym (zwyrodnienie woskowate, krwotoki) i ztąd pewną skłonnością tkanki do tego rodzaju spraw. W końcu zwracają uwagę autorowie na względnie dobrotliwy przebieg spraw ropnych na tle prątka durowego i radzą z tego względu nie spieszyć się zbytnio w takich razach z zabiegiem operacyjnym. *Dr. Gliński.*

Fischer. **Dwa przypadki zgorzeli karbolowej.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 32). Przypadki te dotyczyły dwóch braci, u których rozwinęła się zgorzel piątego palca lewego, względnie drugiego prawego, po owinięciu go płótnem, umaczanem w karbolu. Zgorzel rozwinęła się w 48, względnie 72 godziny. Skaleczenie było w obydwóch przypadkach bardzo nieznaczne i w obydwóch okazało się koniecznem odjąć dwa końcowe człony. Kwasota płynu, w którym zamaczane były kawałki płótna, wynosiła 1,7%. Z powodu tego, że zgorzel ta spostrzegana była jednocześnie u dwóch braci, i że wystąpiła po względnie słabym rozczynie kwasu karbolowego, autor wyraża zdanie, czy tutaj nie trzeba przyjąć pewnej rodzinnej idyosynkrazyi do kwasu karbolowego.

Dr. Teofil Zalewski.

Haenel. **O leczeniu ran.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 32). Antyseptyka znana już była przed 2500 laty. Autor obecnie od lat 10-ciu operuje i opatruje rany, gdzie tylko się da aseptycznie. Dokładne przeprowadzenie odkażenia rąk ułatwia staranne ich pielęgnowanie. Autor byłby za używaniem rękawiczek nieprzepuszczalnych, szczególnie przy operowaniu w jamach ropiejących, lub przy badaniu miejsc zakażonych. Nadto wskazanem jest unikanie dotykania zakażonych rzeczy nietylko bezpośrednio przed operacyą, lecz i w życiu codziennem. Ręce po dokładnem obmyciu mydłem i szczotką myje w wyskoku. Doświadczenia, jakie przeprowadził, wykazały, że w 5% otrzymano wyjałowienie rąk zupełne.

Do podwiązek i szwów używa teraz tylko jedwabiu, choć mówi, że już podczas samego nakładania podwiązek i szwów jedwab łatwiej się z rąk zakaża, niż katgut lub drut, gdyż powierzchnia nici jedwabnych jest mniej gładka. Ropienie koło podwiązek i szwów jedwabnych jest dowodem, że ręce były źle wyjałowione, a jedwab jest kontrolerem naszej aseptyki rąk. Przy dłużej trwających operacyach radzi przed zakładaniem podwiązek i szwów ręce ponownie odkazić.

Co do leczenia ran ropiejących, to i w tych przypadkach unika przepłókiwania, a ogranicza się do zapewnienia wydzielinie jak najlepszego odpływu; zwraca uwagę na częste zmienianie opatrunku. Jeżeli tamponuje ropiejącą ranę gazą jodoformową, to nie w tem przekonaniu, że ta gaza będzie tamowała rozwój bakteryj w ranie, ale w mniemaniu, że będzie powstrzymywała rozkład wsiąkniętej do gazy wydzieliny. Różę przyranną spostrzegał w 0,11% przypadków leczonych. *Dr. Teofil Zalewski.*

Lohsse (Magdeburg). **Przypadek znacznego przemieszczenia serca ku stronie prawej w następstwie marskości płuca prawego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 34, 1901). Rozpoznanie oparł autor na następujących danych: Z wywiadów i dawniejszych wiarogodnych badań zostało stwierdzonem, że u badanego chorego był dolny płat prawego płuca zmieniony gruźliczo; to samo płuco prawe jest w całości skurczone skutkiem bliznowatego stwardnienia tkanki łącznej; — skurczenie to jest nader znamiennie rozwinięte i stoi w ścisłym związku z przemieszczeniem serca. Dalej zostało stwierdzone zlepne zapalenie opłucnej, o którem wiadomo, że prawie z reguły towarzyszy przewlekłem skurczeniu się płuc i prawdopodobnie także odgrywa niepoślednią rolę tak przy przemieszczeniu serca, jak i przy ogólnych zmianach kształtu klatki piersiowej. Na zasadzie zaś badania przedmiotowego (bezwzględne, nader oporne stłumienie odgłosu wypukowego po stronie prawej z tyłu, dołu i z boku i drżenie zupełnie zniesione) można wywnioskować, że rzeczywiście istnieją opłucnowe naloty. Również wyraźne i w oczy bijące jest zaklęśnięcie ściany klatki piersiowej po stronie prawej i z dołu, jakoteż znaczne zwężenie przetworów międzyżebrowych po tejże samej stronie, w porównaniu z ich wypukleniem po stronie lewej; ostatnia okoliczność, wraz z innemi, wskazuje na rozedmę zastępczą. Wreszcie, po stronie lewej jest zupełny brak stłumienia odgłosu wypukowego, odpowiadającego granicom i położeniu serca; brak zupełny tonów sercowych i uderzenia koniuszkowego; — prześwietlanie lewej strony klatki piersiowej nie stwierdza ani śladu cienia serca. Natomiast można po stronie prawej wyraźnie stwierdzić przytłumienie odgłosu wypukowego, odpowiadające sercu, — tony sercowe i tętnienie; również i prześwietlanie po stronie prawej dało wynik dodatni. Serce więc było *in toto* przemieszczone. Nadmienić nadto wypada, że zaburzeń w krążeniu nie było. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. Egon Ranzi. **Przyczynek do etyologii ropni wątrobowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1901, Nr. 34). W zakładzie anatomii patologicznej Prof. Weichselbauma badał autor bakteryologicznie przypadek, dotyczący 62-letniego mężczyzny, u którego sekcya wykazała kamienie żółciowe, porozszerzanie przewodów żółciowych skutkiem uwięźnięcia kamienia we wspólnym przewodzie żółciowym i liczne ropnie wątroby; te ostatnie dały powód do wytworzenia się ropnia podprzeponowego i ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej. Badanie bakteryologiczne ropy z trzech ropni w wątrobie, z ropnia podprzeponowego, oraz z jamy brzusznej, wreszcie badanie treści woreczka żółciowego, wykazało wszędzie czystą hodowlę prątka z otoczką, którego zachowanie się w hodowlach, cechy morfologiczne, oraz działanie na zwierzęta przemawiają za tem, iż autor miał do czynienia z prątkiem Friedländera (*bacillus pneumoniae Friedl.*); prątki te autor wykazał również (mikroskopowo) w wątrobie i w ścianach woreczka żółciowego, oraz w brodawkowatych wyroślach na zastawce dwudzielnej. Zdaniem autora, zakażenie prątkami Friedländera dróg żółciowych nastąpiło od strony dwunastnicy, dokąd dostały się te prątki z pokarmami z jamy ustnej, gdzie, jak wiadomo, prątki te mogą przebywać, nie wywołując żadnych zmian. (Tłómaczenie to autora nie wydaje się przekonywującem: badanie bakteryologiczne treści jelitowej, oraz drobnowidowe ścian jelita, nie wykazało tam obecności prątków Friedländera; z drugiej strony badania lat ostatnich wykazują, iż rozmaite drobnoustroje, dostawszy się do woreczka żółciowego, mogą tam przebywać całemi latami, powodować stan zapalny błony śluzowej woreczka i w ten sposób usposabiać do tworzenia się kamieni żółciowych ze wszystkiemi ich następstwami. I u nas przed dwoma laty Dr. Droba [1]) opisał przypadek kamieni żółciowych, do wytworzenia się których dały podnietę prątki durowe, które w 17 lat po przebytym durze zostały wykazane zarówno w treści woreczka żółciowego, jak i w jądrze kamieni. Prawdopodobniejszem więc i w tym razie wydaje się przypuszczenie, iż zakażenie dróg żółciowych prątkami Friedländera nastąpiło przed trzema laty, w którym to czasie, jak podaje autor, chory miał przebyć zapalenie płuc. (*Przypisek referenta*). *Gliński.*

I. Wiener. **Objaw moczenia krwią** (*New-York Med. Jour.* 9 marca 1901 r. *Internat. Med. Magaz.* maj 1901). Jeżeli chory cierpi na moczenie krwawe, autor usilnie wyjaśnić:

I. Z której części dróg moczowych krew pochodzi? a do tego służą: 1) wywiady: *a*) wpływ dziedziczności, *b*) poprzednie cierpienia, *c*) wiek, *d*) czas w którym krew w moczu występuje, *e*) częstość i trwałość krwawienia, *f*) wpływ ruchu i zupełnego spokoju. 2) Badanie moczu: *a*) makroskopowe, *b*) chemiczne, *c*) drobnowidowe. 3) Badanie poszczególne narządów moczowych: *a*) cewki moczowej, *b*) gruczołu krokowego, *c*) pęcherza, *d*) nerek.

II. Co wywołuje krwawienie? *a*) jeżeli krew pochodzi z cewki moczowej, mamy do czynienia ze zwężeniem lub urazem; *b*) jeżeli z gruczołu krokowego — przerost, kamień lub nowotwór: *c*) z pęcherza — kamień, gruźlica, niezłośliwe i złośliwe nowotwory; *d*) jeżeli z nerek — najczęściej znajdujemy: kamienie, gruźlicę, guzy lub następstwa urazu. *St. Rudzki.*

T. Melrae. **Ból brzucha w durze brzusznym.** (*New-York Med. Jour.* 4 maja 1901, — *The Lancet* 1 czerwca, 1901). Autor opisuje wyniki spostrzegania 500 przypadków duru brzusznego (w klinice prof. Oslera) w kierunku istnienia bólu brzucha. W 206 przypadkach (41%) nie było ani bólu, ani nadczułości brzucha: w 72 — (14%) była tylko nadczułość bez bólu, w 222 — (45%) ból dawał się spostrzegać w różnych okresach choroby: w tej ostatniej gromadzie w 61 przypadkach ból był tylko na początku choroby, w 161 zaś (32%) w jej przebiegu. Rzecz ciekawa, że w pierwszej gromadzie (bez bólu i nadczułości) były przypadki z objawami, którym ból zwykle towarzyszy (odęcie, biegunka, krwotok); wogóle jednak przebieg duru u tych chorych był lekki; zejść śmiertelnych było 8. Ból brzucha na początku duru brzusznego może spowodować mylne rozpoznanie: jeżeli jednocześnie jest biegunka. a gorączki wielkiej niema, — można zapalenie jelit przypuszczać; jeżeli objawy brzuszne są ciężkie i mamy ograniczoną nadczułość, twardość itd. — mylnie można podejrzywać przebicie wyrostka robaczkowego, lub zapalenie otrzewnej. Błędy takie popełniono w czterech przypadkach autora. Warunki zjawienia się bólu brzucha w przebiegu duru brzusznego są jak najrozmaitsze; przyczyny mogą być następujące: 1) stany, nie mające nic wspólnego z główną chorobą: histeria, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc,

[1]) »Przegląd Lekarski« 1899, Nr. 27 i 28.

przepełniony pęcherz moczowy, skurcze porodowe, miesiączka; 2) zaburzenia żołądka i jelit nie stanowiące powikłania duru, (spożycie pokarmów stałych wbrew poleceniom lekarza, silne wymioty, zatwardzenie, czasem zastosowanie enemy, najczęściej biegunka); 3) cierpienia brzuszne, nie będące w związku ze swoistą sprawą durową w jelitach: n. p. zapalenie wyrostka robaczkowego (nie durowe), zapalenie otrzewnej, wychodzące z narządów płciowych kobiecych, zapalenie pęcherzyka żółciowego, ropień wątroby i t. p., a najczęściej nadczułość śledziony; 4) bólowi towarzyszył krwotok z kiszek w 14-tu przypadkach z ogólnej liczby 36 tego powikłania; w pewnych przypadkach ból występował napadowo, w innych był bardziej stały; 5) ból od przedziurawienia jelit był spostrzegany w 13-tu przypadkach i zawsze w znacznym stopniu: ból ten w 10-ciu przypadkach występował nagle, w trzech natomiast przedziurawienie nastąpiło dopiero w kilka (5, 9 i 10) dni po napadzie bólu. U czterech chorych wymioty towarzyszyły bólowi. W trzech przypadkach chorzy odczuwali ból w narządzie rodnym; nagłe zjawienie się takiego bólu zawsze przemawia za przedziurawieniem jelit; 6) wreszcie w 70-ciu przypadkach (prawie $^1/_3$ ogólnej liczby) przyczyny bólu wykryć się nie udało: natężenie bólu u takich chorych bywało nieznaczne, trwałość niewielka; większość przypadków niczem nie wyróżniała się w swym przebiegu; — u pewnej jednak gromady były objawy bardzo podobne do tych, które spostrzegamy przy przedziurawieniu jelit: ból, twardość i t. d. Należy przypuszczać, że było tu jakieś zapalne powikłanie, nie dające się określić. *St. Rudzki.*

Prof. Dr. E. Küster. **Chirurgia nerek w XIX stuleciu.** *(Archiv Langenbecka* T. 64, Z. 3). Właściwa chirurgia nerek rozpoczyna się od roku 1869, kiedy to Gustaw Simon wykonał świadomie pierwszą nefrektomię. Powoli operacya ta coraz częściej bywała stosowaną, a dziś już mamy opisanych 1209 przypadków wycięcia nerki. W ostatnich latach zaznaczył się znakomity postęp w wynikach. Gdy bowiem pierwotnie liczono 44·63% bezpośredniej śmiertelności, dziś mamy tylko 16%. Na poprawę taką złożyło się wiele warunków. Do tych zaliczyć należy, między wielu innymi, najświeższą zdobycz na polu oznaczania wytrawności czynnościowej nerek. Do tego celu podał Achard błękit metylenu, Koranyi kryoskopię moczu i krwi, Mehring próbę floridzinową; inni zalecali oznaczanie ilościowe mocznika, chlorków i t. d. Praktyka wykazała, że do celów chirurgicznych nie wystarcza żadna metoda sama przez się. W każdym przypadku kombinować trzeba ureteroskopię z kryoskopią krwi i moczu i reakcyę potloridzinową. W szczególnych i nader wyjątkowych przypadkach nie wystarczy i ta kombinacya, i wtedy trzeba się uciec do odsłonięcia nerek. W dalszym ciągu omawia autor z ogólnego, głównie historycznego stanowiska, poszczególne operacye dokonywane obecnie na nerkach. *Herman.*

W. Dubreuil. **O wypryskach ortoformowych.** *(La Presse médicale* 1901, Nr. 40). Pierwsi autorowie, którzy przeprowadzili badania nad ortoformem, podnosili jego nieszkodliwość i uśmierzający wpływ na bóle, którеto własności miały być w związku z jego nierozpuszczalnością. Już doświadczenia z jodoformem lub salolem, które również są nierozpuszczalne, dozwalały wątpić o nieszkodliwości ortoformu. D. opisuje trujące skutki stosowania ortoformu. Są to w pierwszym rzędzie wysypki rumieniowe, bądź ograniczające się do miejsca bezpośredniego zastosowania leku, bądź obejmujące mniejszą lub większą sąsiednią przestrzeń skóry, albo też uogólniające się na całem ciele. Niejednokrotnie prócz tych rumieni tworzą się pęcherzyki, a nawet większe pęcherze, zawierające treść surowiczą, pokrywające się potem strupkami. Wypryskom tym towarzyszy gorączka, wzmagająca się przy każdem nowem zastosowania ortoformu, aż do 39° C., oraz bóle głowy, brak apetytu, nudności i wymioty. Do wywołania zjawisk zatrucia wystarczy stosowanie ortoformu na skórę zdrową, nieowrzodziałą. Prócz powyższych wystąpić mogą wypryski, połączone ze wrzodami zgorzelinowymi, nader bolesnymi, które już dawniej opisywał Asam. Jedno ze spostrzeżeń autora jest tyle ciekawe, że ostry wyprysk, powstały pod wpływem ortoformu, został wyleczony mimo ciągłego dalszego stosowania tego przetworu. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Huschenbett. **O ulepszonej metodzie zakładania opatrunków na złamane udo lub podudzie.** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 24, 1901). Aby zapobiedz niekorzystnym wpływom na stawy (a zwłaszcza staw kolanowy) długiego ustalania, H. wycina w opatrunku gipsowym, w dole podkolanowym, odpowiednią elipsę, ponad rzepką zaś przecina gips prostolinijnie. Następnie opaskami maczanemi w szkle wodnem, przymocowuje do gipsu dokładnie przystosowaną szynę żelazną, opatrzoną w zawias w linii stawu kolanowego. Opatrunek ten ustala kończynę dokładnie i umożliwia zginanie kolana. *Herman.*

VI. Sprawozdanie z 25-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie).

Pragnąc skutecznie zdążać do poprawy mieszkań ludności uboższej, należy pracę tę, zdaniem Stübbena, rozpocząć od zebrania dokładnych liczb statystycznych. Wzorem statystyki pod tym względem są prace ankiet w tej sprawie miast Bazylei i Berna szwajcarskiego, obok wypracowań urzędów statystycznych wielu miast niemieckich. Ujemny dla zdrowia i moralności wpływ mieszkań zwalczać należy przez poprawę istniejących już mieszkań i budowę nowych. — a do poprawy złego winna stanąć nietylko działalność prywatna, lecz i zarządów miejskich, oraz władz policyjnych: pierwsze dwie środkami prywatnymi, ostatnia zakazami i przymusem. Działalność prywatna, wykonywana przez poszczególne osoby lub stowarzyszenia *»Wohnungsvereine«*, powinna wziąść sobie za cel wspieranie pieniężne rodzin robotniczych, obarczonych znacznem potomstwem, a ekonomicznie podupadłych; dążyć ona powinna do dostarczenia im mieszkań obszerniejszych i zdrowszych, zaopatrzenia w łóżka i parawany w mieszkaniach wspólnych dla różnych płci, przyzwyczajać ich do czystości choćby pod groźbą utraty wsparcia. Inna strona działalności tej polega na wykupnie starych niezdrowych budynków i ich przebudowie, odpowiadającej warunkom zdrowia i taniemu czynszowi, pod warunkiem utrzymania wzorowej czystości. Ten rodzaj działalności szczególnie jest rozpowszechniony w Anglii. Do takich stowarzyszeń przystępować winny zarządy miejskie z pewnym kapitałem, jakkolwiek właściwa ich działalność na tem polu polegać powinna na wprowadzeniu organizacyi policyjnej mieszkań, samodzielnem wykupywaniu budynków niezdrowych i na ułatwianiu budowy mieszkań tanich i małych. Przy budowie tanich mieszkań gminy miejskie winny ułatwiać działalność przedsiębiorców prywatnych, tak co do nabywania tanich gruntów pod budowę, jakoteż ulgi w samej budowie. Środkiem do tego są odpowiednie ustawy budowlane. Zwyczaj budowania wielkich domów ze znaczną ilością mieszkań, nawet na gruntach tanich, a ztąd wynikająca większa korzyść finansowa ze znacznego wyzyskania gruntu, spowodowały, że grunta nietylko miejskie, ale i podmiejskie znacznie podniosły się w cenie; z tego powodu wynika większa cena mieszkań, gorsze ich warunki dla ludności uboższej. Pragnąc zapobiedz nadmiernemu wyzyskowi ziemi, a równocześnie otrzymać w mieście mieszkania tanie i zdrowe dla ludności mniej zamożnej, należy w ustawach budowlanych przyjąć za zasadę, że w nowych dzielnicach i ulicach budować można tylko domy mniejsze na znaczniejszym obszarze. Naturalnie, że dla środka miasta i dla dzielnic starszych, gdzie cena placów budowlanych oddawna jest stale wysoką, zasady tej dla prostych względów ekonomicznych wprowadzać nie można. Jednolita ustawa budowlana pod względem wysokości budynków, stosunku obszaru zabudowanego do obszaru wolnego, jedna i tasama dla dzielnic starych i nowych, jest zasadniczym błędem w racyonalnej gospodarce miejskiej. Drugą zasadą, którą dla ułatwiania budowy tanich mieszkań wprowadzić należy do ustawy budowlanej miast większych, jest ułatwienie i uproszczenie przepisów policyi budowlanej dla małych mieszkań. Ułatwienia te i uproszczenia odnosić się winny do grubości murów, urządzenia klatki schodowej, wysokości pokoi i t. d. Na uproszczenia te, ułatwiające budowę tanią, zgodzić się można tylko dla domków małych, zawierających do czterech mieszkań. W koszarach tych należy zastosować ściślejsze przepisy budowlane, szczególnie co do oświetlenia schodów i korytarzy, urządzenia wychodków oddzielnych dla każdej rodziny, pojemności przestrzeni mieszkalnej i t. d. Innym środkiem dla ułatwienia budowy mieszkań tanich jest uwzględnienie potrzeby tych mieszkań przy układaniu planu dalszego rozwoju miasta. Trzeba tu zwracać uwagę nietylko na szerokość ulic, zastosowaną do wysokości mających powstać domów, ale także na głębokość parceli budowlanych, aby w ten sposób z jednej strony zapobiedz na przyszłość budowie oficyn, nadmiernemu wyzyskaniu gruntu i podwyższeniu cen mieszkań, a z drugiej strony ułatwić zakupno małych parcel ludności niezamożnej, pragnącej posiadać dom własny. Mimo znacznych ułatwień w budowie, nie można się jednak spodziewać, by przedsiębiorcy prywatni zaspokoili całkowicie potrzebę mieszkań małych. Dla pokrycia tej potrzeby przystąpić powinny do budowy mieszkań Towarzystwa, zajmujące się poprawą stosunków społecznych i pracodawcy. I tu, na tem polu, Niemcy poszczycić się

mogą znacznym postępem. W samej prowincyi nadreńskiej istnieje 90 przeszło Towarzystw i miast, budujących tanie mieszkania dla robotników, urzędników niższych itd. W mieszkaniach tych uwzględniono ile możności wszystkie wymagania zdrowia, jak o tem przekonać się było można z licznych planów domów, przesłanych Stübbenowi do demonstracyi uczestnikom Zjazdu. Składają się one z dwóch do czterech pokoi, prócz kuchni, komory na poddaszu, gdzieniegdzie stajenki i pralni. Pracodawcy przyczyniać się winni do poprawy mieszkań swych robotników, bądź przez budowę dla nich mieszkań, bądź przez odstępowanie im gruntu za niską cenę i udzielanie taniego kredytu na budowę. Referat swój zakończył Stübben apelem, aby tak państwo, jak zarządy miast, stworzyły robotnikom swoim i niższym warstwom urzędniczym lepsze warunki dla zdrowia i na tem polu były przykładem dla pracodawców prywatnych.

Trzeci referent powyższego tematu, Adickes, wyjaśnił kwestyę mieszkań ze stanowiska politycznego. Według niego, w sprawie tej pojawił się objaw dodatni. Partya socyalistyczna, stojąca do niedawna na stanowisku Engla, (który pragnął ludność roboczą oderwać od ziemi i gromadzić w miastach, aby w ten sposób przyczynić się do zmiany obecnego porządku społecznego) i trzymająca się zdala od pracy podjętej w kierunku poprawy mieszkań, partya ta stara się teraz członkom swoim dostarczyć mieszkań zdrowych. Obecnie zatem i te warstwy społeczne, którym najwięcej dolega brak mieszkań zdrowych, same usiłują czynnie usunąć braki w tym względzie. Celem zapobieżenia spekulacyi na gruntach budowlanych należy zaprowadzić podatek znaczny przy ich sprzedaży; dla tego też powodu, jak również dla zachowania stosownych cen placów budowlanych, miasta winne zakupywać znaczne przestrzenie, i tym sposobem, bądź przez sprzedaż, bądź przez wynajem pod budowę na lat wiele (na wzór Anglii), normować ceny. Niestety, jednak ta jedynie rozsądna gospodarka gruntami miejskimi nie znajduje dostatecznego poparcia w autonomicznych zarządach miast niemieckich. W końcu swego referatu podniósł Adickes, że starać się należy nietylko o zdrowe małe mieszkania dla robotników, ale także i dla stanu średniego, który dla sprawy mieszkań więcej okazuje zrozumienia, więcej odczuwa potrzebę w tym kierunku, aniżeli ludność robotnicza.

W bardzo ożywionej dyskusyi, wywołanej powyższymi referatami, objaśniał Olshausen, inspektor urzędu budowlanego w Hamburgu, działalność prywatnych stowarzyszeń budowlanych w tem mieście. Burmistrz z Dessau, Ebeling, podniósł fakt, że nietylko w większych, ale i w średnich i małych miastach, mieszkania ludności uboższej są w bardzo wielkiej liczbie niezdrowe i przepełnione, — co wymaga znacznej poprawy. Jako środek, wiodący ku poprawie, zaleca miastom, posiadającym znaczną ilość gruntów, wynajem ich pod budowę za małym czynszem. Prof. Erismann przedstawił wyniki ankiety mieszkaniowej miasta Zurychu, z których wynika, że tylko 25% mieszkań w tem mieście jest niezdrowych i przepełnionych. Brandts z Dusseldorfu zaleca wskazane przez Adickesa środki zaradcze, zaś Prausnitz, nawiązując do referatu swego z dnia poprzedniego, podnosi potrzebę urządzenia dobrych spiżarń w mieszkaniach ludności uboższej.

Po kilku przemówieniach, niezawierających nic uwagi godnego, przewodniczący Stübben zamknął Zjazd mową pożegnalną.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Zarząd warszawskiego Towarzystwa higienicznego przesyła nam do ogłoszenia:

Kwestyonaryusz w sprawie epidemiologii zakażenia zimniczego (malaryi) w naszym kraju, z uwzględnieniem nowej teoryi o szerzeniu się jego przez ukąszenie komarów, opracowany przez Wydział biologiczny Towarzystwa higienicznego w Warszawie.

1. Warunki klimatyczne danej miejscowości (ilość wód bieżących, stojących, bagien i t. d.); nizkie, wysokie położenie miejscowości.

2. Czy w danej miejscowości zdarzają się przypadki malaryi, jak często i o jakim typie?

3. W którym miesiącu są one najczęstsze?

4. W jaki sposób stwierdzane bywa rozpoznanie malaryi (badanie krwi, chinina, typowy przebieg)?

5. Jakie bywa zejście przypadków malaryi (wyleczenie, charłactwo, i t. p.)?

6. W jakim wieku ludzie zapadają najczęściej w danej miejscowości na malaryę?

7. Zajęcie pacyentów, czy pozostają na powietrzu po zachodzie słońca, w nocy, lub przed wschodem słońca?

8. Czy w danej miejscowości bywa wiele komarów i w jakich miesiącach pojawiają się one w ilościach większych?

9. Czy daje się anamnestycznie wykazać związek pomiędzy zachorowaniem na malaryę i ukąszeniem przez komary? (Okres wylęgania malaryi trwa 2—3 tygodni).

Uprasza się o dołączenie do przysłanych informacyj szkiełek z preparatami krwi chorych malarycznych, oraz słoika z okazami komarów danej miejscowości.

Uwaga I. Co do chwytania komarów: 1. komary najlepiej chwytać po zachodzie słońca w miejscowościach bagnistych, wilgotnych, ocienionych. 2. Łapanie najlepiej uskuteczniać zapomocą siatek muślinowych, lub pozwalając komarom siadać na ubraniu, lub na rękach. 3) Komary, łapane na powierzchni ciała, mogą być bezpośrednio zamykane do słoików, postawionych dnem do góry ponad komarem; wówczas komar ulatuje ku górze, a otwór słoika zasłania się kartą. 4. Komary z siatek należy przenosić z największemi ostrożnościami do słoików, bacząc, aby nie uszkodzić skrzydeł, nóg i uzbrojenia gęby owadów. 5. Słoiki do przechowywania komarów powinny być najdokładniej wysuszone. 6. Zabijanie komarów w słoikach najlepiej uskuteczniać zapomocą pary benzyny: korek, który ma zatykać słoik, owija się w tym celu flanelą, zmoczoną w benzynie, poczem dopiero zatyka się słoik i stawia w suchem miejscu. Skrapiać benzyną komarów nie należy. 7. Ponieważ komary po pewnym czasie rozkładają się, przeto należy je odsyłać do badania możliwie niedługo po schwytaniu.

Uwaga II. Co do robienia preparatów krwi: 1. szkiełka przykrywkowe powinne być zupełnie czyste, wymyte wodą, alkoholem i eterem, absolutnie suche. Chuchania na szkiełka należy unikać. 2. Krew można brać z palca lub z ucha, oczyściwszy przedtem dokładnie powierzchnię ukłócia wodą z mydłem, spirytusem, eterem. 3. Kłóć trzeba cienką igłą, uprzednio przepaloną. 4. Kropla krwi powinna być bardzo mała; do niej lekko dotykamy środkiem szkiełka, na którem zostanie nieco krwi. To szkiełko kładziemy wówczas na drugie i nie uciskając rozsuwamy. Krew się rozłoży cienką warstwą na obu szkiełkach. Suszymy szkiełka na powietrzu w słonecznem miejscu, bacząc, aby nie zostały zanieczyszczone, co najlepiej uskutecznić, pokrywając szkiełka kloszem, szklanką i t. p. Takie przedwstępne suszenie trwa 15—30 minut, poczem należy włożyć szkiełka do pudełeczka z watą i w niem wysłać do ostatecznego zbadania. Do preparatów krwi należy dodawać kartkę z napisem, czy chory, od którego pochodzi krew, chorował na malaryę o typie trzeciaczkowym, czwartaczkowym, lub nieregularnym. Krew należy brać od chorych, którym nie dawano chininy i jej przetworów.

Odpowiedzi na powyższy kwestyonaryusz, oraz posyłki Rada uprasza o nadsyłanie do kancelaryi Towarzystwa Higienicznego *(ulica Krakowskie Przedmieście Nr. 66 w Warszawie).*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 26 września.

* Uniwersytet warszawski według »Warszawskiego Dniewnika« zamierza zaproponować prof. Julianowi Kosińskiemu powrót na katedrę chirurgii operacyjnej, którą opuścił przed dwoma laty, z powodu dojścia do prawem zakreślonej liczby lat służby, a na dalsze pięciolecie zaproszony nie był.

* Austryaccy dentyści wystosowali do kolegium profesorów podanie, w którem uskarżali się na to, że ministeryum spraw wewnętrznych udziela od czasu do czasu technikom dentystycznym takich praw, które wkraczają w ich atrybucye. Kolegium profesorskie zwróciło się z przedstawieniami w tej sprawie do ministerstwa oświaty, które odpowiedziało, że już od dnia 2 kwietnia b. r. ministerstwo spraw wewnętrznych postanowiło nie wydawać więcej tego rodzaju upoważnień technikom dentystycznym.

* Jeden z lekarzy wiedeńskich wpadł w długi. Dwóch z jego wierzycieli spowodowało zajęcie mebli w saloniku, który był jednocześnie poczekalnią lekarza. Gdy wreszcie miano przystąpić do licytacyi.

adwokat niewypłacalnego dłużnika zażądał wstrzymania licytacyi, a to ze względu na to, że poczekalnia dla lekarza jest niejako częścią jego warsztatu zawodowego, bo bez poczekalni nie jest możebne przyjmowanie chorych w domu. Powody te sąd uznał za zupełnie uzasadnione i licytacyę wstrzymał.

* »Związek lekarzy wiedeńskich« rozpoczął swoją działalność i na pierwszem po wakacyjnem posiedzeniu wyraził swoje oburzenie Drowi Keilowi, że, pomimo zobowiązania do solidarności, złamał słowo i przyjął posadę przy Kasie chorych na warunkach, które przez »Związek« uznane były za nieprzyjmowalne.

* Prof. Zimmer, zwiedzając liczne zakłady dla obłąkanych, zauważył, że wśród chorych na umyśle znajduje się niestosunkowo wiele nauczycielek. Zebrał on w tym względzie daty statystyczne w Austryi, Niemczech, Szwajcaryi i Rosyi, z których wynika, że na 80 do 90 kobiet chorych na umyśle przypada jedna nauczycielka. W Prusiech, podług Zimmera, zapada na choroby umysłowe cztery razy więcej nauczycielek, niż innych kobiet; jeszcze gorzej rzecz się ma z dziewczętami, przygotowującemi się do stanu nauczycielskiego, których zachorowuje na pomięszanie zmysłów 10 razy więcej, niż kobiet innych.

* Sekretaryat XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, który się odbył w Paryżu 1900 r., ogłasza, że Komitet wydawniczy Zjazdu ukończył swą działalność, t. j. wydał 17 tomów sprawozdań sekcyjnych i jeden tom sprawozdania ogólnego. Byli członkowie tego Zjazdu, którzy nie otrzymali jeszcze zamówionych tomów sprawozdań, mają się zgłosić do firmy Masson et Cie (Paryż, 120, Boulevard St. Germain). Reklamacye po 31-go grudnia b. r. uwzględniane nie będą.

* XIV-ty Kongres chirurgów francuskich rozpocznie się w Paryżu dnia 21 października.

* Po Japonii na arenę naukowo lekarską występuje nowożytny Egipt: prócz mającego się odbyć w przyszłym roku Kongresu lekarzy egipskich, założono w Aleksandryi wydawnictwo czasopisma lekarskiego »L'Egypte médical«.

* Jeden z lekarzy berlińskich założył rekurs od wymiaru stopy podatkowej, a szło mianowicie o to, że nie uwzględniono mu w rubryce »wydatki« kwoty, wydanej na zakupno książek, należących do piśmiennictwa zawodowego. Władza rekurs odrzuciła, motywując swoje orzeczenie tem, że »zakupno książek nie przyczynia się bezpośrednio do zarobkowania i zabezpieczenia dochodu z praktyki lekarskiej, a tylko służy do tego, żeby utrzymać lekarza na wysokości postępującej wiedzy i uzdolnić go do zastosowania nowych metod leczniczych«. Zdawałoby się, że te motywa z całą konsekwencyą przemawiają za uwzględnieniem wydatków na książki, skoro te uznane zostały za potrzebne do postępu wiedzy zawodowej lekarza i umiejętności jego zastosowania nowych metod leczniczych, rozstrzygających jak wiadomo, o powodzeniu lekarza i o zdolności jego do płacenia podatków. Krętacka ta sofistyka władzy poucza nas jednego, że historyczny młynarz nie mógłby dziś z odcieniem dumy twierdzić, że »są jeszcze sędziowie w Berlinie«, dodajmy sędziowie logiczni.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Zygmunt Kowalski mianowany został lekarzem zakładu karnego w Wiśniczu. Dr. Rosenberg mianowany profesorem zwyczajnym w Marburgu. Dr. Peters powołany został na katedrę okulistyki w Rostoku. Dr. Hamburger mianowany prof. fizyologii w Groningen. Dr. Pontoppidan mianowany profesorem sądowej medycyny w Kopenhadze.

Nekrologia. Dr. Jan Wain, emerytowany c. k. lekarz powiatowy, członek Tow. lekarskiego galicyjskiego, b. członek Izby lekarskiej w Krakowie, b. radny miejski i obywatel miasta Krosna, przeżywszy lat 75, zmarł w Karlsbadzie dnia 24 sierpnia b. r. Ś. p. Dr. Wain odbył w Wiedniu studya lekarskie, które ukończył roku 1849; po powrocie do kraju praktykował początkowo w Jaśle, następnie był kolejno fizykiem w Nisku, Buczaczu i Krośnie. Wzniosłemi zasadami i pięknem życiem zdobył sobie powagę u publiczności, a wielki szacunek i przyjaźń wśród kolegów. Zwłoki zasłużonego męża spoczęły w rodzinnym grobowcu w Krosnie. Dr. Rubio y Giles prof. fizyologii zmarł w Sevilli. W Paryżu zmarł w 80 roku życia Dr. Stefani, b. profesor bakteryologii. W Atenach zakończył życie znakomity chirurg Galvanis.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia. (c. d.). Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie (c. d.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Zieliński: O protetycznem leczeniu braków podniebienia. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Bernhardt: Jeszcze o wielolicznych samoistnych mięsakach barwnikowych skóry. Wielowieyski i Kopytowski: Przyczynek do kliniki i do zmian anatomo-patologicznych w skórze czy »pityryasis rubra Hebrae« (c. d).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Heveroch: Transitorni postparoxysmální paraplegie u epileptiků (dok.). Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (c. d.). Zelený: Otrava praeparáty bromovými.

— *La Presse médicale* Nr. 74. Debove: Leczenie rozszerzenia żołądka za pomocą gastroenterostomii. Mailland: Gościec grużliczy. — Nr. 75. Marandon de Montyel: Zaburzenia i zniekształtnienia źrenicy u obłąkanych. Lenoble, Caraes i Le Bot: Zwyrodnienie torbielowate nerki u płodu. — Nr. 76. Roger i Weil: Zgorzel dobrotliwa powiek. Macquaire: Doświadczenia nad mechanizmem powstawania cukrzycy t. zw. »pośnej«. Gottschalk: Leczenie ran.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Schloffer: O leczeniu operacyjnem podwójnego zwężenia żołądka. Elgart: O samoistnym i objawowym bólu mięśniowym. Berdach: Dwa przypadki »Stromeyerowskiego złamania kości ze zwichnięciem«.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Hegar: O gorączce połogowej. Heinz: Środek zaradczy przeciw chorobie morskiej. Lüthje: Przyczynek do nauki o cukrzycy pochodzenia nerkowego. Heusner: O łamaniu kości i przyrządach do tego służących. Jochmann: Zapalenie szpiku kostnego w przebiegu duru brzusznego. Kelling: Tamponowanie jamy brzusznej powietrzem w celu wstrzymania grożącego życiu krwotoku wewnętrznego. Hölscher: O różnicy odczynu histologicznego prątka gruźliczego od innych analogicznych, nieodbarwiających się pod wpływem kwasów. Fréderic: W sprawie wyprysku. Paul i Sarvey: Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Sonnenburg: Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego łączność z urazem. Michaelis i Wolff: O limfocytach. Walbaum: Zajmujący przypadek nabytego przemieszczenia serca ku stronie prawej. Buch: Oznaczenie granic narządów w jamie piersiowej, w szczególności żołądka i jelita grubego, zapomocą opukiwania, osłuchiwania i transonacyi. Lubiński: Przyczynek do nauki o ostrem ropnem zapaleniu ochrzęstnej przegrody nosowej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Fraenkel: Uwagi nad zapobieganiem gruźlicy i odosobnianiem suchotników. Türk: Etyologia białaczki t. zw. limfatycznej. Thorner: Badanie dna oka za pomocą steoroskopu. Aron: O wdychiwaniu tlenu (dok.) Joseph: Zastosowanie wyciągania przy garbie, spowodowanym chorobą Potta (dokończ.)

Redakcya otrzymała: Żukowski: *Cascara sagrada* pri zaporach u dietiej. Krokiewicz: Beitrag zur Lehre vom Aneurysma aortae.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 5 Października 1901. **Nr 40.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wypaproszenie gałki ocznej, jego wskazanie i sposób wykonania *).

Podał
Prof. Bol. Wicherkiewicz.

Są operacye, których powstanie zawdzięczamy błyskowi geniuszu jednostki; operacye te często stanowią poniekąd kamień graniczny w historyi leczenia chorób, wzgl. zboczeń fizycznych, przeciw którym są skierowane; są inne, które nie zrodziły się nagle, dzięki pomysłowości indywidualnej, ale przy współudziale wielu rozwijały się powoli, w miarę potrzeby zastępując inne rękoczyny i zabiegi lecznicze, by z czasem stanąć na wysokości zadania. Do pierwszych należy iridektomia przeciw jaskrze, którą genialny Albrecht Graefe zaskarbił sobie nieśmiertelną wdzięczność w obec cierpiącej ludzkości. Do rzędu drugich operacyj zaliczyć wypada tę, o której słów kilka dziś wypowiedzieć zamierzam, zachęcony do tego przez Szan. prezesa Towarzystwa naszego.

Na stanowisku zachowawczem, jakie chirurgia w ogóle, a z nią i poszczególne jej działy zajmują, powstała przewodnia myśl ocalenia choć części gałki ocznej przez wypaproszenie jej treści tam, gdzie ona w całości z jakichkolwiek powodów zachowaną być nie może. Wiadomo Panom, że wyłuszczenie gałki *(exstirpatio bulbi)*, opisane po raz pierwszy przez Bartischa w jego „Ophthalmodouleia oder Augendienst.“ Dresden 1583, wykonywano i wykonywa się po dziś dzień nie tylko ze względu na ważne operacye oczodołowe, dla których gałkę musimy poświęcić, lecz jako operacyę zapobiegawczą po ciężkich zranieniach gałki, jeżeli z góry przewidujemy niemożność utrzymania lub przywrócenia wzroku; dalej w tych przypadkach, gdzie chora gałka zawiera niebezpieczeństwo sympatycznego wpływu dla drugiego oka, nie mniej przy silnych krwotokach, nie dających się powstrzymać w gałkach zranionych lub zwyrodnionych *(ectasia bulbi totalis, hydrophthalmus)*, dalej jeszcze z powodu skończonej, ale bolesnej jaskry *(glaukoma absolutum)*, przy zniszczeniu całej rogówki przez wrzody, gdy zagraża powstanie ropnego zapalenia całego oka *(panophthalmitis)*, przy naroślach wśródgałkowych, przy pierwotnej gruźlicy tęczówki, ciała rzęskowego lub naczyniówki.

We wszystkich tych przypadkach, mniej więcej ogólnie tutaj zaznaczonych, wyłuszczenie gałki, czy z tego czy z owego powodu, uznawano za uzasadnione. Jedynie ropne zapalenie całej gałki *(panophthalmitis)* było punktem sprzecznym co do wskazania dla tej właśnie operacyi, a z chwilą, gdy Albrecht Graefe ogłosił w r. 1863 dwa przypadki śmierci w następstwie zapalenia opon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznej, wykonanem z powodu ropnego jej zapalenia, zaprzestano na razie przy *panophthalmitis* wyłuszczać gałkę, tem bardziej, że i z innej strony podobne smutne następstwa tego rękoczynu zdołano wykazać.

Co do mnie, to wyznaję, że mimo dość licznych wyłuszczeń gałki w stanie ostrego zapalenia ropnego całej gałki, nie spotkałem się nigdy na szczęście z przypadkiem, zakończonym w następstwie śmiercią. Jednak z możliwością takiego zejścia tego rękoczynu liczyć nam się trzeba, gdy z bardzo poważnych stron stwierdzono związek śmierci z operacyą. Może niesłusznie operacyę samą w tym lub owym przypadku obwiniano. Któż bowiem zaręczy, że sprawa zapalnoropna nie przeszła była na opony mózgowe przed wykonaniem rzeczonego rękoczynu. Innemi słowy, operacya mogła była być wykonaną wśród rozwoju choroby śmiertelnej, gdy więc ustrój był już zakażony. Trudno jednak to stwierdzić, a wobec smutnych faktów zaczęto się liczyć z możliwem niebezpieczeństwem, wielu zaś operatorów zasadniczo zaniechało w podobnych razach wykonywać wyłuszczenia, pozostawiając swych chorych nieraz całe tygodnie w cierpieniach i dotkliwych bólach, pozbawiających ich spokoju i snu, dopóki ropa sama nie utorowała sobie drogi na zewnątrz, lub nie została przez nacięcie odprowadzoną. Ale i teraz jeszcze tygodnie i miesiące zwykły mijać, zanim chory, pozbawiony dolegliwości, powrócić może do swych zajęć.

Zdawałoby się, że usuwając przez wyłuszczenie gałki tyle niebezpieczne i dolegliwe ognisko ropne, czynimy zadość prostemu wskazaniu chirurgicznemu. W czemże więc leży niebezpieczeństwo, lub kiedy ono zdarzyć się może przy tej właśnie operacyi? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż sam akt operacyi połączony jest z niebezpieczeństwem, gdyż wskutek otworzenia naczyń krwionośnych, dróg chłonnych, dalej pochwy nerwu wzrokowego, a także innych nerwów, łatwo nastąpić może przeniesienie zarazka z oczodołu do jamy czaszkowej i to nietylko za pośrednictwem chorobowo zajętej tkanki oczodołowej, ale i bez takiego zajęcia. Zarazek bowiem chorobotwórczy może z części sąsiednich narządu wzrokowego, a nawet z poza ustroju dostać się do oczodołu, zaczem przemawiają przypadki śmiertelne, n. p. Beckera, gdzie w gałce nie było sprawy ropnej, dalej Dora, który wyłuszczył gałkę przy bolesnym zaniku gałki *(phthisis bulbi dolorosa)*, Hornera, który usunął gałkę dla glejaka siatkówki *(glioma retinae)*. Oczywiście są to przypadki, które przy ścisłej technice operacyjnej i subtelnem postępowaniu przeciwgnilnem, wzgl. bezgnilnem, dałyby się może ominąć. Nie trzeba nam bowiem zapominać, że zarazki pochodzić mogą nietylko z rąk operatora lub asystentów, z instrumentów, z wacików, ale także ze spojówki, z worka łzowego,

*) Według wykładu wygłoszonego na pos. Tow. lekarskiego krakowskiego dn. 15. maja.

z nosa i t. d. Przeciw takim zarazkom możemy, jak się rzekło, poniekąd się zabezpieczyć. Trudniej atoli, jeżeli zarazek ten pochodzi z ropy gałkowej, albo z ograniczonych ognisk ropnych, powstałych w tkance oczodołowej przy zapalnych sprawach ropnych w samej gałce. Przez wyłuszczenie ostatniej poruszamy już może otorbione ogniska i powodujemy przejście zarazka do dróg krwionośnych i chłonnych.

Te to okoliczności spowodowały głównie Bungego[1]), że w klinice Alfreda Graefego w Halli rękoczyn ten, który może tu i owdzie bywał już wykonywany, wydoskonalił, ujął w ścislejsze formy i z czasem nadał mu szerszy zakres wskazań. Zanim opiszemy metodę operacyjną i przez nas zaprowadzone jej uproszczenie, niech mi będzie wolno choć w kilku słowach zaznaczyć powolny rozwój operacyi, dziś wyłącznie przypisywanej Graefemu i Bungemu.

Już Guérin[2]) w r. 1769 wspomina o częściowem wyłuszczeniu gałki *(exstirpation d'une partie de l'oeil)*. Później Beer[3]) wykonywał ją przeciw garbcowi rogówki *(staphyloma corneae)*, ale operacyi swej nie dał nazwy wypaproszenia Wardrop otwierał u koni gałkę „sympatyzującą“ przez cięcie rogówkowe i wypuszczał soczewkę i ciałko szkliste, polecając nieśmiało podobne postępowanie u ludzi. Po nim Barton[4]) w nieco odmienny sposób postępował w razach wpadnięcia odłamków miedzianych do wnętrza gałki. Noyes w r. 1885, dowiedziawszy się o propozycyi prof. Graefego, wzgl. Dr. Bungego, napisał do prof. Hirschberga, wydawcy *Ctrbl. f. pr. Augenheilkunde,* iż sam używa w ropn. zapal. całego oka tej metody od 15 lat i dodaje: „I suppose I am really the originator of the method, but it never occured to me to be worth to say or write anything about it untill now, except in my book“. *(Ctrbl. f. pr. Augenheilkunde 1885, p. 95).*

Zwróćmy się teraz do sposobów wykonania tej operacyi. Wykonanie to winno nieraz ulegać indywidualnym zmianom, a głównem jego zadaniem jest odciąć przednią część gałki, t. j. rogówkę, gdzie ona jeszcze nie uległa zniszczeniu, a dalej przylegającą część twardówki w pierścieniu mniej więcej 3 mm szerokim, a następnie wielką, do tego zastosowaną łyżką, wydobyć całą treść gałki, zachowując ją ile możności w związku z przednim odcinkiem.

Gdy rogówka zachowana, postępujemy więc w sposób następujący: Akt pierwszy: Po oczyszczeniu starannem pola operacyjnego i jego otoczenia mydłem, sublimatem 1:1000 i wypłókaniu worka spojówkowego słabszym rozczynem sublimatu, później fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, zakładamy rozwieracz albo też rozwórki Desmaresa, trzymane przez asystenta. Po okrojeniu spojówki naokoło rogówki czy to nożyczkami, czy też skalpelem, tuż przy rogówce, odłączamy ją nieco ku tyłowi, następnie zagłębiamy w oddaleniu 2—3 mm. równolegle do rogówki czy to wąski skalpel czy też nóż Graefoski w twardówkę, a z miejsca tego nożyczkami Cooperoskiemi obcinamy rogówkę równolegle do jej brzegu. Natychmiast zagłębiamy wielką przez Bungego podaną łyżkę pomiędzy twardówkę a nadnaczyniówkę *(suprachoroidea)*. Przy zagłębieniu łyżki płaszczyzna jej wypukła winna przylegać do wewnętrznej ściany twardówki. Posuwając łyżkę szybko ku tyłowi i bokom, przecinamy żyły wirowe i tętnice rzęskowe. W ten sposób udaje nam się nieraz wydobyć treść gałki w całości w związku z rogówką i pasem twardówki tak, że zyskujemy dość przydatny do badania preparat anatomiczny. Nie zawsze atoli przebieg bywa tak korzystny, zwłaszcza w razie zrostów w okolicy nerwu wzrokowego. W takim to razie trzeba nam zapomocą szczypców i wacikiem usunąć pozostałości wewnątrzgałkowe.

Skoro zaś rogówka już jest zniszczona, czy to przez nowotwór, czy też przez sprawę ropną, natenczas wprowadzam nożyczki wprost w miejsce odpowiadające źrenicy i robię cięcie ku górze lub ku dołowi, aż poza brzeg rogówkowo-twardówkowy, a z końca takiego cięcia przeprowadzam nożyczkami półkoliste cięcia dla okrojenia rogówki i w odpowiedni sposób operacyę dokończam.

Gdy mamy do czynienia z ciężkim urazem gałki, która uległa poszarpaniu, obcinamy porozrywane części aż do miejsca, przez które możemy poprowadzić cięcie, odpowiadające równoległemu do równika kołu, z możliwem oczywiście zachowaniem spojówki i mięśni gałkowych.

Zresztą wszystkie wspomniane powyżej odmiany w cięciach, zastosowane do okoliczności, nie wpływają bynajmniej na wynik zabiegu, ale mają głównie na celu zachowanie względnie dobrego preparatu anatomicznego. Gdy zaś nam o niego nie chodzi, lub gdy nie rozporządzamy odpowiednio wprawną asystą, wykonujemy rękoczyn najłatwiej, zagłębiając nóż w twardówkę i obcinając następnie nożyczkami z otworu w ten sposób powstałego rogówkę z przylegającą częścią twardówki, a niezawodnie ten właśnie sposób najwięcej odpowiadałby warunkom lekarza praktykującego, skazanego na własne siły.

Po ukończeniu tego pierwszego najtrudniejszego aktu operacyjnego, przechodzimy do aktu drugiego, t. j. do wypaproszenia treści gałki, z którem ściśle łączy się oczyszczenie powstałej jamy z wszelkich zarazków, o ile tylko to w naszej mocy. W tym celu winien asystent otworzyć haczykami ostrymi, wkłótymi w brzegi twardówki, jamę, którą wypłókujemy sublimatem, następnie rozczynem soli. Chcąc atoli pewniej zapobiedz zakażeniu, zwłaszcza, gdy nie udało się wydostać całej treści z zamkniętej naczyniówki, wzgl. jagodówki, pendzluje Prince[5]) mocnym rozczynem kwasu karbolowego. To ma rzekomo znacznie uśmierzać ból. Prince nie zakładu szwu, lecz tamponuje jamę, dopóki ziarnina tamponu nie wyprze.

W razie silniejszego krwotoku, w ogóle rzadko występującego można go uśmierzyć zimnymi okładami. Niektórzy operatorowie, jak Lapersonne i Péchin przyżegają iamę galwanokauterem, już to dla zatamowania krwi, już to dla zapobieżenia zakażeniu. Pierwszy cel może i tak być łatwo osiągnięty przez samo wypłókanie zimnym płynem; drugi stosowaniem środków odkażających. To też nie mieliśmy nigdy powodu do uciekania się do tego środka, przykrego dla chorego, a przedłużającego rękoczyn.

Załatwiwszy się z oczyszczeniem należytem, przystępujemy do aktu trzeciego, t. j. do założenia szwów, wzgl. szwu kapciuchowego. Ostatni, najodpowiedniejszy, zakładamy w ten sposób, iż wkłówamy igłę w spojówkę i tkankę przy-

[1]) Ueber Exenteration des Auges. Mittheilungen aus der Univers.-Augenklinik zu Halle a. S. 1887.

[2]) Essai sur les maladies des yeux.

[3]) Lehre der Augenkrankheiten, Wien 1817, p 221.

[4]) Mackenzie II, 128, Paris 1854.

[5]) Pain following evisceration, modified by cauterising the interior of the sclera with carbolic acid. 1888.

twardówkową, albo wprost w brzeg twardówki. Bunge zakłada trzy szwy węzełkowe przez spojówkę, twardówkę i odwrotnie przez twardówkę i spojówkę. Pierwszy szew w południku pionowym, a dwa drugie po obu stronach pierwszego, w pewnej odeń odległości. Powstaje przez to jednak postać kikuta nie kulista, lecz wałeczkowata. Chcąc tej niewłaściwości zapobiedz, można, jak to czyni Morgan[6]) wyciąć z boku trójkątne kawałki z twardówki z podstawą, zwróconą ku przodowi, to znaczy umieszczoną na brzegu obciętej twardówki.

Opisany powyżej, a zręcznie wykonany zabieg nie trwa dłużej nad dwie minuty i to ze szyciem, jeżeli wszystko oczywiście należycie było przygotowane i biegłego do pomocy mamy asystenta.

Wobec tego, że operacya tak krótki zajmuje czas-a bolesnym jest właściwie tylko akt drugi, t. j. samego wypaproszenia, możnaby przy dobrej woli chorego obyć się bez uśpienia, a jedynie ograniczyć się do zastosowania kokainy 3% na spojówkę i podspojówkę.

Po operacyi zasypujemy kseroformem ranę i zakładamy opaskę uciskową na jeden lub na dwa dni. W razie silniejszego krwawienia i przy zapaleniu tkanki oczodołowej *(cellulitis orbitae)* poleca się założenie opaski mokrej i zastosowanie na niej ochładzającego przyrządu Leitera. Nie rzadko występują silne bóle rzęskowe, które uśmierzamy zastrzyknięciem morfiny, chloralem, heroiną itd. Opaskę zmieniamy po dwóch dniach, później co dzień, aż do 8—10 dni. Poczem chorego możemy wypuścić z opieki, zamawiając go do założenia sztucznego oka, atoli nie przed upływem 3—4 tygodni.

Czasami odczynu operacyjnego niema wcale; innym razem zaś jest on bardzo silny, co niezawodnie bywa następstwem nawału zastoinowego, spowodowanego zakrzepem w żyłach wirowych, nie znacznie wnikającym do żyły ocznej.

Zapytacie Panowie, jaki jest sposób gojenia, a mianowicie, czem się wypełnia jamę, powstałą po wypaproszeniu: Otóż zrazu wypełnia ją skrzep krwawy. Na powierzchni twardówki powstaje ziarnina, która powoli ten skrzep przerasta i całą jamę wypełnia. Z czasem jama zmniejsza się, ściany coraz więcej przylegają do siebie i po kilku miesiącach powstaje kikut, równający się postacią i wielkością zanikłej gałce. Na tym kikucie daje się proteza doskonale osadzić i lepiej się porusza, aniżeli na kikucie, powstałym po wyłuszczeniu gałki.

Starano się zapobiedz zbyt silnemu następowemu zanikaniu, chcąc utrzymać gałkę większą, mogącą w razie danym uczynić nawet protezę zbyteczną. W tym celu wkładano, idąc za przykładem Mulesa, kule szklane, metalowe, celuloidynowe (Lange), lub z kości słoniowej (Bunge), gąbki, a nie mniej i całe gałki . . . królicze. Wszystkie te zabiegi nie doprowadziły atoli do żadnego pomyślniejszego wyniku, gdyż po pewnym czasie ciała te zostały wyeliminowane. Rzecz naturalna. Cokolwiekbyśmy bowiem do jamy twardówkowej wkładali, wprowadzimy zawsze ciało obce; doświadczenie zaś codzienne poucza nas, że ustrój nasz zawsze i wszędzie, prędzej lub później, stara się ciał takich pozbyć, zwłaszcza, gdy one są nieco większych rozmiarów, gdyż nie wchodzą z niemi w organiczne i dostatecznie ściśle połączenie. Ale choćby ciała te w danym razie pozostały nawet uwięzione w kikucie ocznym, to zawsze oka szklanego nie zastąpią, a osadzona na takim kikucie proteza więcej tkankę niewątpliwie drażnić będzie, aniżeli gdyby tych ciał nie było. Z tego też to powodu sami nie czuliśmy skłonności do naśladowania Mulesa i innych w utrudnianiu rękoczynu, tem bardziej, że wyniki osiągane i bez tego bardzo nas zadawalniały, gdyż, jak wyżej się rzekło, proteza bardzo dobrze na zmniejszonych gałkach da się osadzić i do niepoznania dobrze w ruchach także naśladuje oko prawidłowe. Że zdanie nasze nie jest odosobnione za tem przemawia między innemi także to, co wypowiedział o tej sprawie Panas[7]) w artykule „Des règles opératoires en ophthalmologie", dalej Kalt na posiedzeniu Tow. oftalm. paryskiego dn. 2 lipca b. r. i wielu innych.

Pole do wykonywania wypaproszenia jest zdaniem mojem względnie dość obszerne. Przedewszystkiem operacya ta jest wskazaną:

1. W ropnem zapal. całego oka, zwłaszcza jeżeli mamy powód do przypuszczenia, że twardówka, zraniona ciałem posokowatem, mogłaby w czasie wyłuszczenia pęknąć i dać upust ropie do tkanki oczodołowej.

2. Tam, gdzie rogówka zupełnie zniszczona, a sprawa ropna wnika w głąb gałki.

3. W silnych zranieniach gałki i niemożności przywrócenia choćby części straconego wzroku.

4. Wtenczas, kiedy przedewszystkiem wzkazanemby było wyłuszczenie gałki, lecz chory, jego rodzice lub opiekunowie na nie zezwolić nie chcą; grozi zaś wielkie niebezpieczeństwo albo przejścia sprawy w głąb oczodołu, a następnie do jamy czaszkowej, albo powstania zapalenia sympatycznego na drugiem oku.

W ostatnich razach możemy w zupełnej zgodzie z własnem sumieniem uspokoić osoby interesowane, zapewniając, że zrobi się tylko „oczyszczenie oka ze zropiałych części, tak jak się otwiera i wyczyszcza ropień;" sądzę zaś, że i prokurator nie może mieć powodu do wystąpienia przeciw takiemu samowolnemu postępowaniu lekarza, wskazanemu szlachetnym zamiarem ochronienia chorego przed przykrymi, pełnymi następstw, skutkami cierpienia pierwotnego, tam, gdzie z jego strony, lub ze strony otoczenia, napotykamy na brak należytego zrozumienia, na ograniczenie umysłowe lub na upór, a może i na złą wolę.

Zachodzi pytanie, czy wypaproszenie gałki, mające wobec wyłuszczenia niewątpliwie wiele stron dodatnich, a mianowicie: możność wykonania operacyi w każdej chwili, szybsze wykonanie, nawet bez odurzenia lekowego, osiągnięcie lepszego kikuta, czy więc wypaproszenie zabezpiecza przed zapaleniem opon mózgowych, a dalej przed zapaleniem sympatycznem?

Niewątpliwie i po wypaproszeniu zdarzała się kilkakrotnie śmierć, ale trudno w poszczególnych dotychczas ogłoszonych przypadkach stwierdzić, co było właściwie jej przyczyną; boć nie zawsze wnioskujemy: *post hoc, ergo propter hoc*. I tak Becker ogłosił z praktyki Schuleka, że ten na 36 wypaproszeń miał dwa przypadki śmierci w przeciągu pierwszego tygodnia po operacyi. Pozornie więc rzecz przedstawia się dla wypaproszenia niekorzystnie, ale analizując choć pobieżnie owe przypadki, nie możemy dopatrzyć się

[6]) Sechs Fälle von Einlegen eines künstlichen Glaskörpers in die Scleralhöhle. Arch. f. Ophth. XXIV, 1892, p. 174.

[7]) Le Progrès Médical 1901, Nr. 3.

związku przyczynowego, gdyż nie podano, dlaczego właściwie wyłuszczenie zrobiono i co było istotną przyczyną śmierci. Tu zatem śmierć mogła była nastąpić z przyczyny, nie mającej z wypaproszeniem żadnego związku, albo mimo wypaproszenia.

Z drugiej strony ogłoszono całe setki przypadków wypaproszeń bez żadnego przypadku śmierci. I tak, między innymi, Wołkowicz powołuje się na 750 takich przypadków. Niczego co prawda i to nie dowodzi, bo znane są tysiące wyłuszczeń, także bez następstw śmiertelnych. (Becker 1000, Noyes 1164), a my sami wykonaliśmy kilkaset wyłuszczeń, bez tego tragicznego zejścia. — natomiast mieli je inni przy daleko mniejszej liczbie operacyj rzeczonych. Chcąc, aby statystyka pod tym względem dała nam ścisłą, przekonywającą odpowiedź, winniśmy ją opracować jednolicie i uwzględnić najrozmaitsze przy tem okoliczności, a mianowicie: wiek chorego, rodzaj cierpienia, dla którego zrobiono wypaproszenie lub wyłuszczenie, w jakim czasie po wystąpieniu choroby, jak operowano, jak zaopatrzono chorego po rękoczynie dokonanym, czy była gorączka wogóle, wzgl. czy przed czy po operacyi, czy była jaka ogólna choroba, czy istniało gdzie w ustroju jakie ognisko ropne i t. d.

Teoretycznie biorąc, niebezpieczeństwo powstania zapalenia opon mózgowych powinno być mniejsze po wypaproszeniu, aniżeli po wyłuszczeniu. Trudno atoli zaprzeczyć, że żyły wirowe, które po wypaproszeniu w kanalikach twardówkowych nie łatwo się zamykają, mogłyby dać powód do zakrzepowego zapalenia żył w oczodole, z chwilą zakażenia treści jamy twardówkowej. Na szczęście dotychczas nie zauważono takiego przypadku, a może trzeba to przypisać tej okoliczności, iż jama ta wypełnia się krwią, która poniekąd staje się ochroną przed zakażeniem.

Teraz winniśmy sobie odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu wypaproszenie wpływa na usunięcie lub zmniejszenie niebezpieczeństwa zapalenia sympatycznego? Tu zaznaczyć trzeba, że znane są nam wprawdzie przypadki tego zapalenia. I tak Cross [8]) opisuje sympatyę w 21 dni po operacyi, Hotz, [9]) po 17 dniach; ponieważ atoli, według dotychczasowych licznych doświadczeń, najkrótszy czas, w którym zapalenie sympatyczne zwykło się objawiać, wynosi 32 dni, przypuszczać trzeba, że sympatya stwierdzona w owych przypadkach, musiała już przed wypaproszeniem być w biegu, co się zresztą niejednokrotnie i przy wyłuszczeniu gałki spostrzegać daje. W najnowszych czasach stara się Sophus Ruge- (Graefego Archiv f. Opht. t. 52. p. LII. 2. p. 223.) wykazać, że wypaproszenie nie daje tej pewności wobec zapobieżenia powstaniu zapalenia sympatycznego co wyłuszczenie. Powołuje się przytem na przypadek przez Schmidt-Rimplera ogłoszony, a dotyczący wypaproszenia oka u 54 l., .któremu odłamek kamienia oko zranił. W dwa lata po wypaproszeniu nastąpiło zapalenie drugiego oka nie podrażnionego i nie bolesnego w postaci irido-choroditis, wyleczone przez wyłuszczenie kikuta operacyjnego... ale obok tego zastosowano wcierki i inne środki. Tu więc mogłoby być wątpliwem czy owo zapalenie było rzeczywiście sympatycznem. Ale Ruge idzie dalej i zarzuca wypaproszeniu nadto tę wadę, że nie wszystkie części naczyniówki usuwa, popierając to zaś na przykładzie zaczerpniętym z kliniki prof. Schirmera w Gryfii i anatomicznie badanym, mniema, że to właśnie do wywołania sympatyi przyczynić się może. Znalazłszy bowiem w wyjętym kikucie, powstałym po wypaproszeniu gałki, pigment pochodzący z naczyniówki, sądzi, że gdy mimo poprawnego wypaproszenia pozostał pigment, również pozostać mogą i cząstki inne naczyniówki a z niemi chorobotwórcze drobnoustroje wywołujące sympatyę. Na wywody Rugego atoli odpowiedzieć winniśmy, że o dodatnich stronach, o użyteczności i uprawnieniu wypaproszenia tylko wtenczas mówić możemy, jeżeli absolutnie żadna cząstka zawartości gałki nie pozostaje prócz twardówki, a ta nadto ścisłemu uległa w odpowiednich przypadkach odkażeniu. A dalej, że teorya migracyjna, której uprawnienia zaprzeczyć nie myślimy, dotyczy tylko części przypadków sympatyi.

Opierając się na własnym dość znacznym materyale klinicznym i doświadczeniu ztąd zaczerpniętem, stanowczo ten rękoczyn polecić mogę, jako bardzo cenny w przypadkach, które powyżej już zaznaczyłem. Widząc go wykonanym przez samych inicyatorów, po niejakimś czasie sam w mej klinice począłem ostrożnie stosować, a przekonawszy się o jego użyteczności, odtąd coraz częściej operacyę tę wykonuję i wykonywać polecam.

Od roku 1891 do połowy r. 1896, to jest do chwili stałego przeniesienia się mego do Krakowa, czyli przez $5^1/_2$ lat, ówczesna asystentka moja, panna Dr. Burbo, zestawiła odnośną statystykę moją, a wyniki ogłosiła w „Nowinach lekarskich 1896, Nr. 5 i 6, p. t. „Wypaproszenie gałki". Tam też czytelnik znajdzie bliższe szczegóły, dotyczące wskazań dla poszczególnych operowanych przypadków, oraz przebieg i powikłania tego rękoczynu. W Krakowie od r. 1897 aż do chwili obecnej operacyę tę wykonaliśmy w klinice uniwersyteckiej 23 razy. W prywatnej praktyce nie miałem sposobności wykonać jej ani razu, głównie niezawodnie dla tego, że dzięki profilaktyce i większej staranności chorych, operacya ta rzadko jest wskazana. Pod względem statystycznym przedstawia się krakowski materyał wypaproszenia gałki ocznej w następujący sposób: Operowanych było mężczyzn 15, kobiet 9, dzieci 6. Co do powodów, dla których operacyę zniewoleni byliśmy wykonać, to były niemi: ropne zapalenie całego oka po urazie 8, takież zapalenie z przyczyny nieznanej 7, zakażenia ciała szklistego podczas operacyi zaćmy 2, oparzenie rogówki 4, rozmiękczenie rogówki po wrzodzie pełzającym 3, po wrzodzie rzeżączkowym 1, razem 4, ropne zapalenie naczyniówki w przebiegu zapal. opon mózg. 1.

Usypiano 10 razy, zastrzyknięto kokainę 16, zastosowano aneson 1. W innych przypadkach nie uwidoczniono sposobu znieczulenia.

Złych następstw operacyi nie stwierdziliśmy żadnych. Nie doszło też do naszej wiadomości, by później w jakimkolwiek przypadku wystąpiło zapalenie sympatyczne. Zdarza się czasami, że szwy, założone niedostatecznie lub niewłaściwie, puszczają przedwcześnie i że nie przychodzi do *prima intentio,* tak, że po otęchnięciu spojówki brzegi twardówki nie przylegają do siebie. W dwóch czy też trzech podobnych przypadkach usunęliśmy niewłaściwość tę w ten sposób, że odświeżywszy brzegi spojówki i twardówki, założyliśmy sto-

[8]) Opth. Review, 1887, p. 236

[9]) Journal of the amer. associat. 1893, Oct. 21

sowne szwy, poczem powstał bardzo dobry, zamknięty w sobie kikut.

Z tego cośmy powyżej rzekli wynika, że operacya, którą omówiłem, jest nie małego znaczenia, i że winna ona nieraz wyrugować wyłuszczenie gałki, której to operacyi zbyt często się jeszcze używa, a może nie rzadko nadużywa. Wyłuszczenie należy ograniczyć do tych przypadków, gdzie zachodzą nowotwory wśródgałkowe, albo może wreszcie i tam być stosowane, gdzie zapalenie całej gałki przeszło już i na samą tkankę oczodołową; wypaproszenie gałki ma daleko szerszy zakres wskazań: łatwiejszem jest nie rzadko w wykonaniu od wyłuszczenia, które, dość proste w zasadzie, może być trudnem w pewnych razach, zwłaszcza gdy zapalenie ogólne gałki przechodzi na tkankę oczodołową, lub gdy po zranieniach mamy do czynienia ze zrostami części, okalających gałkę.

Co czyni tę operacyę badaczom mało sympatyczną, to jest utrata dobrego okazu anatomicznego. Chociaż zarzut ten nie jest bez słusznej podstawy, to nie może on jednak dla sumiennego lekarza stanowić wskazówki postępowania, wobec zasady, którą się zawsze powodować winniśmy, t. j.: *salus aegroti summa lex esto.*

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O leczeniu raków arszenikiem.

Podał

Dr. Antoni Juras

I. sekundaryusz oddziału.

Operacyjne leczenie raków pozostawia, ze względu na nietrwałość wyników, jeszcze bardzo wiele do życzenia. Przyczyny tego szukać należy przedewszystkiem w tem, że zwyczajnie wycinamy zamało tkanki t. j., że pozostawiamy tkanki, zajęte już nowotworem, choć na pozór jeszcze zdrowe. Dalszą przyczyną niepowodzenia jest z pewnością późne zgłaszanie się chorych wogóle, a wreszcie i złośliwość niektórych raków, już to sama przez się, już też ich złośliwość względna wśród pewnych warunków, n. p. młodocianego wieku chorych i t. p. Tem się tłómaczą rozmaite próby innych sposobów leczenia, jak: stosowanie środków żrących w rozmaitych postaciach, surowicy Adamkiewicza, szczepienia róży i t. d.

W ostatnich latach stosują Truneček i Cerny[1]) arsen w leczeniu raków, a opierając się na spostrzeżeniu, że arsen daje z żyjącemi komórkami rakowatemi oddziaływanie stałe, którego nie dają inne tkanki patologiczne i fizyologiczne, twierdzą, że tym sposobem można niektóre odmiany raków doszczętnie wyleczyć.

Arsen stosują według następującej formułki: *Acid. arsenic. pulverisati 1.00 Alcoholi aethylici absol., Aquae destil. aa 75.00*.

Rozczynem tym naciera się raz dziennie powierzchnię raka, po jej należytem oczyszczeniu, które polega na tem, że z owrzodziałej powierzchni raka usuwa się wacikami borowymi wszystkie strupki i skrzepłą krew, a jeżeli wśród tego wystąpi silniejsze krwawienie, to należy przeczekać, dopóki nie ustąpi, skrzepłą krew ostrożnie zdjąć i dopiero, na tak przygotowaną powierzchnię, stosować arsen. Nacieranie odbywa się albo zapomocą wacika, albo pędzelka, zamaczanego w wspomnianym rozczynie, który przed każdem użyciem należy dobrze wstrząsnąć. Po natarciu wystawia się całą powierzchnię owrzodziałą, najlepiej bez opatrunku, na działanie powietrza, aż do dnia następnego. Zaraz po zadziałaniu arsenu cała powierzchnia zaczyna sączyć, czemu towarzyszy miernego nasilenia ból; jeżeli dolegliwości nie są znaczne, to można w 5 minut później powtórnie wrzód zapędzlować. Na drugi dzień widzimy w miejscu owrzodzenia strup, którego nie należy zdejmować, lecz tylko codziennie nacierać przytoczonym rozczynem arsenowym, dopóki się sam przez zapalenie ropne od podstawy nie oddzieli. W miarę dłuższego leczenia strup grubieje coraz bardziej; wskutek czego trzeba używać coraz silniejszych rozczynów arsenu (1:100, a przy bardzo grubych strupach nawet 1:50). Oddzielony strup jest twardy, na powierzchni czarny, a podstawa jego pokryta wydzieliną ropną. Strup składa się z obumarłych komórek rakowatych.

Po odpadnięciu strupa stosują Truneček — Cerny powtórnie na odsłoniętą powierzchnię wrzodu ten sam rozczyn w rozcieńczeniu 1:150, albo lepiej środek następujący: *Liquor. kalii arsenicosi 10,00. Alcohol. Aethyl. absol., Aquae destillat. aa 7·50.* Jeżeli po upływie jednej doby utworzy się strup żółto-zielono zabarwiony, łatwo dający się zdjąć bez widocznego krwawienia od podstawy, ma to być dowodem, że powierzchnia ranna wolną jest od tkanki rakowatej; w przeciwnym zaś razie zaczyna się tworzyć na nowo strup ciemno-brunatny, świadczący o utkaniu nowotworowem, co ma wymagać powtórnego stosowania arsenu, aż do samodzielnego oddzielenia się strupa. Postępowanie to powtarza się dopóty, dopóki po odpadnięciu strupa nie otrzyma się powierzchni, pokrytej czystą, zdrową ziarniną, nie okazującej nigdzie stwardnienia, nacieku nowotworowego i nie dającej z przytoczonym rozczynem powłoki strupa ciemno-brunatnej barwy.

Do leczenia powyższego nadają się według autora tylko przypadki takie, w których nowotwór jest jeszcze chorobą ściśle miejscową, niedaleko posuniętą, bez zajęcia gruczołów i gdzie dostęp jest możliwy, a więc rak skóry, wargi, błony śluzowej ust i wreszcie krtani.

Według zestawienia Robillarda do końca roku 1899 leczono tym sposobem 45 przypadków raka. Z liczby tej miało być 34 wyleczonych, a 11 nie wyleczonych. Pomiędzy niewyleczonymi było kilka przypadków z obrzękiem gruczołów, a więc nie nadających się do leczenia arsenem.

W swojej ostatniej pracy oświadcza Truneček, że w całym szeregu przypadków raka nosa, policzków, czoła, wargi dolnej, powiek, błony śluzowej, jamy ust, krtani i brodawki piersiowej, osiągnął tym sposobem zupełne i dotąd trwałe wyleczenie. Szczególnie dobre rokowanie dają raki skórne, usadowione w takich miejscach, gdzie tuż pod skórą znajduje się podstawa twarda, jak kość lub chrząstka, która przeszkadza szerzeniu się nowotworu wgłąb. W swojej pracy podnosi on również fakt stwierdzony rzekomo przez wielu autorów, że nawroty po tym sposobie leczenia są daleko rzadsze, niż po leczeniu operacyjnem; czy ich

---

[1]) Ostatnia praca: Truneček: Die Behandlung der bösartiger Geschwülste mit Arsenverbindungen (Wien. med. Wochenschrift 1901 Nr. 19—20).

wogóle nie będzie, to dopiero dłuższe spostrzeganie wykaże. Nadto przypisuje autor temu sposobowi leczenia znaczenie rozpoznawcze i radzi w przypadkach owrzodzeń przyrody wątpliwej stosowanie powyższego sposobu leczenia, który w przypadkach raka da swoiste oddziaływanie, a stosowany dalej, doprowadzi do zupełnego wyleczenia. Owrzodzenia, nie dające żadnego odczynu, zdaniem tego autora, nie są przyrody rakowatej.

Ten sposób leczenia podaje autor, jako jedyny i bezpieczny, zwłaszcza u chorych, cierpiących na cukrzycę, białaczkę, krwawiączkę i u chorych, nie dających się nakłonić do zabiegu operacyjnego.

Czas trwania leczenia zależy od rodzaju raka. Raki z podłożem skąpem i więcej zbliżone do utkania zarodkowego, szybciej ulegają działaniu arsenu, niż raki z podściółką włóknistą. Bardzo małe owrzodzenia rakowate wymagają około 3 tygodnie leczenia; przeciętnie jednak leczenie trwa znacznie dłużej.

W strupach odpadłych, badanych pod drobnowidem, dostrzegał Truneček martwicę (nekrozę) komórek rakowych; oprócz tego zauważył on tam naciek drobnokomórkowy, zakrzepy w naczyniach i drobne wybroczyny.

Na podstawie powyższych badań określają Truneček i Cerny mechanizm gojenia się raków przy zewnętrznem stosowaniu arsenu w sposób następujący:

1) Komórki rakowate ulegają pod wpływem arsenu wprost obumarciu, a ich protoplazma krzepnięciu.

2) Komórki tkanki podstawowej (stroma) ulegają zwyrodnieniu, a w samą tkankę występuje wysięk, który następowo wywołuje zmiany w komórkach rakowatych.

3) W zdrowej tkance otaczającej powstaje zapalenie odgraniczające, które przyjmuje coraz bardziej cechy zapalenia ropnego i służy do wydzielenia z ustroju obumarłych tkanek, jako ciał obcych.

Zachęcony korzystnymi wynikami ogłaszanymi, przez niektórych autorów, polecił mi prof. Trzebicky przeprowadzenie doświadczeń na kilku chorych, których historye poniżej podaję, celem przekonania się o wartości leczniczej tego sposobu, choć już z góry nasuwały się poważne wątpliwości co do działania tego leku i osiągniętych wyników. Przedewszystkiem liczba przypadków, nadających się do tego leczenia wogóle, musiała być bardzo skąpa, gdyż sam Truneček żąda, aby gruczoły były jeszcze zupełnie wolne, a my przecież w żadnym przypadku nie jesteśmy w stanie twierdzić, że w razie, jeżeli gruczoły nie są jeszcze wymacalne, to już napewno zmian nowotworowych w nich niema. Tem też mniej zdawał się ten sposób leczenia odpowiedni, że przecież dzisiejszem dążeniem jest, by w każdym przypadku raka, choćby gruczoły nie były jeszcze wymacalne, wyjąć w przypuszczalnem miejscu ich istnienia całą tkankę tłuszczową. Szybki rozrost niektórych postaci raka, mogący znacznie wyprzedzić nieraz powolne działanie środka leczniczego, również zdawał się przemawiać przeciwko temu sposobowi leczenia.

1. W. A. l. 70. górnik, zgłosił się dnia 17. czerwca 1901 r. z owrzodzeniem rakowatem na błonie śluzowej wargi dolnej, nieco na zewnątrz od blizny w linii środkowej, po pierwotnej operacyi, dokonanej przed kilku miesiącami z powodu raka. Przez 5. tygodni stosowano arsen. Wśród tego leczenia zaczął się wytwarzać naciek nowotworowy w dolnym odcinku blizny, który w chwili, kiedy na prośbę chorego wykonano operacyę, doszedł do wielkości grochu. Gruczoły podszczękowe, przedtem nie wymacalne, obrzękły wśród obserwacyi. Samo zaś owrzodzenie rakowate oczyściło się wprawdzie pod działaniem arsenu, na brzegach widać było jakby ślady pokrywania się wrzodu naskórkiem, podstawa jednak i brzegi pozostały jeszcze naciekłe, twarde.

2. I. Ch. l. 47, rolnik; owrzodzenie rakowate wielkości pół balerza na czerwieni wargi dolnej, blizko prawego kąta ust. Gruczoły podszczękowe ledwo macalne. Przez 6. tygodni stosowano arsen. Wśród tego czasu widoczne ślady zaciągania sie owrzodzenia od strony jamy ust, natomiast od przodu naciek przeszedł na skórę wargi. Gruczoły podszczękowe wyczuwalne. Z końcem 6-go tygodnia leczenia wykonano operacyę.

3. J. L. l. 60, rolnik; na wardze dolnej w środku między prawym kątem ust a linią środkową istnieje guzek wielkości bobu, owrzodziały, miejscami pokryty strupami. Gruczoły podszczękowe miernie powiększone. W ciągu 7. tygodni stosowano arsen. Pod koniec tego leczenia wystąpił wyraźny strup ciemny, wolno osadzony na podstawie, po zdjęciu jego powierzchnia rany nierówna, miejscami jeszcze naciekła, twarda. Z końcem 7-go tygodnia na prośbę chorego wykonano operacyę.

4. B. K. l. 45, rolnik na czerwieni wargi dolnej blizko lewego kąta ust guzek wielkości bobu, o powierzchi owrzodziałej. Gruczoły podszczękowe ledwo wyczuwalne. Przez 7. tygodni stosowano arsen. Przebieg jak pod L. 3. Z początkiem 8-go tygodnia wykonano operacyę.

5. J. D. l. 55, rolnik; na wardze dolnej, od linii środkowej aż prawie do lewego kąta ust, owrzodzenie o brzegach i dnie naciekłem, twardem. Gruczoły podszczękowe po obu stronach wyraźnie powiększone. Przez 5. tygodni stosowano arsen. Naciek nieznacznie się zmniejszył, natomiast na skórze, tuż koło podstawy owrzodzenia, zaczęły się pojawiać drobne guzki, zlewające się miejscami z podstawą nacieku. Z początkiem 6-go tygodnia wykonano operacyę.

6. W. G. l. 70, wyrobnik. Guz rakowaty, zajmujący $^2/_3$ części wargi dolnej, na powierzchni owrzodziały, cuchnący. Przez tydzień stosowano arsen bez widocznych śladów polepszenia, prócz zmniejszonego nieco rozpadu na powierzchni i cuchnienia. Z początkiem 2-go tygodnia wykonano operacyę.

7. J. N. l. 70, żona rolnika; owrzodzenie guzowate z cechami raka zajmujące całą wargę dolną. Przez 8 tygodni stosowano arsen. W ciągu tego czasu tworzyły się miejscami powierzchowne strupy, nie sięgające do dna nacieku, zaś od strony ust naciek szerzył się na wiązadełko wargi dolnej i na dziąsła. Z powodu długotrwałego a bezskutecznego leczenia usunięto guz na wardze drogą operacyjną.

8. M. J. l. 50, żona rolnika; na małżowinie ucha lewego guzek wielkości grochu, owrzodziały, o cechach raka. Gruczoły nie wyczuwalne. W ciągu 3 tygodni stosowano arsen bez widocznego skutku. Z początkiem 4-ego tygodnia operacya.

Badanie drobnowidowe wyciętych owrzodzeń we wszystkich przypadkach dało typowy obraz raka naskórkowego

Zestawiając powyższe przypadki, przychodzimy do przekonania, że powątpiewania, jakie nasuwały się z góry co do skuteczności arsenu w leczeniu raków, były zupełnie usprawiedliwione. W żadnym bowiem z tych przypadków nie osiągnięto widocznego wyniku dodatniego, dlatego też zaniechano dalszych prób w przekonaniu, że sposób ten może mieć raczej znaczenie teoretyczne, niż praktyczne. Praktyczne zastosowanie, jako środka arcyniepewnego, znaleźć może arsen, podobnie jak wiele innych środków, jedynie tylko tam, gdzie chory nie zgadza się na leczenie operacyjne. Atoli winę zawodu, co do wyniku, muszą w tych razach pacyenci przypisać samym sobie.

W końcu niech mi wolno będzie na tem miejscu podziękować czcigodnemu mojemu szefowi prof. Dr. Trzebickyemu za zachętę do niniejszej pracy, łaskawe odstąpienie materyału i liczne udzielone mi wskazówki.

III. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Pastilli jodo-ferrati comp. „Jahr."

Podał

Dr. E. Friedländer,

lekarz okręgowy i sądowy w Medenicach.

Przetwory żeleziste i ich połączenia w ostatnim czasie tak zasypały nasz targ farmaceutyczny, iż do wielkich trudności należy przy świeżo pojawiającym się leczniczym przetworze żelezistym wskazać nowe własności, dzięki którym środek ten ma się wyróżniać w sposób dodatniejszy od innych, które go poprzedziły. Na większe jeszcze trudności natrafia lekarz, jeżeli w stanach niedokrewnych różnego pochodzenia ma wybrać odpowiedni środek, któryby obok swego korzystnego działania na ustrój, wyróżnił się jeszcze przyjemnym smakiem, czyniącym zadość nie zawsze uzasadnionym wymaganiom tych, często tak wybrednych pacyentów. Tem bardziej liczyć się musimy z tą okolicznością, gdy wybierać mamy przetwór żelezisty dla dzieci i to dzieci schorzałych i zgrymaszonych. Np. krzywica i towarzysząca jej niedokrewność, jedna z najczęstszych chorób wieku dziecięcego, wymaga obok prawie swoiście na tę chorobę działających środków, leczenia objawów towarzyszących, które zapomocą tranu i środków żelezistych usuwać się staramy. Niestety, natrafiamy tu często na nieprzezwyciężone trudności ze strony małych pacyentów, u których środki te budzą wstręt i u których niestety, zbyt często przy forsownem zwłaszcza stosowaniu tych leków występują wymioty i t. p.

Dlatego też powitałem z dobrą otuchą wyrabiane przez aptekarza Jahra w Krakowie, kołaczyki jodo-ferratynowe („Pastilli Jodo-Ferrati comp Jahr"), które od kilku miesięcy stosuję, a obecnie zamierzam zdać sprawę ze skutków, które otrzymałem przy stosowaniu tego środka.

Kołaczyki, o których piszemy, mają skład następujący: *Ferratini 0·1, Duotali 0·05, Calcar. glycer. phosph. 0·05, Kalium jodatum 0·03.* Rzut oka na sam skład każe przyznać, że kołaczyki te zawierają w sobie najgłówniejsze pierwiastki lecznicze naszej terapii, a tem samem znaleść muszą zastosowanie w tych wszystkich chorobach i zboczeniach odżywczych, w których pospolicie stosujemy żelazo, jod, fosfor, tran i inne leki, trudne często do strawienia i przykre do zażywania, zwłaszcza w klienteli pedyatrycznej, która najczęściej potrzebuje tego rodzaju leczenia.

Kołaczyki Jahra stosowałem głównie w krzywicy, kile (zwłaszcza dziedzicznej u dzieci), w gromadzie przeróżnych objawów, mianowanych „zołzami", dalej u dzieci słabo rozwijających się, zwyrodniałych fizycznie, z przewlekłymi nieżytami dróg oddechowych, skłonnych do ropień, do obrzęków gruczołów, do błednicy itd. itd. Ogólnie rzeczy biorąc, kołaczyki Jahra, posiadając dobry smak, znakomicie zastępują tran, zwłaszcza, że mogą być polecane cały rok, bez względu na upały letnie.

Kołaczyki Jahra zapisuję dzieciom po 2—4 dziennie; dorosłym zaś po 6—9 i zależnie od wypadku dawka może być powiększona. Uznając ważność składników tych kołaczyków zastrzedz należy, że nie mogą być one z wolnej ręki sprzedawane publiczności, lecz tylko za ordynacyą lekarską, gdyż ani jod, ani duotal nie są zwłaszcza dla dzieci środkami obojętnymi.

Z dwudziestu przypadków, leczonych pastylkami Jahra podaję tu (z powodu braku miejsca) tylko kilka historyj chorób celem uwydatnienia wartości tego przetworu.

1. F. K. z L.; 3 lata liczący, wychudzony i źle odżywiony. Rodzice zdrowi. Kościec krzywiczy, kaszel częsty, brak łaknienia, zwłaszcza w ostatnich miesiącach. Rozpoznałem przewlekły nieżyt oskrzeli u dziecka krzywiczego i niedokrewnego. Prócz pożywnej dyety poleciłem częste przebywanie na świeżem powietrzu i zastosowałem kołaczyki Jahra, z początku po 2, a później po 4 dziennie w ciągu 3 miesięcy. Stan zdrowia po upływie tego czasu ogólnie znacznie się polepszył, kaszel ustąpił, łaknienie się wzmogło, a na wadze przybyło mu $3^1/_2$ kg.

2. W. I. z S., lat 4. Dziedzicznie obarczony kiłą. Przed $1^1/_2$ rokiem stosowałem u tego zresztą dobrze rozwiniętego chłopca przetwory rtęciowe; objawy kiłowe po 4 tygodniowem leczeniu znikły. Przed ośmiu miesiącami pacyent ten powrócił do mnie, tym razem bardzo blady, wychudły, a z powodu niedawno ledwie zagojonych wrzodów i kłykcin sączących na podniebieniu twardem, niezdolny jeszcze do żucia pokarmów. Zaordynowałem kołaczyki Jahra po 4 dziennie. Ponieważ ojciec z małym pacyentem regularnie przychodził do mnie raz na 3 tygodnie, przeto mogłem się przekonać, jak korzystny wpływ leczenie to wywierało na małego pacyenta. Po 4 miesięcznem leczeniu stan zdrowia dziecka tak się poprawił, iż przybrał na wadze $2^1/_2$ kg.; objawy kiłowe znikły.

3. H. Sch., 6 lat licząca, przebyła zapalenie płuc i opłucnej. Jest dziedzicznie obciążona. Matka umarła na chorobę płucną. Rekonwalescencya po zapaleniu płuc postępuje naprzód, ale krokiem zbyt powolnym, a nawet wieczorami czasem chora gorączkuje. Obawa o wytworzenie się przewlekłego nacieku była uzasadnioną zwłaszcza, że oddech oskrzelowy utrzymuje się. Zaleciłem z początku przez pewien czas sirolinę, lecz po jakimś czasie zapisałem kołaczyki Jahra po 5 dziennie, które pacyentka bardzo chętnie zażywała, chętniej nawet niż sirolinę Już po trzech tygodniach skutek leczenia zaznaczył się pomyślnie. Gorączka całkiem znikła, łaknienie się poprawiło, dziecko zaczęło lepiej wyglądać. Wprawdzie wypuk nad pierwotnem ogniskiem zapalnem był jeszcze nieco przytłumiony. Obecnie minęły 4 miesiące od tego czasu, objawy w płucach całkiem znikły, a dziecku przybyło na wadze $2^1/_2$ kg. Pacyentka ta brała regularnie po 3 kołaczyki dziennie przez 3 miesiące, a przytem dobrze była odżywiana

W 8miu dalszych przypadkach miałem sposobność przekonania się o pomyślnem działaniu kołaczyków Jahra u dzieci niedokrewnych, po części dziedzicznie obciążonych, a wiadomo, że w takich przypadkach nigdy nie można wykluczyć możebnej gruźlicy. Stosowałem też te kołaczyki w przypadkach podejrzanej gruźlicy kości i gruczołów jakoteż i w zołzach i w niektórych przypadkach stwierdziłem wynik bardzo dobry.

Kołaczyki Jahra nie stanowią żadnego postępu w nauce: pierwiastki, które wchodzą w skład tych kołaczyków, ich działanie na ustrój i t. d. są od wieków znane. Natomiast dzięki celowemu i rozumnemu skombinowaniu tych pierwiastków, a niemniej nadającemu się kształtowi i miłemu smakowi, kołaczyki Jahra posiadają istotną wartość w lecznictwie i z tego względu zasługują na polecenie i rozpowszechnienie.

IV. Wyciągi.

Kaminer (Berlin). **Wpływ ciąży i porodu na sprawę gruźliczą i lecznicze znaczenie sztucznego poronienia.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 35, 1901). Według Kleinwächtera sztuczne poronienie w tych przypadkach jest bezwarunkowo wskazane, gdy zachodzą cierpienia, które, — będąc wywołane skutkiem ciąży, — dochodzą do tak wielkiego nasilenia, że bezpośrednio zagrażają życiu matki, a zatem cierpienia, które tylko przerwaniem ciąży usunąć się dadzą. Tu należą uporczywe wymioty ciężarnych i pewne stany zwyrodnienia jaja płodowego, np. ciąża zaśniadowa. Zupełnie jednak nie uwzględnił on okoliczności, że istnieją postacie chorobowe, przebiegające całemi latami podostro i prawie bez objawów, aż skutkiem rozwijającej się ciąży nagle się pogarszają, pociągając za sobą śmierć pacyentki. O ile stosunek, zachodzący między chorobami serca a ciążą, był dokładnie przez licznych autorów rozbierany i omawiany (Gusserow, Leyden i inni), o tyle o gruźlicy bardzo mało wspominano. Leyden n. p. ogólnikowo się wyraża, że skutkiem kilkakrotnej ciąży gruźlica bezwątpienia się pogarsza. Jedynie Maragliano żąda stanowczo, aby ciąża była przerwaną u każdej dotkniętej gruźlicą kobiety: nie należy tedy czekać, aż wystąpią groźniejsze zaburzenia i niebezpieczeństwa; owszem im bardziej jest ograniczone ognisko gruźlicze, im lepszy jest stan ogólny, tem rychlej należy wykonać zabieg i tembardziej jest wskazany. Zważywszy bowiem wielki wpływ gruźlicy na płód i ewentualną możliwość przeniesienia zarazka, usuwa się zapomocą zabiegu i niebezpieczeństwo grożące matce, a z drugiej strony i rozwój gruźliczej jednostki.

Autor rozporządza 50 przypadkami, z których się okazuje, że skutkiem ciąży w 33 przypadkach nastąpiło pogorszenie sprawy gruźliczej, a tylko w 8-miu pozostała ciąża bez wpływu, o pozostałych zaś 9-ciu nie dało się nic stanowczego powiedzieć; obliczywszy to na stopę odsetkową, wypada 66% pogorszeń w gruźlicy przez ciążę, a 16% bez wpływu. Ten wysoki odsetek pogorszeń jest zupełnie uzasadniony: wiadomo bowiem, że w początkach ciąży pojawiają się zaburzenia żołądkowe, które wprawdzie u osób zdrowych mniejsze mają znaczenie, ale u kobiet gruźliczych tem więcej ważą na szali, ponieważ najgłówniejszy czynnik w leczeniu gruźlicy, odżywienie, znacznie podupada, nie mówiąc już o kurczowych ruchach wśród wymiotów, mogących za sobą pociągnąć krwotoki. Najlepszym istotnie środkiem leczniczym w takich przypadkach jest przerwanie ciąży; — ale nie należy znów tak bezwzględnie postępować, jak to chce Maragliano, lecz każdy przypadek ściśle indywidualizować. I tak, z góry należy wykluczyć od tego zabiegu przypadki, w których rokowanie, bądź z ciążą lub bez niej, jest niepomyślne lub złe i tylko jedynie te przypadki podciągnąć pod ten dział, gdzie można się spodziewać, że po przerwaniu ciąży nastąpi zupełne wyleczenie, albo conajmniej na długie lata znaczna poprawa; — szczególnie trzeba mieć na względzie przypadki, w których nastąpił wśród ciąży widoczny postęp w rozwoju gruźlicy, krwioplucie, lub utworzyły się ogniska przerzutowe.

Dr. Henryk Pisek.

Prof. Dr. Jordan (z Heidelberga). **Etyologia róży, oraz jej związek z zakażeniami ropnemi.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 35). Do niedawna jeszcze istniało w nauce przekonanie o swoistości zakażenia przy róży, przyczem początkowo sądzono, iż cierpienie to jest następstwem zakażenia swoistymi łańcuszkowcami (Fehleisena); następnie zaś utarło się i utrzymuje się dotychczas zapatrywanie, iż przyczyną róży są zwykłe ropotwórcze łańcuszkowce. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń, oraz zdania badaczy piśmiennictwa, gorąco występuje przeciw tym zapatrywaniom, i dochodzi do następujących wniosków: 1) Róża etyologicznie nie jest cierpieniem swoistem. 2) Typową różę na uchu królika można wywołać nietylko zapomocą łańcuszkowców, lecz również gronkowcami, pneumokokami, oraz prątkiem okrężnicowym. 3) Róża u ludzi bywa zwykle następstwem zakażenia ropotwórczymi łańcuszkowcami, może jednakowoż bez wszelkiej wątpliwości rozwijać się na tle zakażenia złotym gronkowcem. 4) Pytanie, czy różę u ludzi mogą powodować inne drobnoustroje fakultatywnie ropotwórcze (jak pneumokoki, prątek okrężnicowy, oraz durowy), dotychczas pozostaje nierozstrzygnięte. 5) Rozróżnianie prawdziwej róży od róży rzekomej w obecnym stanie nauki nie daje się uzasadnić ani przebiegiem klinicznym, ani etyologią: różnica tutaj jest tylko pozorna, zależna od różnego stopnia natężenia tejsamej sprawy chorobowej; stopień natężenia zaś jest wynikiem różnej jadowitości koków i różnej odporności tkanek. Wreszcie 6) przeciwko swoistości róży przemawia daleko idąca analogia między różą a ostrem zapaleniem szpiku kostnego *(osteomyelitis acuta)*, które to cierpienie do niedawna uważane było również za swoiste (analogię między tymi dwoma cierpieniami przeprowadza autor, zarówno pod względem etyologii, jak również i zmian anatomicznych, oraz przebiegu klinicznego).

Gliński.

M. A. Szyrokich. **Nowy sądowo-lekarski sposób odróżniania krwi ludzkiej od krwi zwierząt, wraz z uwagami co do tego sposobu** (*Wracz* 1901, nr. 29). Z początkiem b. r. Uhlenhuth, a następowo Wassermann i Schütze [1]) zalecili nowy sposób oznaczania różnych rodzajów krwi, mający niepoślednie znaczenie w sądowo-lekarskich przypadkach, w których idzie o orzeczenie, czy dana krew jest ludzką, lub też zwierzęcą. Sposób polega na tem, iż surowica zwierzęcia, któremu poprzednio wprowadzano krew ze zwierzęcia innego gatunku, tworzy osad w rozczynach krwi takich zwierząt, których krew wstrzykiwano, nie tworząc natomiast osadu w rozczynach krwi innych zwierząt. Celem wypróbowania tego sposobu autor wprowadzał królikowi pod skórę krew ludzką, po 2 miesiącach zaś otrzymał z niego około 15 cm.^{3} swoistej surowicy. Dodając tę surowicę do 13 rozczynów krwi, otrzymanych działaniem 1,6% rozczynu soli Na Cl na krwawe plamy (plamy znajdowały się na rozmaitych materyałach różnie długo, od 5 dni aż do 2½ lat), już po paru minutach autor otrzymał zmętnienie, po godzinie zaś wyraźny osad tylko w 4 rozczynach z krwią ludzką, podczas gdy pozostałe rozczyny, zawierające krew rozmaitych gatunków zwierząt, pozostawały początkowo zupełnie przeźroczyste; po upływie jednakże 4—5 godzin i te rozczyny poczęły mętnieć, a nazajutrz we wszystkich rozczynach znajdował się już wyraźny osad, choć wogóle mniejszy niż w rozczynach krwi ludzkiej. Wobec tego wyniku autor, stwierdzając wysoką wartość tego sposobu zwraca jednakowoż uwagę, iż tylko szybko tworzący się osad, jest miarodajny dla oznaczenia gatunku krwi, gdyż i w innych gatunkach krwi tworzy się osad, występujący jednakowoż znacznie później. Powyżej omówiony sposób posiada tę wadę, iż surowica bardzo szybko psuje się i traci swoiste własności. Do przechowywania surowicy zaleca autor rurki włoskowate wyjałowione i zatopione na obydwu końcach po napełnieniu ich surowicą; prócz tego doświadczenie autora poucza, iż możliwem jest również przechowywanie surowicy w stanie suchym: przepoił on obficie surowicą bibułę szwedzką, wysuszył ją, po upływie miesiąca pokrajał na drobne skrawki i nalał je 1,6% rozczynem Na Cl. Otrzymany w ten sposób wyciąg miał zachować całkowicie własności surowicy swoistej.

Dr. Gliński.

Groenouw. **Zapalenie oczu u noworodków badane klinicznie i bakteryologicznie.** (*Gräfe Archiv für Opthalmolog.* LII, r. 1901). Że zapalenie spojówek u noworodków nie polega li tylko na zakażeniu gonokokami Neissera, o tem wiedziano już dawniej. Chodziło autorowi o zbadanie większej liczby dzieci z zapaleniem oczu (noworodków) i o wykazanie, jakie drobnoustroje powodują te cierpienia i w jakim stosunku stoją objawy kliniczne do rodzaju drobnoustrojów, zawartych w wydzielinie. Na podstawie 100 przypadków dochodzi Gr. do wniosków bardzo ciekawych, mianowicie, że zaledwie w 41% wszystkich zapaleń oczu noworodków znalazł gonokoki Neissera, — przyczem obraz kliniczny odpowiadał 24 razy ciężkiemu, 4 razy średniemu, a 11 razy lekkiemu zapaleniu oczu u noworodków. Z klinicznego obrazu nigdy w pierwszej chwili powiedzieć nie można, czy mamy przed sobą prawdziwy śluzoropotok rzeżączkowy, czy też pod jego postacią zakażenie nierzeżączkowe. Gdyż podobny zupełnie obraz polega często na zakażeniu innymi drobnoustrojami, jak: pneumokokus, łańcuszkowiec, gronkowiec i t. d.

Jednakże w tych razach, gdzie nie gonokokus jest sprawcą cierpienia, śluzoropotok kończy się prędzej, bo nieraz w 14 dni, podczas gdy sprawa chorobowa na tle jadu rzeżączkowego trwa od 5—11 tygodni, mimo dobrego leczenia. Dalej znalazł Gr., że wrzody rogówkowe znachodzi się wyłącznie przy zakażeniu rzeżączkowem, nieraz już w 5 dni po rozpoczęciu się choroby, zwykle jednak między 2-gim a 3-cim tygodniem trwania choroby. Pamiętać wreszcie godzi się, że można gonokoki wykazać jeszcze 10—12 dni po zupełnem ustąpieniu wydzieliny. Należy więc terapię stosować znacznie dłużej ponad czas ustania zupełnego wydzieliny ropnej. Jednostronne cierpienie oka nie przemawia wcale przeciw jadowi rzeżączkowemu, jako przyczynie zapalenia. Kroner znalazł bowiem w tych razach 9,5% zapaleń na tle gonokoków: bez możności wykazania gonokoków zaś 25% jednostronnych zapaleń. Próbował również Gr. porównawczo azotanu srebra w rozczynie 2% i protargolu w rozczynie 5%, równocześnie u tego samego dziecka, na każdym oku z osobna je stosując, — jednakże przyszedł do wniosku, że protargol niema żadnej wyższości nad azotanem srebrowym, który ma niewątpliwie to za sobą, że jako środek terapeutyczny nie zawodzi.

Dr. Brudzewski

A. Edington. **Mór szczurów.** (*The Lancet*, 8 czerwca 1901 r.). Autor jest dyrektorem Instytutu bakteryologicznego w kolonii Cap. Dnia 5 lutego r. b., będąc w mieście Cap, dowiedział się E. o wybuchu moru wśród szczurów, które zdychały w wielkiej liczbie. Zarząd kolonii wydał rozporządzenie, żeby wszystkie zakażone szczury dostarczano Drowi E. Jednak dopiero po 6-ciu dniach znaleziono i przyniesiono mu szczura niedawno zdechłego. Sekcya została dokonaną przez zarządzającego kolonialnym wydziałem weterynaryjnym i miała wynik taki: wysięku koło ust, oczu i nosa nie było; wybroczyn krwawych pod skórą również nie było; w jamach: opłucnowej i osierdziowej znaleziono bardzo dużo żółtej przeźroczystej surowicy; w narządach wewnętrznych zmian żadnych, śledziona również była zupełnie prawidłowa; wątroba trochę powiększona, bez zmian innych; gruczoły chłonne nie powiększone. Przy badaniu drobnowidowem krwi z serca i z naczyń podpachowych, oraz soku z wątroby i śledziony, autor znalazł mnóstwo drobnoustrojów. Jednocześnie w Cap było kilkanaście przypadków moru dymienicznego u ludzi: badanie bakteryologiczne ropy z gruczołów tych ostatnich wykazało obecność klasycznego prątka moru; prątki, znalezione u szczura, różniły się w pewnych względach od prątków moru ludzkiego: postać ich była nieco inna, oraz barwienie fioletem metylowym dwubiegunowego zabarwienia, zwykle spostrzeganego wyraźnie w prątkach moru ludzkiego. Hodowle natomiast drobnoustrojów, pochodzących z dymienic zakażonych morem ludzi, oraz hodowle z krwi szczura, były bardzo podobne i nie było dostatecznych cech dla ich rozróżnienia. Następnie autor zastrzyknął hodowle, otrzymane ze szczura, królikom, morskim świnkom i gołębiom; okazało się, że choroba szczurów udziela się świnkom, kró-

[1]) Porówn. »Przegląd lekarski« 1901 nr. 10 i 19.

liki zaś pozostają zdrowe nawet po zastrzyknięciu im hodowli bakteryj, które przeszły przez świnkę; zaszczepienie królikowi żywotnej hodowli drobnoustroju ze szczura nie daje mu również odporności na działanie następczego wstrzyknięcia moru dymieniczego. Gołębie nadzwyczaj łatwo zapadają na chorobę szczurów. Wszystko to razem wzięte pozwala autorowi wyciągnąć wniosek, że mór szczurów nie jest identyczny z morem dymienicy u ludzi. *St. Kudzki.*

Barker. **W sprawie szwu rzepki.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Autor jest zwolennikiem zszywania odłamków rzepki we wszystkich świeżych przypadkach (w kilka godzin po przerwaniu). Sam szyje rzepką podskórnie w następujący sposób: najpierw wbija koniec noża zwróconego ostrzem ku górze w więzadło rzepki poniżej odłamka dolnego aż do nacięcia dolnej krawędzi dolnego odłamka. Przez ucisk na kolano i odpowiednie skręcenie noża wydala krew nagromadzoną w stawie i na wykonanie dokładne tej części zabiegu kładzie wielką wagę. Przez otwór w ten sposób powstały przeprowadza grubą i długą igłę uchem naprzód po tylnej powierzchni rzepki, wykłówa tuż nad górną krawędzią górnego odłamka, skórę nad igłą przecina nożem i do ucha w ten sposób widocznego wprowadza drut srebrny lub aluminiowy. Po przeciągnięciu drutu tą samą drogą aż do dolnego otworu przeprowadza igłę uwolnioną od drutu w ten sam sposób aż do otworu górnego po przedniej powierzchni rzepki, nawleka drugi koniec drutu i wraca tą samą drogą. W ten sposób ujęte są oba odłamki rzepki w pętlę, na której oba końce zakłada sztabki metalowe i ciągnie dolne ramię pętli prawą ręką ku górze, a górne lewą ręką ku dołowi. Podczas tego asystent pociera oba odłamki o siebie, ażeby dokładnie wydalić nagromadzoną pomiędzy nimi krew, a gdy już zupełnie do siebie przylegają, przyciąga operator pętle jeszcze silniej i końce trzykrotnie zakręca. Otwory w skórze powyżej i poniżej rzepki zamyka się opatrunkiem kolodyonowym. Leczenie pooperacyjne polega na tem, że kończyny nie układa się na szynie, ale przez kilka dni z rzędu przykłada się na okolicę stawu kolanowego worek lodowy. Od samego początku należy wykonywać lekkie ruchy bierne, a po tygodniu rozpocząć mięsienie. Począwszy od drugiego tygodnia musi chory zacząć wykonywać ruchy czynne, do czego zwykle niema wielkiej skłonności, ale po kilku dniach dobrze kończynę zgina i wyprostowuje. To wczesne wykonywanie ruchów uważa autor za konieczne, jako nieszkodliwe dla zrośnięcia się odłamków, a pobudzające wessanie wysięku między odłamkami. Wyniki autora są prawie świetne. Drut pacyentowi nie sprawia dolegliwości, chociaż się przerwie. Gdyby się okazała potrzeba, nacina się po znieczuleniu miejscowem skórę ponad węzłem, przecina się jedno ramię drutu i wyciąga z łatwością węzeł. Jako dobre strony tej metody wylicza autor: 1) krótkie trwanie operacyi (i uśpienia), tj. 5—10 minut (względnie można ją wykonać po znieczuleniu miejscowem); 2) łatwiejsze zapobieżenie zakażeniu, niż przy otwarciu całego stawu. Jedyny zarzut, że przy szyciu podskórnem odłamki nie przylegają tak dokładnie, jak przy otwartem, zbija autor tem, że nawet przy niezupełnie dokładnem zbliżeniu odłamków funkcye stawu nie doznają żadnego upośledzenia. *Dr. Weinsberg.*

Dr. Beely. **W sprawie ukształtowania kikutów po amputacyi i wyłuszczeniach na kończynie górnej.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 63, Z 4). Autor opisuje przypadek wrodzonego braku prawej ręki u pacyenta, który z nadzwyczajną zręcznością posługuje się kikutem do wykonywania bardzo subtelnych ruchów, jak zapinania rękawiczki, uderzania pojedyczych klawiszów na fortepianie i t. d. Sprawność ruchów jest umożliwiona przez to, że ścięgna mięśni przedramienia bardzo silnie wykształconych są zrośnięte z tkanką podskórną i samą skórą kikuta tak, że części miękkie, pokrywające w grubym pokładzie koniec obwodowy kikuta, poruszają się we wszystkich kierunkach nakształt ryjka, którym pacyent radzi sobie bardzo sprawnie. Wniosków autor nie wyciąga żadnych, gdyż one same się nasuwają. *Dr. Weinsberg.*

Hönig (Budapeszt). **W sprawie zomoterapii: leczenie gruźlicy surowem mięsem.** *(Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 30, 1901). Uwzględniwszy wyniki, uzyskane dotychczas zapomocą tego postępowania leczniczego, można nabrać przekonania, że obecnie pod względem działania zomoterapii w gruźlicy wytworzyły się dwa wprost przeciwne zapatrywania: jedni niezachwianie wierzą w skuteczność zomoterapii, stosowanej bądź to w postaci surowego mięsa, bądź też soku mięsnego (*succus carnis recenter expressus*), drudzy hołdują znów zasadzie, że ten sposób leczenia nie jest niczem innem, jak tylko prostym — być może tańszym — sposobem dyetetycznym. Autor bezwzględnie skłania się, — na zasadzie swego doświadczenia, — do zdania ostatnich, albowiem nie udało mu się ani istniejącej gruźlicy uleczyć pomimo (przez całe miesiące) starannego przeprowadzenia wszystkich zasad zomoterapeutycznych, ani też powstrzymać wybuchu gruźlicy przez zapobiegawcze stosowanie zomoterapii. Nie należy więc w karmieniu surowem mięsem upatrywać jakiegoś swoistego leku, lecz jedynie uważać to jako *adiuvans* zwykłych, powszechnie znanych zabiegów higieniczno-dyetetycznych. *Dr. Henryk Pisek.*

S. Oppenheim (Warszawa). **Trzy przypadki zatrzymania się ości rybich w dolnym odcinku (krtaniowym) gardzieli.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 22, 1901). Z opisu przypadków autora wynika: 1) że palec jest ważnym czynnikiem pomocniczym, zapomocą którego można nieraz odnaleźć drobne ciało obce, lub tkwiące tak głęboko i w takiem miejscu, że zwierciadłem dojrzeć go tam niepodobna; 2) że nie należy kusić się o usunięcie ciał obcych samym tylko palcem, gdyż tym zabiegiem możemy ciało obce przesunąć bądź dalej w głąb, bądź też w kierunku niepożądanym i mało przystępnym. 3) Natomiast można usunąć podobne ciała obce w braku stosowniejszego narzędzia najzwyczajniejszym sposobem, n. p. jakąkolwiek pincetką, byleby kierował nią palec, podobnie jak to czynimy przy ekstubacyi sposobem O'Dwyera. *Spira.*

M. Debove. **O otłuszczeniu bolesnem.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 57). Cierpienie to, mało dotąd znane, cechuje się obecnością dużych guzów tłuszczowych, usadowionych przedewszystkiem w pewnych okolicach ciała, z pominięciem innych. Wolne od nadmiernego rozwoju tłuszczu są: głowa, szyja i obwodowe części kończyn; zajęte są w pierwszym rzędzie dośrodkowe części kończyn. Te guzy są rozmieszczone umiarowo, a na kończynach górnych są przeważnie zajęte części homologiczne. W przypadku Dobovea dotknięta zmianami była tylna część ramion i ud. Te otłuszczone okolice są siedzibą napadów bólu z okresami wolniejszymi. Z czasem mogą guzy zanikać, pozostawiając po sobie zwiotczenie tkanek. Rokowanie co do wyleczenia jest złe, co do życia dobre. Przy autopsyi znajdowano prócz guzów tłuszczowych nieznaczne i niestałe zmiany gruczołu tarczykowego, oraz zanik nerwów obwodowych. Debove tłomaczy te zmiany zajęciem nerwów obwodowych, jako czynnika regulującego przemianę materyi, o czem świadczy udział tych nerwów w otłuszczeniu bolesnem. W celach leczniczych radzi autor stosować ostrożnie tyreoidynę. *Dr. M. Blassberg.*

Docent Dr. H. Schloffer. **Przyczynek do techniki operacyjnej stulejki.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901, Nr. 26). Dotychczasowe metody operowania stulejki rażą pod względem estetycznym. Przeto S. podaje nową metodę, która polega na tem, że dwoma cięciami, stykającemi się pod kątem na szczycie napletka, przecina się oddzielnie blaszkę zewnętrzną i wewnętrzną. Po przecięciu z łatwością przesunąć możemy napletek poza rowek żołędziowy, poczem przedstawi się nam powierzchnia rany w formie wydłużonego rombu. Po zeszyciu boków długich z sobą rozszerza się znacznie ujście napletka, z zachowaniem kształtu pierwotnego. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

T. Colley. **Leczenie stawów rzekomych po złamaniach.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901, Nr. 26). C. zaleca wstrzykiwanie pomiędzy końce kości zawiesiny węgla kostnego w liposoku arabskim (wyjałowionym). W jednym uporczywym przypadku po sześciu wstrzyknięciach, powtarzanych w odstępach czterotygodniowych, nastąpiło wyleczenie. *Herman.*

Leczenie rozpływnych potów u suchotników kamforanem piramidonu zaleca Lyonet, lekarz szpitalny w Lugdunie. Autor przeprowadził swe doświadczenia na 15-tu chorych na gruźlicę, gorączkujących i nadmiernie pocących się. Poleca on 0·5 kamforanu piramidonu dwa razy dziennie. Przetwór ten, jako rozpuszczalny, nadaje się do polecenia i w płynie. Wszyscy chorzy od początku tego leczenia odczuli złagodzenie najprzykrzejszych objawów, zwłaszcza pocenia się, a u niektórych obniżyła się wygórowana ciepłota. Jeśli z biegu rzeczy wypadnie wzmocnić działanie przeciwpotne soli piramidonu, Lyonet doradza dodać nieco kwasu kamforowego. (*La Presse médicale*, Nr. 73). *K.*

VI. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu.

Na pokładzie parowca d. 29 września.

Siedemdziesiąt trzeci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbył się poraz trzeci w Hamburgu; dwa poprze-

dnie miały miejsce w roku 1830 i 1876 tak, iż widząc urządzenia higieniczne Hamburga i informując się o dawniejszym ich stanie, można ocenić szybki postęp w tym kierunku i znakomite urządzenia tegoczesne. Pisząc sprawozdanie ze Zjazdu w Hamburgu, mimowoli nasuwa się chęć porównania go ze Zjazdem zeszłorocznym, odbytym w Krakowie; bez wahania rzec można, iż pod względem naukowym i zapału do pracy śmiało możemy iść w zawody z tyle zachwalaną niemiecką nauką i kulturą. Zjazd obecny odznaczał się szczególnem uwzględnianiem nauk przyrodniczych, traktując po macoszemu naukę lekarską, tak dalece, iż na posiedzeniach głównych prawie wyłącznie odczytywano tematy z zakresu przyrodoznawstwa. Piętno zatem było już z góry nadane i charakter ten przez cały czas Zjazdu został zachowany. Praca była podzielona na 27 sekcyj, a z tych 16 przypadło na dział lekarski; w sekcyach lekarskich traktowano sprawy nader poważnie i sumiennie i omawiano zarówno tematy teoretyczne, jak i praktyczne. Odkładając szczegóły naukowe Zjazdu do sprawozdania systematycznego, wspomnieć mi wypada o niektórych epizodach towarzyskich, których organizacyą zajmował się osobny Komitet i o urządzeniach higienicznych Hamburga. Komitetowi temu zbyt wielkich pochwał udzielić nie można, gdyż starając się o urządzenie najrozmaitszych zabaw, nie dbał równocześnie, ażeby wszyscy uczestnicy Zjazdu w nich udział brać mogli. I tak, przewodniczący senatu hamburgskiego przyjmował w wspaniałych z przepychem urządzonych swych salonach tylko pewną wybraną część uczestników Zjazdu, a zabawy i wycieczki urządzane były również tylko dla pewnej części Zjazdu. Jeden wieczór poświęcony był na przyjęcie u powszechnie tu t. zw. „abstynentów“. Urządzeniem wieczoru zajęła się loża, t. zw. „Guttempler“, nadzwyczaj rozpowszechniona w całem państwie niemieckiem, której celem jest szerzenie wstrzemięźliwości i walka z alkoholem w rozmaitych jego postaciach. Nie ulega wątpliwości, że pole działania, szczególnie w państwie niemieckiem jest bardzo obszerne. Wygłoszone na wieczorze tym odczyty świadczyłyby o żywotności Stowarzyszenia i o rozwoju propagandy wśród ludności hamburgskiej, gdyby z wstrzemięźliwości jednego wieczora wnioskować można o stopniu rozwoju propagandy. Celem wieczoru było zachęcenie zdala stojących do przystąpienia do walki z tym nieprzyjacielem ludzkości i propaganda myśli tej za pośrednictwem lekarzy. Jak rozdawane sprawozdanie świadczy, myśl ta rozpowszechnia się z dnia na dzień i liczy współpracowników we wszystkich warstwach społeczeństwa, a w walce tej biorą udział trzy czasopisma, wyłącznie wydawane w tym celu.

Na uwagę zasługują prócz tego urządzenia sanitarne Hamburga, do niedawna zaniedbane, a obecnie stojące na wyżynie swego zadania. Mam tu na myśli szpitale, zaopatrywanie miasta w wodę, cmętarz, krematoryum i inne. Między pierwszymi na naczelnem miejscu umieścić należy nowo zbudowany szpital w Eppendorfie, którego wspaniałe urządzenie powinno służyć za wzór przy budowie szpitali wogóle. Niestety, rzadko tylko stosunki finansowe zezwalają na wystawienie podobnych pałaców i wyposażenie ich z takim przepychem; w krótkiej korespondencyi nie można się nawet pokusić o przedstawienie chociażby ogólnego tylko zarysu tych urządzeń. Aby mieć pojęcie o ogromie tego zakładu, wystarczy nadmienić, że składa się on z dwudziestu i kilku pawilonów, z których większa część mieści po 40 i kilka łóżek; że w ciągu roku zeszłego kuchnia wydała milion litrów mleka, milion porcyi mięsa, a 370.000 kilogramów chleba itd. Dodam tylko, że wszelkie najśmielsze nawet wymagania lekarzy pod względem wyposażenia zostały tu uwzględnione, że nawet znajduje się sala dla leczenia promieniami świetlnymi według Finsena, sala dla fototerapii, dla leczenia metodą Zandera itd; wszystkie znakomicie wyposażone oddają w leczeniu nieocenione usługi.

W ścisłym ze sobą związku, umieszczone niejako dla kontrastu, tuż obok siebie znajdują się cmentarz i krematoryum dla palenia zwłok. Cmentarz, urządzony w postaci wspaniałego parku, zajmuje przestrzeń 180 hektarów, położony jest w odległości jednej godziny jazdy od środka miasta. Po długim spacerze w pięknym ogrodzie natrafia się dopiero na pierwsze nagrobki, umieszczone w znaczniejszych od siebie odstępach. Cały grunt drenowany i kanalizowany. W bliżkości znajduje się krematoryum umieszczone w małym domku, którego zwiedzić nie mogłem, gdyż odbywało się właśnie palenie zwłok. — Wodę do picia otrzymuje Hamburg z wodociągów; ma, według zapewnienia, być higieniczna, przedstawia się jednak żółtawo-zabarwiona, cuchnąca i złego smaku.

Liczba uczestników Zjazdu wyniosła: 3.400; między tymi z Polaków: Mikulicz z Wrocławia, Dobrzycki i Higier z Warszawy, Drożyński z Piły, Idziński z Żywca, Bier, Merz, Wachtel i podpisany z Krakowa. Jako miejsce przyszłego Zjazdu (1902) obrano Karlsbad. — Dnia 28 b. m., po ukończeniu Zjazdu, wyruszyliśmy w liczbie 400 w podróż naukową, która się skończy 8. października, dla zwiedzenia miejsc kąpielowych, położonych na morzu północnem. W planie jest zwiedzanie: Helgolandu, Syltu, Wyk, Cuxhaven, Norderney, Wilhelmshafen. Przewodniczy w wycieczce profesor Liebreich, który na uroczystem przyjęciu w przemowie powitał specyalnie nas, lekarzy galicyjskich. *Jan Landau.*

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

1. Prof. J. Schöbl (Praga). **O szerzeniu się nowotworów złośliwych oka w tkance łącznej oczodołu.** Już oddawna przypuszczano, że złośliwe nowotwory śródgałkowe, zwłaszcza mięsaki i glejaki (glioma), muszą w bardzo wczesnych okresach wysełać guzki drugorzędne i to głównie do tkanek samego oczodołu; sposób jednak powstawania przerzutów tych był niejasny. Schöbl zajmował się tą sprawą przez 20 lat i sądzi, że tak jak rogówka nadaje się znakomicie do badań nad sprawą zapalenia, tak tkanka tłuszczowa pozagałkowa umożebnia wyszukanie najdrobniejszych nawet ognisk przerzutowych przy nowotworach. Z olbrzymiego materyału swojego przytacza S. szczegółowo jeden przypadek, gdzie dokonano wyłuszczenia gałki i wyczyszczenia oczodołu z powodu włókniako-gruczolaka gruczołu łzowego. Oprócz tego kilka mniejszych guzków okazywało po całem ciele budowę włókniako-mięśniaka, zaś w skórze widać było małe guzki, prawdopodobnie tego samego utkania. W tkance tłuszczowej pozagałkowej znaleziono drobne wysepki o budowie gruczolakowej, czasami tylko złożone z kilku komórek. Podobne drobne przerzuty, nieraz tylko pojedyncze komórki, widział autor i przy innych nowotworach złośliwych. Ponieważ jednak właśnie te najmniejsze przerzuty leżą w znacznej odległości tak od naczyń krwionośnych, jak i chłonnych, sądzi przeto autor, że komórki nowotworowe, dzięki własnej ruchliwości, torują sobie drogę między komórkami tłuszczowemi.

2. Prof. K. Pawlik (Praga). **O zrostach nowotworów narządu płciowego.** (Treść wykładu tego podamy w osobnem sprawozdaniu po ogłoszeniu pracy *in extenso*).

3. Prof. V. Janovský (Praga). **Dzisiejszy stan nauki o rzeżączce.** (Wykład oryentacyjny). I. Rzeżączka ostra. Można już przyjąć jako pewnik, że *gonococcus*, wykryty w r. 1879 przez Neissera, jest przyczyną rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej i spojówki oczu (Haab i Sattler). Znaczenie jego udowodniono zapomocą preparatów drobnowidowych wydzieliny, hodowli i zapomocą przeszczepiań na ludziach. Ważną jest rzeczą przy rozpoznawaniu odróżnić *gon. anterior* od *g. posterior* (Guyon i Finger), a następnie stwierdzić udział gruczołu krokowego (Finger). Na podstawie tego ostatniego, jakoteż dzięki próbie Guyon-Thompsona (dwie szklanki), zmodyfikowanej przez metodę irygacyjną Jadassona, ułatwiono znacznie rozpoznanie miejsca choroby.

II. Rzeżączka przewlekła. W rozdziale tym główną odgrywa rolę metoda endoskopowa, zapomocą której wyświetlono znaczenie gruczołów cewkowych (Oberländer). Finger i Naelsen opracowali rzeżączkę przewlekłą ze stanowiska anatomii patologicznej.

III. Powikłania. Rozmaite zapalenia ropne w przebiegu rzeżączki odnoszono z początku wyłącznie do zakażenia następowego; dziś jednak znany jest cały szereg takich spraw, poczawszy od zapalenia tkanki okołocewkowej, a skończywszy na ogólnem zakażeniu krwi, spowodowanem samym gonokokiem.

IV. Leczenie. W okresie rzeżączki ostrej wszystkie dotychczasowe sposoby poronne (sole srebrowe) — zawiodły. Również sposób Janeta nie jest metodą doskonałą. Co do rzeżączki przewlekłej, wzbogacono leczenie sposobem „metilacyi" Guyona i metodą rozszerzania Oberländera.

4. Dr. F. Zahradnický (Něm. Brod). **O wyniku operacyi Vulpiusa: przeszczepianie ścięgien przy porażeniach kończyn.** Myśl zastąpienia mięśnia porażonego mięśniem zdrowym zapomocą przeszczepienia ścięgna mięśnia zdrowego na mięsień porażony, urzeczywistnił pierwszy Nicoladoni w r. 1882 przy operacyi stopy piętowej (*pes calcaneus*). W r. 1892 dokonał tej operacyi Drobnik przy tyłostopiu porażennem (*pes equin. paral.*), najwięcej zaś udoskonalił ją Vulpius.

Autor zebrał z piśmiennictwa 226 przypadków przeszczepiania ścięgna, z których ogromna większość skończyła się pomyślnie. Sam autor leczył w ten sposób trzy przypadki stopy szpotawej porażennej (*pes varus paralyt.*). Utraconą siłę m. m. strzałkowych (*m. peroneorum*) i m. m. wyprostnych nogi zastępował przez ścięgno Achillesa, a w jednym przypadku oprócz tego i przez m. goleniowy przedni. We wszystkich przypadkach nastąpiła poprawa, lecz zawsze trzeba było zapomocą kąpieli, mięsienia i elektryzowania pobudzać mięśnie do czynności.

5. Dr. V. Kopfstein (Ml. Boleslav). **Rozwój rakowca skóry w torbielu naskórkowym, powstałym po urazie w okolicę krzyżową.** Przypadek dotyczy mężczyzny 58-letniego. Mając lat 10 doznał on ciężkiego urazu w okolicę kości krzyżowej; w kilka miesięcy później wyrósł na tem miejscu guz wielkości orzecha włoskiego, który w ciągu 20 lat doszedł do wielkości pięści. Dopiero na rok przed wstąpieniem do szpitala, więc po 48 latach, nowotwór ten zaczął się znowu uderzająco powiększać. Dokonano operacyi, wyłuszczono torbiel o ścianach, dochodzących miejscami do 1 ctm. grubości, wypełniony treścią kaszowatą, składającą się z nabłonka i miazgi rozpadłej. Włosów ani zębów nie znaleziono. Mikroskopowo stwierdzono tylko torbiel, wyścielony wielowarstwowym nabłonkiem brukowym. Lecz prawie jedna trzecia ściany torbiela okazywała typowe bujanie rakowate z wielką ilością czopków i pereł rakowcowych.

Rozwój raka skórnego w ścianie torbiela skórzastego stwierdzono i opisano kilka razy w jajniku, w torbielach zaś skórnych rak należy do wielkich rzadkości (dwa przypadki Frankego i jeden przypadek Wolffa). Przypadek Kopfsteina jest zajmujący i jeszcze ze względu na pochodzenie tego torbiela skórnego. Za przyczynę powstania przyjmuje autor ów uraz poprzedzający, który spowodował przemieszczenie cząsteczki naskórka w tkankę podskórną. Z cząsteczki tej zaś rozwinął się torbiel, podobnie jak opisane przez Grossego i Reverdina torbiele na palcach ludzi ciężko pracujących, podobnie również, jak udało się Schweningerowi i Massemu otrzymać takie sprawy na drodze doświadczalnej.

6. Dr. V. Chlumský (Kraków). **Demonstracya nowego guzika do enteranastomozy,** zrobionego z czystego magnezu i znikającego (przez nadżarcie i wessanie) w ciągu 10—14 dni z przewodu pokarmowego.

7. Dr. O. Kutvirt (Praga). **Dzisiejszy sposób operowania nowotworów nosowo-gardzielowych.** Po wstępie historycznym opisuje autor sposób wykonywania operacyi powyższej w klinice prof. Kaufmanna w Pradze: zapomocą zagiętego zgłębnika z uszkiem wprowadza się nitkę przez nos do gardzieli i wyciąga się przez usta. Na nici tej uwiązuje się drut, przeznaczony do pętli galwanokaustycznej i wciąga go się do gardzieli tak, iż oba końce wystają z otworu nosowego. Przy pomocy palca wprowadzonego do ust okręca się pętlę dookoła szypuły nowotworu. Następnie łączy się oba wolne końce drutu ze stosem galwanicznym. Po przypaleniu nowotwór wypada przez jamę ustną. Szypułę wypala się dodatkowo prądem elektrycznym lub kwasem chromowym. Krwotok udawało się zawsze zatamować bez podwiązywania tętnicy dogłowowej (nawet przy mięsakach), co najwyżej stosowano tamponadę nosa i hipodermoklysma.

8. Dr. Dobrucki (Lublin). **Przyczynek do kazuistyki cięcia łonowego.** U kobiety 22-letniej z miednicą krzywiczą wykonał autor w r. 1899 symfiseotomię (pierwszą w Królestwie Polskiem), poród ukończył kleszczami, przyczem końce spojenia oddaliły się na 3 ctm., a *lig. arc. infer.* i *lig. sacro-iliac. anter. sin.* uległy pęknięciu. Po urodzeniu się dziecka wystąpił wypływ cuchnący i odma maciczna. Dziecko było w stanie zamartwiczym, zostało jednak ocucone i umarło w 24 godzinach. Matka gorączkowała przez dni pięć (39°); od 5-go do 20-go dnia istniała przetoka pęcherzowa.

W rok później drugi poród, ponowna symfiseotomia, przez dwa tygodnie ciepłota dochodzi do 40°, dziecko żyje. Trzeci poród odbył się siłami natury; dziecko małe, zdrowe. W następujących dwóch ciążach położenie nóżkowe, trudne wydobycie główki, śmierć dziecka.

Kobieta ta obecnie czuje się zdrową i chodzi dobrze, choć ruchomość spojenia przy chodzeniu bardzo jest wyraźną.

9. Dr. J. Talko (Lublin) demonstruje przyrząd Nieznamowa z Charkowa (opisany w „Wiestniku oftalm." 1901), podobny do przyrządu Finsena i składający się z dwóch szkieł: pierwszego płasko-wypukłego (8 D), drugiego płaskiego, pomieszczonych w metalowej oprawie w oddaleniu 2 ctm. Przestrzeń między niemi wypełnia się płynem zatrzymującym promienie cieplne (roztworem błękitu metylowego 1: 5000), wskutek czego przechodzą tylko promienie chemiczne.

Doświadczenia na królikach wykazały, że zapalenia spojówki i rogówki, wywołane sztucznie przez różne drobnoustroje, goiły się, jeżeli je leczono tym przyrządem, podczas gdy w oku nieleczonem sprawa rozwijała się dalej. Na podstawie tych doświadczeń stosował N. leczenie promieniami słońca w chorobach zakaźnych rogówki i to z wynikiem pomyślnym.

10. Prof. J. Deyl (Praga). **Oczna niedomoga nerwowa.** (Temat ogólny). Zajmując się etyologią tej choroby, opisanej w roku 1883 przez Wilbranda pod nazwą *asthenopia neurasthenica*, autor nie uznaje czynników, dotąd przytaczanych: naśladowania, samogwałtu, niedokrwistości kory mózgowej itd. W symptomatologii choroby tej, twierdzi Deyl, — spotykamy się z objawami, świadczącymi: 1. za uszkodzeniem czynności mięśni ocznych (latanie pisma, zbliżanie książki, podwójne widzenie); 2. za naruszeniem samego narządu wzrokowego (zmniejszenie bystrości wzrokowej, zwężenie pola widzenia) i 3. za drażnieniem nerwu trójdzielnego, (łzawienie, ból itd.). Możnaby więc szukać przyczyn w tem miejscu, gdzie odnośne nerwy leżą blizko koło siebie, to znaczy — na podstawie czaszki. Z drugiej strony zwraca autor uwagę na blizki związek niedomogi ocznej z migreną, bo w 92% tego cierpienia wywiady wykazały migrenę u rodziców. Autor już dawniej stwierdził, że napad migreny zostaje wywołany przez ucisk unaczynionej i chwilowo powiększonej przysadki mózgowej (*hypophysis cer.*) na cienkie gałązki, wychodzące z tętnicy dogłowowej (lub *art. commun. post.* i *art. choroid. ant.*) i odżywiające skrzyżowanie wraz ze szlakiem nerwu wzrokowego, a zarazem przez ucisk na I. gałązkę n. trójdzielnego i na nerwy mięśni oka.

Autor więc wnioskuje, że dzieci odziedziczają od cierpiących na migrenę opisane stosunki anatomiczne tak, że wszystkie wspomniane narządy są u nich do pewnego stopnia uciśnięte. Trudności ztąd wynikające (niedomoga oczna nerwowa) występują szczególnie wtedy, gdy zaczyna się praca umysłowa (z powodu przekrwienia). Wszystkie czynniki, które ułatwiają odpływ krwi z podstawy czaszki (zatoka jamista), zmniejszają natężenie cierpienia. To tłomaczy nam różne przyzwyczajenia takich dzieci (nachylanie głowy w tył, rozmaite ruchy twarzy i t. d.).

Natomiast załamywanie światła w oczach niema wpływu na powstawanie ocznej niedomogi nerwowej, bo nie jest ona wcale częstszą, n. p. u dalekowidzących, chociaż oni akomodują mocno.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 3 października.

* Sprawa gruźlicy najenergiczniej jest dziś traktowana w Anglii. Do składu Komisyi przeciwgruźliczej, powołanej przez rząd angielski, weszli: prof. Forster (fizyolog z Cambridge), Sims Woodhead (patolog z Cambridge), Sidney Martin (patolog z Londynu), Mc. Fadyean (bakteryolog z Londynu) i Boyce (patolog z Liwerpolu). Zadaniem Komisyi jest rozwiązanie trzech następujących zagadnień: 1) czy przyroda gruźlicy ludzkiej jest tożsamą z gruźlicą bydła rogatego? 2) czy gruźlica ludzka przenosi się na zwierzęta i wzajemnie? 3) jeżeli odpowiedź na to drugie pytanie jest potakującą, to jakie warunki sprzyjają przenoszeniu zarazka, a jakie utrudniają je?

* Nr. 149 »Odczytów klinicznych« opuścił prasę i zawiera tłómaczenie rozprawy Lesagea: »Ostry katar żołądka i kiszek u niemowląt«, wykonane przez Dra J. Brudzińskiego.

* W świeżo zakończonym 73-cim Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu kol. Dr. Bier zdał sprawę z pracy Dra Droby p. t. »Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie grzybów«. Wnioski autora bardzo zainteresowały słuchaczy, wywołały żywe rozprawy, oraz oznajmienie najkompetentniejszych mężów nauki, że bezzwłocznie zajmą się przeprowadzeniem prac kontrolnych.

* Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych wydało zakaz sprzedawania eteru siarkowego w celach spożywczych, w szczególności zaś jako dodatku do napojów wyskokowych w zamiarze ich wzmocnienia. Apteki wydawać mają eter siarkowy tylko jako lek, ściśle trzymając się recepty.

* Pewien właściciel upoważnionego zakładu dla mechanoterapii w Austryi zrobił podanie, ażeby mu pozwolono na wprowadzenie tuszów z gazu kwasu węglowego, jako czynnika leczniczego w chorobach newralgicznych, gośćcowych itd. Ministeryum udzieliło żądanego pozwolenia, zastrzegając, ażeby cylindry z kwasem węglowym były stalowe i wytrzymywały ciśnienie 250 atmosfer, ażeby lokal był łatwo przewietrzalny, i ażeby stosowaniem tego sposobu leczenia kierował zawsze lekarz.

* Petersburgski »Wracz« podaje w Nrze 36 treściwe sprawozdanie z tegorocznego Zjazdu chirurgów polskich, pióra Dra Ostrowskiego.

* Stopień Dra wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymał Emanuel Damański.

* Dr. W. w Wiedniu został wezwany do chorej, która przed trzema godzinami otruła się arszenikiem: pragnąc dać najszybszą i najskuteczniejszą pomoc, wezwał Dr. W. telefonicznie Towarzystwo ratunkowe i zawiadomił zarząd szpitalny, a sam pozostał w domu, oddając się dalej rozpoczętej ordynacyi. To postąpienie Dra W., któremu zdawałoby się nic zarzucić nie można, dało powód magistratowi do wydania wyroku, w którym magistrat wyraża »ostre ostrzeżenie« Dr. W. i wzywa go, ażeby na przyszłość sam się stawił w podobnych okolicznościach, zabierając z sobą lek wymiotny i pompę żołądkową; wyrok ten zapadł na podstawie prawa sanitarnego z roku 1870.

Wiedeńska Izba lekarska zastanawiała się nad tem zajściem i uznała wyrok magistratu za bezprawny, gdyż sprawy tego rodzaju należą do Rady honorowej Izby, a nie do magistratu; Izba wezwała Dra W., ażeby założył rekurs do namiestnictwa przeciw udzielonej mu przez magistrat naganie.

* Do dnia 27 września stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach Galicyi: w kamioneckim (2 gminy); w mościskim (1 gmina); w nadworniańskim (1 gmina); w rawskim (1 gmina); w sanockim (1 gmina) i w stryjskim (1 gmina).

* Mór w ostatnim lat dziesiątku stanowczo zyskuje na sile szerzenia się: wątpimy, ażeby żegluga dzisiejsza liczebnie mogła się bardzo różnić od tej, która już była rozwinięta w całej pełni przed 10—15 laty; zwiększona zatem liczba przypadków moru, pojawiającego się od czasu do czasu w różnych miejscowościach, głównie portowych, nie da się wytłómaczyć samą komunikacyą z dalekim wschodem, gdyż ta, jak wspomnieliśmy, i dawniej istniała; należy więc tu przypuścić jakiś czynnik inny, który jest nośnikiem zarazka; mimowoli przychodzi na myśl możebność wielokrotnie wskazywana epidemii moru u szczurów, których skutecznie dosięgnąć nie mogą przepisy portowej policyi sanitarnej. W obecnej chwili, prócz Aleksandryi, Port Saidu, Mit Gamru, Smirny, Konstantynopola, najbliższą nas jest epidemia w Neapolu, przeciw której rząd włoski wystąpił z całym rynsztunkiem nowoczesnych zasobów i ścisłych przepisów sanitarno-policyjnych.

* Zarząd zdrojowiska w Ems wydał wezwanie do publiczności, a w szczególności do dam, upraszając je, ażeby zapobiegły, przez należyte podpinanie sukien, podnoszeniu kurzu na przechadzkach, jak wiadomo tak szkodliwie wpływającego, zwłaszcza u chorych, na narząd oddechowy. Wezwanie nie odniosło pożądanego skutku: pozostaje więc zarządowi udać się do wyższej władzy policyjno-sanitarnej, ażeby przeprowadziła to ze wszechmiar rozumne i niezbędne zarządzenie, co niezawodnie nastąpić musi.

* Dzienniki amerykańskie donoszą o nowych ofiarach, spowodowanych badaniami nad etyologią żółtej febry: w Hawanie ośm osób wystawiło się dobrowolnie na pokąsanie przez moskity, zakażone żółtą febrą: dwie z nich już umarły, trzy walczy ze śmiercią, dwie inne są na drodze do wyzdrowienia, a jedna jest zdrowa. Dzienniki słusznie sądzą, że nie należy podobnych doświadczeń robić na ludziach, nawet na tych, którzy się sami na to zgadzają.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Plehn, znany badacz malaryi, otrzymał tytuł profesorski. Dr. Ziemke mianowany został prof. nadzw. sądowej medycyny w Halli. Dr. Johannsen mianowany prof. fizyologii w Stockholmie.

Nekrologia. Zmarli: Adolf Winter, profesor w Lipsku, zmarł w 85 roku życia. Prof. Euler zmarł w Berlinie w 74 roku życia.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 39. Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego. Lachs: Ginekologia u Celsusa (c. d). — (Nru 38 *Medycyny* nie otrzymaliśmy).

— *Časopis lékařů českých* Nr 39. Cumpelik: Přispěvek k symptomatologii delirii trementis. Wiesner: Diaetotherapeutický význam vody (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 77. Jayle: Szpital im. Trousseau. — Nr. 78. Claude i Zaky: Działanie lecznicze lecytyny w gruźlicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Tittel: O wrodzonem zboczeniu w budowie jelita grubego. Neutra: Przyczynek do etyologii Dupuytrenowskiego skurczu palców. Türk: Przyczynek do rozpoznawania zrostów osierdzia, oraz o wadach zastawki trójkończystej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 39. Edinger i Treupel: Badania związków rodanu. Stuppler: O rozległem zlewającem się krwawieniu włosowatem w moście Varola, rdzeniu przedłużonym i półkulach. Baumgarten: Świąd starczy języka. Burgl: Dwa śmiertelne przypadki wewnętrznego zatrucia się lysolem, oraz uwagi nad działaniem lysolu. Schwabe: Przypadek wielorakiego zapalenia nerwów po zatruciu tlenkiem węgla, z zajęciem nerwu wzrokowego. Brunotte: Przypadek operacyjnego wyleczenia przedziurawienia otrzewnej. Kelling: Wytamponowanie jamy brzusznej powietrzem w celu zatamowania grożącego życiu krwotoku kiszkowego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 39. Plehn: O leczeniu czerwonki. Stein: Wytwarzanie protezy przez podskórne wstrzykiwanie parafiny. Brunzlow: Przypadek gruźlicy stawu kolanowego i jego leczenie Kochowską tuberkuliną (T. R.) Homberger: Leczenie wypocin i wysięków. Weber: Trzy nowe przypadki odziedziczonego bezładu postępującego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Allard: W sprawie wykazania kwasu octowego w moczu. Stiller: Pluskanie w żołądku i jego niedomoga. Buttersack: Pozorne i rzeczywiste ogniska chorobowe. Aldor: O ciągłym upływie soku żołądkowego. Schönstadt: Guz nerki u dziecka 6-miesięcznego. Operacya.

Redakcya otrzymała. Havelock Ellis: Geschlechtstrieb und Schamgefühl. Kędzior: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa. Strauss: Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 12 Października 1901. **Nr 41.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Nowy sposób podwiązania tętn. bezimiennej oraz opis przypadku podwiązania tętn. podobojczykowej [1]).

Podał

Prof. L. Rydygier

Radca Dworu.

Nadzwyczajnie ciekawy przypadek, spostrzegany w naszej klinice, a przed operacyą nie zupełnie pewny w rozpoznaniu, czy mamy do czynienia z tętniakiem tętnicy bezimiennej, czy też podobojczykowej prawej, dał pochop do wymyślenia i wykonania niżej opisanego sposobu operacyjnego.

Dawne sposoby klasyczne podwiązania tętn. bezimiennej Motta, Graefego i Langenbecka, w jakich zwykle ćwiczymy podczas kursów operacyjnych na trupach, nie dają dość swobodnego przystępu, o ile chodzi o wykonanie tej operacyi na żywym, zwłaszcza zaś w warunkach trudniejszych, jak n. p. w obec jej tętniaka. To też już Bergmann radził w takich razach uciekać się do wypiłowania



wewnętrznej części obojczyka, a Bardenheuer zalecał wypiłowanie rękojeści mostka, wraz z 3—4 ctm. długimi kawałkami obojczyka, oraz I-go i II-go żebra po obu stronach za pomocą cięcia krzyżowego, prowadzonego w następujący sposób: cięcie prostopadłe długie na 8—10 ctm. prowadzi się przez środek dołeczka nadmostkowego *(jugulum)* i rękojeści mostka, następnie dodaje się cięcie poprzeczne wzdłuż górnego brzegu rękojeści mostka, wewnętrznej połowy prawego i części stawowej lewego obojczyka. U Esmarcha nadto znajduję wzmiankę, że z cięcia Bardenheuerowskiego można także i osteoplastycznie tę operacyę wykonać.

Na podstawie badań na trupach użyłem w moim przypadku sposobu odmiennego, którybym po doświadczeniu na chorym i po dalszych badaniach na trupach, ostatecznie w następujący sposób radził wykonywać (patrz dołączony rysunek):

Cięcie skórne rozpoczynamy na wewnętrznym brzegu lewego m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego i prowadzimy je prostopadle na dół po nad stawem mostkowo-obojczykowym po tejże (lewej) stronie. Poniżej obojczyka skręcamy łukowato i prowadzimy cięcie dalej w poprzek rękojeści mostka, następnie wzdłuż dolnego brzegu prawego obojczyka, aż do granicy między wewnętrzną i średnią trzecią częścią. Tutaj skręcamy łukowato ku górze i idziemy ponad obojczykiem prawym w górę wzdłuż zewnętrznego brzegu m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego prawego, aż powyżej jego połowy. W cięciu tem przecina się skórę, m. podskórny szyi, otwiera się ostrożnie staw obojczykowo-mostkowy lewy, oddziela się chrząstkę pierwszego żebra lewego od mostka. Następnie robimy na tylnej powierzchni rękojeści mostka, na wysokości pierwszego przestworu międzyżebrowego, kanał za pomocą podważki wygiętej, trzymając się ściśle tylnej ściany mostka, żeby nie obrazić opłucnej. Przez kanał ten przeprowadzamy piłkę Gigliego i przepiłowujemy rączkę mostka, chroniąc części miękie podsuniętą szeroką podważką. Po stronie prawej przedziela się w podobny sposób ostrożnie obojczyk i pierwsze żebro w przebiegu cięcia skórnego. Tak utworzony płat skórno-mięśniowo-kostny, zawierający przyczepy mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych, mostkowo-gnykowych, mostkowo-krtaniowych, unosimy ostrożnie, oddzielając od podstawy ku górze i odsłaniamy w ten sposób nie tylko tętn. bezimienną, ale częściowo i łuk aorty. Po podwiązaniu wzgl. wycięciu tętniaka opuszczamy cały płat ku dołowi, ustalając go odpowiednią ilością szwów. Ażeby kość pewniej przylegała, należy ją przepiłować skośnie w jej grubości: od tyłu i góry ku przodowi na dół. W dolne kąty rany można na krótki czas założyć sączki lub strzępki gazy.

Przypadek, który poniżej opiszemy, a który w podobny sposób operowaliśmy bez pozostawienia jednak kości, przekonał nas, że w ten sposób można zupełnie dokładnie i bez obrażenia ważniejszych części odsłonić sobie tętnicę bezimienną w całym jej przebiegu.

W. D., 37 lat licząca, zamężna, pochodzi z rodziny dziedzicznie nie obciążonej; ojciec umarł w 70 r., a matka w 60 r. życia. Kilkoro z rodzeństwa umarło na niezakaźne choroby, 8-ro żyje i są zdrowi. W 6 roku przebyła chora jakąś chorobę, właściwą wiekowi dziecięcemu, w 17 dostała regularności, która od tego czasu pojawiała się prawidłowo aż do ostatnich czasów, od października zaś 1900 r. opóźnia się o 1—2 tygodni. W 21 r. wyszła za mąż, rodziła tylko raz, poród był prawidłowy, dziecko liczące lat 9 żyje, jest jednak wątłego zdrowia; nigdy nie roniła. Podczas ciąży chora cierpiała przez 4 tygodnie na zawrót głowy i na jakąś chorobę płucną, połączoną z wysoką gorączką. Później była zupełnie zdrową aż do r. 1896. W tym to roku w jesieni zauważyła obrzęk prawego ramienia i prawej połowy szyi, jako też bóle w prawej połowie klatki piersiowej. Dwa tygodnie przeleżała chora

[1]) Wedle wykładu na XI Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

w łóżku, a gdy po zastosowaniu pijawek stan nieco się polepszył (obrzęk i bóle cokolwiek się zmniejszyły), chora przez następne dwa lata oddawała się zwykłemu swojemu zajęciu. W jesieni 1898 r. stan jej się pogorszył: straciła mianowicie częściowo władzę w prawej kończynie górnej. Lekarze, uważając cierpienie to za gośccowe, radzili jej okłady wysychające, od czasu do czasu pijawki, a nareszcie elektryzowanie. Później zaczęła często występować chrypka i silny ból głowy. Od jesieni 1900 r. chrypka już wcale nie ustępuje, nadto cierpi od tego czasu na utrudniony oddech. W tymże czasie zauważyła chora w miejscu naprężenia na szyi wyraźny guz, który podczas kaszlu się zwiększa.

Napojów wyskokowych chora nie nadużywała, ani też kiły podobno nie przebywała. Obecnie dokucza jej ciężki oddech, chrypka i kaszel, który się wzmaga w położeniu na prawym boku, niemniej zupełny brak łaknienia i zaparcie stolca; dla tych dolegliwości zgłosiła się dnia 8. marca b. r. do kliniki.

Stan obecny:

Chora wzrostu średniego, budowy kośćca wątłej, bardzo źle odżywiona. Nos siodełkowaty, błona śluzowa warg i spojówek blada, podściółka tłuszczowa prawie zupełnie zanikła. Na szyi po stronie prawej widzimy guz wypuklający się wielkości jaja kurzego, tuż ponad obojczykiem i mostkiem, a pod m. mostkowo-obojczykowo-sutkowym. Skóra nad guzem niezmieniona, widać tylko blizny po pijawkach, z guzem nie jest zrośnięta. Guz zbitości elastycznej, mocno napięty, daje się na podstawie nie wyraźnie przesuwać, sięga na zewnątrz dwa palce poza tylny brzeg m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego pr., na wewnątrz do sięga stawu mostkowo-obojczykowego lewego, ku górze dochodzi do wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczykowej; granic ku dołowi dokładnie oznaczyć nie można: kryje się pod obojczykiem i mostkiem. Przy połykaniu guz się nie unosi ku górze. Już wzrokiem zauważyć można wyraźne tętnienie guza, dokładniej jeszcze daje się ten objaw wykazać, jeżeli weźmiemy guz pomiędzy palce: czujemy wtenczas, a nawet widzimy, jak palce się rozsuwają przy każdem uderzeniu serca. Przysłuchem stwierdzamy nad guzem szmer skurczowy. Na przedniej, nie wyraźnie unoszącej się powierzchni guza, widzimy, a jeszcze dokładniej wymacać możemy, skośnie ku górze i na zewnątrz przebiegające i tętniące nie zbyt grube naczynie, które w dalszym ciągu chowa się pod wewnętrzny brzeg m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Tętno w tętnicy skroniowej po stronie prawej znacznie słabsze, ale wyczuwalne.

Cała lewa strona szyi bardziej jest wypuklona wskutek przesunięcia przez guz tchawicy, krtani i gruczołu tarczykowego w tę stronę.

Kończyna górna prawa w całości grubsza, aniżeli lewa, skóra jej ma odcień sinawy, widać wyraźnie siatkę rozszerzonych żył. Tętna sprychowego po tej stronie wymacać nie można; nie wyczuwa się także tętna w tetnicy łokciowej ani pachowej.

Tętnienie w tętn. dogłowowej lewej bardzo wyraźne, zwłaszcza poniżej lewego kąta żuchwy. Tętnienia w analogicznem miejscu po stronie prawej niema wcale

Siła pr. kończyny górnej stanowczo słabsza, niż lewej; czucie dotyku dobre.

Wypuk nad płucami jawny, z wyjątkiem lekkiego przytłumienia nad obojczykiem prawym. Szmery oddechowe wszędzie prawidłowe, ostrzejsze po stronie lewej.

Serce nie przerosłe, tony serca głuche, rozlane, czynność serca przyspieszona.

Narządy brzuszne bez zmian patologicznych.

W dołkach pachwinowych gruczoły macalne, niebolesne, wielkości średniej fasoli.

Badanie laryngologiczne. Struna głosowa prawa jest zupełnie nieruchoma, tak przy fonacyi, jakoteż przy głębokim wdechu. Podczas fonacyi stwierdzić można jedynie nieznaczne przesuwanie się chrząstki nalewkowej ku linii środkowej t. j. porażenie mięśni: gnykonalewkowych, pierścienio-nalewkowych bocznych i tylnych.

Rozpoznanie: tętniak tętnicy bezimiennej.

Operacyę wykonałem dnia 19 marca w uśpieniu chloroformowem.

Cięcie skórne poprowadziłem tak jak to wyżej opisałem. Nie wypiłowałem jednak od razu kości w tem cięciu, ale naprzód pooddzielałem przyczepy mięśni, a następnie dopiero wyciąłem kości, wyjmując je zupełnie w tych rozmiarach, jakie zakreślało cięcie skórne. Teraz dopiero całe pole operacyjne było zupełnie odsłonięte i łatwo przystępne. Mimo odsłonięcia guza w całej jego górnej części, rozpoznanie, zkąd prawdziwie wychodzi, jeszcze było bardzo trudne. Dolna część guza zapuszczała się głęboko do klatki piersiowej poza szczyt płuca prawego. Na górnej części guza widzieliśmy tasiemkowato napięte tętnice: bezimienną, podobojczykową i dogłowową, a tylne ich ściany były zrośnięte ze ścianą guza tak, że się tylko w swych obwodowych częściach od guza odłączyć dały. Po dłuższem preparowaniu przyszedłem do przekonania, że guz wychodzi z tylnej ściany tętn. podobojczykowej, postanowiłem więc podwiązać tętnicę tę do- i odśrodkowo. Na koniec obwodowy podwiązka dała się założyć bardzo łatwo; nie tak na koniec dośrodkowy. Tutaj bowiem tętnica podobojczykowa była nietylko aż do swego odejścia z tętnicy bezimiennej zrośnięta z przednią ścianą guza, ale jak to już wspomniałem, tak samo i najbliższa część tętn. bezimiennej i dogłowowej. Nie mogłem więc zwykłym sposobem za pomocą igły Dechampsa oprowadzić podwiązki naokoło końca dośrodkowego t. podobojczykowej. Nabywszy zaś przekonania, że tylko z niej, a mianowicie otworem w tylnej jej ścianie, tętniak wychodzi, nie chciałem podwiązywać t. bezimiennej wobec daleko większego niebezpieczeństwa tego zabiegu, chociaż wykonanie nie byłoby przedstawiało żadnej trudności, gdyż z łatwością byłoby można podprowadzić podwiązkę pod koniec tętn. bezimiennej tam, gdzie ona wychodzi z łuku aorty, bo tak nizko zrosty nie sięgały. Po krótkim namyśle postanowiłem, wobec tak trudnych warunków, sprobować, czy mi się nie uda ostrą igłą akurat tak poprowadzić podwiązkę, żeby nie przebić ani ściany worka tętniakowego, ani ściany tętnicy szczelnie ze sobą zrośniętych. Niezwykle trudny ten zabieg udał się zupełnie ku wielkiemu mojemu zadowoleniu. Tętnienie w tętniaku ustało. Teraz miałem zamiar cały tętniak wyłuszczyć. W tym celu naciąłem go szeroko. Nastąpił dość silny krwotok po części z krwi nagromadzonej w niemałym worku tętniakowym, po części zaś z krwi dopływającej bocznemi gałązkami. Kiedy nadto przekonałem się palcem wprowadzonym do tętniaka, że guz głęboko schodzi na dół po za szczyt płuca, odstąpiłem od mego zamiaru wyłuszczenia całkowitego, tem bardziej, że chora i tak już przed operacyą nadzwyczaj osłabiona, coraz to bardziej zapadała. Wytamponowałem więc szybko ranę, przyczepy mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego, mostkowo-gnykowego i mostkowo tarczykowego kilku szwami przyszyłem do powięzi i pokryłem ranę uciskającym opatrunkiem; krwotok ustał.

Chora po operacyi bardzo zapadła; operacya trwała od 12 do $2^1/_4$ g.

Mimo kamfory i hipodermoklizy cztery razy zastosowanej, nastąpiła śmierć w dwie godziny po operacyi w zapadzie.

Sekcya, którą wykonał Dr. Kučera, asystent zakładu anatomii patologicznej, dała następujący wynik (podajemy protokół sekcyjny w streszczeniu):

Odżywienie średnie, budowa kośćca słaba. Skóra i błony śluzowe bardzo blade. Po stronie przedniej szyi cięcie kształtu niezupełnie podkowiastego (następuje opis przebiegu cięcia). Po usunięciu szwów i uchyleniu górnego płatu skórnego, widać szeroką ranę, a na jej dnie m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy, zeszyty w dolnej $^1/_3$ części, obok niego n. błędny i tętnicę dogłowową wspólną; $^2/_3$ obojczyka prawego zresekowane, jak niemniej i I żebro prawe. Pod tętnicą dogłowową wsp. i pod nerwem błędnym leży guz wielkości pięści. Po bliższem rozpatrzeniu się widzi się, że światło i ściany tętnicy bezimiennej i tętnicy dogłowowej wsp. są niezmienione, po rozcięciu zaś tętnicy podobojczykowej prawej i po usunięciu podwiązki, zaciskającej jej światło u samego początku, widać tuż pod ujściem tętnicy tarczykowej dolnej na ściance tylnej otwór wielkości halerza o brzegach ostrych, bladych i gładkich. W otoczeniu otworu tego na kilku miejscach błony wewnętrznej, widać zgrubiałości na kształt płaskich niewyraźnie odgraniczonych wzgórków, barwy bladożółtej lub szarawej. Otwór ten prowadzi do guza torbielowatego, wyżej opisanego, którego osłonka wewnętrzna stanowi dalszy ciąg tejże osłonki w tętnicy podobojczykowej.

Cały torbiel wypełniony skrzepami krwi, po części świeżymi, luźno leżącymi, po części warstwowanymi i ściśle do ścian przylegającymi. Po usunięciu skrzepów występują

ściany jamy po części gładkie, po części zaś wzgórkowate i blaszkowato zgrubiałe, barwy żółtej. Torbiel opuszcza się na dół, dosięga płuca prawego, z którego opłucną jest ściśle zrośnięty. Część szyjna kręgosłupa, okazuje odpowiednio do wyżej opisanego ułożenia guza po stronie prawej trzonów kręgowych 6, 5 i 4-go wybujałości kostne wielkości bobu, o powierzchni gładkiej. Nadżarcia kości nigdzie nie widać.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: *Aneurysma saccatum. art. subclav. d. Compressio venae cavae superioris, nervi vagi et venae anonymae. Oedema pulmonum, Pleuritis chronica ambilateralis. Tumor lienis follicularis. Degeneratio parenchymatosa et pyelitis catarrhalis renum.*

II. Z instytutu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski

asystent Instytutu

O ile ciekawe i pouczające są pomyłki rozpoznawcze, popełniane przy łóżku chorego, których uzasadnienie stwierdzamy przy sekcyi, o tyle rzadką, ciekawą i pouczającą jest pomyłka, którą popełni prosektor przy stole sekcyjnym, oczywiście, o ile pomyłka ta znajdzie uzasadnienie w obrazie sekcyjnym Z tych to powodów nie waham się opisać przypadek, z którym niedawno miałem do czynienia, zwłaszcza, że przedstawia on pewną wartość tak ze stanowiska anatomo-patologicznego, jakoteż i ze stanowiska hygieny publicznej.

Dnia 8-go marca 1901 r. dostawiono do Instytutu anatomo-patologicznego zwłoki kobiety A. H., liczącej lat 16, z rozpoznaniem „*in agonia*“.

Sekcyę wykonałem w 15 godzin po śmierci, a protokół sekcyjny z dnia 9 marca opiewa w skróceniu, jak następuje:

„Zwłoki kobiety wzrostu średniego, odpowiadającego wiekowi. Budowa kośćca i odżywienie dobre. Skóra na twarzy sinawo zabarwiona, lekko obrzękła. Skóra na tułowiu i kończynach równomiernie usiana licznemi drobniutkiemi wybroczynkami, zresztą barwy i wejrzenia prawidłowego. Błony śluzowe warg sinawe. Źrenice równomiernie rozszerzone Części miękie czaszki, czerep i opona twarda zmian, nie okazują. Opona miękka obu półkól mózgowych jednostajnie ciemno-czerwoną krwią przesiąkła. Wskutek znacznej zawartości krwi opona wogóle zgrubiała, a zgrubienie to w wielu miejscach dochodzi do 6—8 milimtr. Krew nie daje się przez polanie wodą spłókać, a powierzchnia opon wszędzie gładka, połyskująca. Zatoki żylne opony twardej i naczynia żylne do nich wpadające opony miękkiej, wypełnione obficie krwią ciemno-wiśniowa, na pół skrzepłą. Mózg, oprócz kilkunastu drobniutkich wybroczyn w warstwach powierzchownych kory, wybroczyn, w których środku dopatrzeć się można białawego punkcika, zresztą zmian makroskopowych nie okazuje

Na szyi żyły odgłowowe, a zwłaszcza żyła jarzmowa po stronie prawej, znacznie rozdęte, krwią ciemno-czerwona przepełnione. Wzdłuż naczyń na szyi leżą znacznie powiększone gruczoły, a przy otworze żylnym czaszki (*foramen jugulare*) tworzą one wielkie pakiety, obmurowując niejako wychodzącą zeń żyłę jarzmową. Gruczoły te na przekroju jużto nieco twardsze, zbitsze, okazują nieliczne drobniutkie, okrągłe, do gruzełków podobne, nieserowate ogniska, już to są miękie, soczyste, szaroróżowe, z wybroczynami lub w całości krwawo przesiąkłe.

Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe; otrzewna gładka, lśniąca. Przepona po obu stronach obniżona. W obu jamach opłucnowych spora ilość cieczy jasnej, przeźroczystej. W worku osierdziowym ilość cieczy i jej wejrzenie są prawidłowe.

Opłucna gładka, lśniąca, bez śladu wybroczyn. Miąższ płuca powietrzny, dolne płaty mniej; na przekroju widać parę zwapniałych ognisk gruźliczych i miernego stopnia obrzęk schyłkowy tkanki płucnej. Tkanka śródpiersia przedniego lekko obrzękła, okazuje kilka większych wybroczyn i krwawych podbiegnięć. W górnej części śródpiersia przedniego. poza stawem mostkowo-obojczykowym strony prawej i za chrząstkami trzech górnych żeber widać podłużny guz. Guz ten jest co najmniej wielkości jaja gęsiego i leży ponad górną żyłą główną i bezimienną prawą. Obok i poniżej kilka znacznie powiększonych gruczołów chłonnych. W analogicznem miejscu po stronie lewej znajduje się szereg za sobą różańcowato ułożonych gruczołów chłonnych, wielkości orzechów tureckich i nieco większych. Pomiędzy tymi to dwoma guzami wśród tkanki śródpiersia widać utrzymane jeszcze resztki zanikającej grasicy; związku jednak bezpośredniego między grasicą, guzem i powiększonymi gruczołami wykazać nie można. W śródpiersiu tylnem obraz podobny, a mianowicie: po obu stronach znacznie powiększone gruczoły, po stronie prawej tworzą one trzy duże guzy, z których największy, wielkości jaja kurzego, ułożone zaś są szeregiem około głównej żyły dolnej.

Guz największy (śródpiersia przodkowego) ukazuje na przekroju torebkę zgrubiałą w kształcie przegród, wnikającą w głąb i zrośniętą z otoczeniem. Miąższ jego znacznie rozrosły, krwawo zabarwiony. Guz ten wśrodku rozmiękły, a jama ztąd powstała wypełniona jest skrzepami krwi. Wszystkie inne wyżej opisane gruczoły obu śródpiersi są miękie, rdzeniaste, szarobiałe, szaroróżowe, lub ciemno-czerwono zabarwione (krwotoczne); w środku niektórych z nich ogniska martwicze. Przełyk, migdałki, połyk, krtań i tchawica bez zmian. Światło oskrzeli, zwłaszcza cieńszych, wypełnione obfitą treścią śluzową.

Mięsień sercowy wejrzenia prawidłowego.

Śledziona miernie powiększona, na przekroju barwy wiszniowej, zrąb zaznaczony, miąższ nieco kruchszy, miazga obiera się na nożu.

Wątroba, trzuska, nerki, pęcherz mocz. zmian makroskopowych nie okazują. Macica mała, dziecięca.

Błona śluzowa żołądka lekko szaro-łupkowa, w dnie i w okolicy odźwiernika groszkowata *(état mammellonė)*; oprócz tego na całej powierzchni okazuje liczne, jużto drobne okrągłe nadżerki wybroczynowe, już to linijne, łączące się z sobą ubytki powierzchowne. Błona śluzowa dwunastnicy tuż za odźwiernikiem okazuje trzy ogniska wielkości prosa, szarobiaławe, nie sięgające w głąb, ostro odgraniczone i lekko wypuklające się nad powierzchnię. Otoczenie ich bez zmian. W jelicie czczem i biodrowem polipowato wybujałe mieszki chłonne. W jelicie biodrowem na 25 cm. ponad zastawką w pofałdowanej błonie śluzowej znajduje się rozległa, wielkości halerza wybroczyna, szczyt jej kredowobiały, martwiczy, w otoczeniu brak obrzęku zapalnego, zaś 5 cm. ponad zastawką owrzodzenie wielkości jednego centa. Dno owrzodzenia lekko nierówne, gdzieniegdzie przegląda zeń warstwa mięsna; brzegi zapadłe, strzępiaste, najbliższe otoczenie krwotoczne obrzęku zapalnego nie okazuje, otrzewna ponad owrzodzeniem gładka, lśniąca; przez nią z głębi przegląda krwawo-sinawe zabarwienie ściany. Jelito grube bez zmian, błona śluzowa odbytu szaro-łupkowa, obrzękła.

Gruczoły krezkowe nieco powiększone, twarde; w jednym z nich, soczystym, mała wybroczyna; krezka wejrzenia prawidłowego. Gruczoły przybramne i zaotrzewnowe, bez zmian; w tkance okołopęcherzowej dwa wielkości grochu krwotocznie powiększone gruczoły.

Szpik kości długich wejrzenia prawidłowego.

Krew, wzięta z żyły udowej, okazuje mierną leukocytozę.

Rozpoznanie: *Sarcoma glandularum lymphaticarum mediastini anterioris lateris dextri; metastases glandularum mediastini anterioris et posterioris lateris utriusque, metastases glandularum colli, praecipue in regione foraminis jugularis utriusque. Haemorrhagia meningealis cerebri diffusa, venostatica e compressione venarum jugularium; hemorrhagiae disseminatae substantiae corticalis convexitatis cerebri. Hydrothorax ambilateralis; atelectasis e compressione loborum inferiorum et oedema agonale pulmonum. Gastritis chronica et errosiones haemorrhagicae mucosae ventriculi. Necrosis mucosae duodeni. Haemorrhagia necroticans, et ulcus ilei. Proctitis catharalis chronica. Hyperplasia folliculorum lymphaticorum intestini tenuis. Tumor lienis acutus, haemorrhagiae cutis (Sepsis suspecta).*

Z powyższego wywodu widać, że miałem z niezwykłym i zawiłym przypadkiem do czynienia. Nadmierne powiększenie gruczołów śródpiersia, skoro w narządach klatki piersiowej zmian zapalnych ostrych nie zauważyłem, upoważniło mnię do rozpoznania mięsaka. A zarazem te gruczoły znacznie powiększone i uciskające naczynia żylne tłómaczyły mi z jednej strony nagromadzenie płynu w jamach opłucnowych, z drugiej strony rozległe krwawe przesiąknięcie opony miękiej mózgu. Nie ulegało też wątpliwości, że mam tu do czynienia z jakiemś ostrem zakażeniem (wybroczyny na skórze, obrzęk śledziony); zakażenie to uważałem jednak za sprawę drugorzędną, końcową, wikłającą tylko poprzedni obraz chorobowy. Niejasnem mi było owrzodzenie w jelicie cienkiem, a skłonny byłem je uważać na razie za gruźlicze lub powstałe na tle większej wybroczyny. Dnia 9 marca zaszczepiłem ze śledziony na agar skośny glicerynowy i do bulionu glicerynowego (nie oglądając poprzednio miazgi śledzionowej). Jakież było moje zdziwienie, gdy na drugi dzień przekonałem się, że wyhodowane liczne i obfite kolonie składały się z prątków grubych, o brzegach ostro ściętych, tworzących długie łańcuszki, przypominających prątki wąglika. Dla upewnienia się ostatecznego, założyłem hodowle na odpowiednie pożywki, a bulion będący czystą hodowlą, wstrzyknąłem do żyły królikowi.

Tymczasem zwłoki A. H. zostały w zwykły sposób pogrzebane bez przeprowadzenia należnych ostrożności.

Skoro dnia 11 marca po zbadaniu hodowli nie ulegało już wątpliwości, z czem miałem do czynienia, zmieniłem poprzednie rozpoznanie na wąglik, o czem też niezwłocznie zawiadomiłem dyrekcyę szpitala powszechnego dla dalszego powiadomienia władz odpowiednich.

Dnia 12 marca padł królik, a badanie jego krwi potwierdziło rozpoznanie z dnia poprzedniego.

Każdy obeznany z jednej strony ze swoistemi własnościami wąglika, a z drugiej strony świadomy postępowania przy sekcyach tak zwanych zwykłych, wiedzący, z jakimi rękami prosektor czasem, a służba zwykle, przychodzi do zwłok, zrozumie dobrze moją obawę. Trudno mi opisać wrażenie, jakiego doznałem, stwierdziwszy niezbicie zakażenie wąglikowe zwłok A. H. Sekcyę przeprowadzałem bez wszelkich w tych razach wymaganych ostrożności, przy asystencyi służby, która dalej w zwykły sposób zajęła się zwłokami. Przeprowadziwszy więc jeszcze raz możliwie dokładne odkażenie stołu sekcyjnego, sali sekcyjnej i trupiarni, w niemiłem oczekiwaniu wybuchu wąglika u mnie, służby lub kogoś z obecnych podczas sekcyi, zająłem się dokładnem zbadaniem będącego w mowie przypadku.

Wynik badania podaję jak następuje:

Źródło zakażenia: do wykazania tego przytoczę ustępy sprawozdania przesłanego do c. k. Namiestnictwa z prezydyum miasta Lwowa, które to akta przeglądnąłem i zużytkowuję, za łaskawem zezwoleniem protomedyka Radcy Dworu Dra Merunowicza.

»Dnia 12 marca Dyrekcya szpitala zawiadomiła Magistrat o zaszłym przypadku wąglika u A. H., zamieszkałej we Lwowie. Dnia 15 marca pocztą nadeszło pismo z c. k. starostwa w Hohenstadt z doniesieniem o śmiertelnym przypadku wąglika u robotnika, zajętego w fabryce wyrobów szczotkarskich Trebitsch Karlsdorf (Czechy) i o innych przypadkach zachorowania na te same zakażenie, przyczem wymieniono firmę Mojżesza Klarfelda we Lwowie, zkąd włosień była sprowadzona. W biórze IX tym magistratu dostrzeżono niewątpliwą łączność obu przypadków, co też i stwierdzono niezwłocznie, gdyż zmarła A. H. była zajętą w zakładzie czyszczenia włosienia i sierści u wyżej wymienionego Mojżesza Klarfelda«.

I rzeczywiście zestawiwszy takie fakta, że A. H. bezpośrednio przed zachorowaniem zajętą była czyszczeniem włosia i szerści i że, jak świadczy *experimentum crucis* na człowieku z Karlsdorfu, włosień, pochodząca z tejże pracowni, okazała się zakażoną wąglikiem, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że źródła zakażenia należy w tym przypadku szukać w zawodzie zmarłej, a względnie w zakażonem włosiu, które jak się z późniejszego okazało dochodzenia, sprowadzone zostało z Rosyi.

Wynik badania histologicznego przytoczę w krótkości o tyle, o ile on w swych obrazach będzie zajmującym, typowym lub o ile obrazy te przyczynią się do wyjaśnienia bramy wtargnięcia i dalszego szerzenia się zakażenia. Badałem skrawki z narządów makroskopowo zmienionych, ustalane jużto w sublimacie, jużto w formalinie. Barwiłem hematokseliną, metodą Gramma, a głównie metodą Weigerta. Z wątroby, nerek, skóry nie zachowałem kawałków do badania.

Krew. Preparaty szkiełkowe: miernego stopnia leukocytoza i nieliczne, po kilka na jednym szkiełku, krótkie łańcuszki prątków wąglika. Prątki barwią się jednostajnie i intenzywnie; na sześciu szkiełkach nigdzie nie stwierdziłem fagocytozy.

Opona mózgowa: Rozległe wylanie krwi pomiędzy pojedynczemi obrzękłemi włókienkami opony; naczynia, a zwłaszcza drobne, znacznie porozszerzane; około grubszych żył obfite nagromadzenie leukocytów wielojądrzastych; najpowierzchowniejsze warstwy kory mózgowej zniszczone wybroczyną oponową; Weigertem stwierdziłem brak włóknika i niezwykłą obfitość prątków wąglika, poukładanych jużto pojedyńczo, jużto w krótkich łańcuszkach. W miejscach wybroczyn w korze, znajdują się tu i owdzie pojedyncze prątki, a w istocie białej w paru miejscach znalazłem po kilka prątków, leżących w przestworze limfatycznym okołonaczyniowym. Wszystkie barwiły się dobrze.

Migdałki: Powierzchnia błony śluzowej bez zmian; w szczerbach (lakunach) obfitość różnych drobnoustrojów, w miąższu naczynia nieco rozszerzone, tu prątków wąglika nie znalazłem.

Oskrzela. Począwszy od rozdziału tchawicy aż do najdrobniejszych okazują oskrzela zupełne złuszczenie komórek nabłonkowych tak, że obrzękła błona podstawowa grubszych oskrzeli jest z nich obnażona; w świetle zaś cieńszych leżą one pomięszane z ciałkami wypocinowemi i ślu-

zem, wypełniając szczelnie światło. Warstwa łącznotkankowa błony śluzowej okazuje obrzęk i znaczne rozszerzenie naczyń, a w chłonnych jej przestworach spotykałem często gromady dobrze się barwiących prątków Prątki spotykałem też i gdzieniegdzie w świetle oskrzeli, wśród złuszczonych nabłonków, jakoteż w treści śluzowej zeskrobanej z preparatu formalinowego z tchawicy.

Płuco. W przeciwstawieniu do obrazu makroskopowego (nieznaczny obrzęk) okazuje płuco wybitne zmiany, a mianowicie przegrody pomiędzy pęcherzykami są znacznie zgrubiałe; zgrubienie to pochodzi od nagromadzenia się w nich leukocytów i znacznego obrzęku tkanki podstawowej. Światła pęcherzyków przeważnie puste, nie okazują złuszczenia nabłonków. Tkanka około oskrzeli, śródzrazikowa, tak jak i opłucnowa obrzękłe, a drobne naczynia wśród niej znacznie porozszerzane; tu i owdzie widać większe partye miąższu płucnego gorzej, lub całkiem się nie barwiące. Prątki wąglika znajdują się obficie wśród tkanki śródmiąższowej, a zwłaszcza w miejscach gorzej się barwiących. Ten sam obraz rozmieszczenia prątków znajdujemy i w opłucnej.

Gruczoły chłonne tak śródpiersia, jakoteż i krwotocznie zmienione miejsc innych, okazują jeden i ten sam obraz, a mianowicie: torebka i istota podstawowa obrzękłe, pierwiastki chłonne ilościowo znacznie powiększone, wskutek tego budowa gruczołów zatarta; naczynia wogóle *ad maximum* porozszerzane, szczelnie ciałkami krwi wypełnione; w miąższu rozległe wybroczyny, większe i mniejsze ogniska martwicze; tu i owdzie brunatny barwik bezpostaciowy z rozpadu ciałek krwi; oprócz tego znajdują się liczne komórki wielkie o kilku lub kilkunastu krągłych ciemno się, barwiących jądrach.

Prątki wąglika znajdują się wszędzie bardzo obficie nagromadzone; leżą pojedyńczo lub po kilka w krótkich łańcuszkach; największe nagromadzenia znajdują się podtorebkowo, odpowiednio do przestworów chłonnych; tu barwią się intenzywnie; z prątków ułożonych w głębi miąższu większość barwi się bardzo źle tak, że widać z nich tylko odłamki lub cienie. W wielu ciałkach białych widać po jednym lub kilka pochłoniętych prątków (fagocytoza). Gruczoły ze szyi, w których makroskopowo widać było szarawe ogniska podobne do gruzełków, pod mikroskopem okazują obraz rozrostu przewlekłego i typowe w środku serowaciejące gruzełki.

Śledziona. Wśród zwykłego obrazu ostrego obrzęku widać dość liczne gromady dobrze się barwiących prątków.

Żołądek. W błonie podśluzowej naczynia krwionośne porozszerzane, szczelnie wypełnione ciałkami krwi, obrzęku nie widać. Błona śluzowa żołądka okazuje ubytki jużto małe, powierzchowne, kształtu trójkątnego o brzegach nekrotycznych (karyolysis), już też małe, powierzchowne martwiny (nekrozy); wśród nich leżą pojedynczo bardzo nieliczne, dobrze się barwiące prątki wąglika.

Dwunastnica. Wyżej wspomniane, wielkości prosa, makroskopowo widoczne trzy białe ogniska, okazały się po zabarwieniu Weigertem, jako zbity nalot prątków wąglika ułożonych w częściach powierzchownych błony śluzowej; najbliższe otoczenie zmartwiałe (nekrotyczne), w głębi i w otoczeniu zmian niema

Jelito biodrowe. Wybroczyna i martwica na szczycie. Cała ściana jelita znacznie krwotocznie obrzękła; naczynia porozszerzane, błona śluzowa poukładana w fałdy. Jeden z fałdów zmartwiały; na jego powierzchni i w głębi, oprócz innych drobnoustrojów (koków małych i dużych, i prątków mniejszych od wąglikowych) widać liczne prątki wąglika. Prątki te znajdują się też licznie w reszcie ściany, leżą głównie poza naczyniami i barwią się intenzywnie.

Owrzodzenie: otoczenie owrzodzenia jak wyżej obrzękłe, krwotoczne brzegi i dno zmartwiałe; w tych zmartwiałych masach i ich otoczeniu liczne prątki wąglika W dnie wrzodu, wśród warstwy mięsnej, widać parę małych, ściśle odgraniczonych, w środku serowaciejących ognisk, złożonych z komórek nabłonkowatych i komórek olbrzymich, oraz jedno większe zserowacenie otoczone komórkami nabłonkowatymi; we wszystkich tych ogniskach uderza zupełny brak prątków wąglika, jakkolwiek w otoczeniu znajdują się one obficie. Nie mogły więc te ogniska być wywołane działaniem wąglika. Wejrzenie mikroskopowe ognisk przemawia za pochodzeniem gruźliczem. I jakkolwiek na sześciu preparatach barwionych na prątki gruźlicze, prątków tych nie znalazłem, to jednak na podstawie obecności gruźlicy w innych narządach (gruczoły i płuco), a głównie na podstawie obrazu histologicznego, ogniska te uważam za gruzełki a masy serowate za pochodzące z gruźlicy. W braku prątków wąglika w wymienionych masach serowatych i w gruzełkach, odpowiednio do ich budowy anatomicznej (braku naczyń) widzę też jeszcze jeden dowód więcej dla pochodzenia ich gruźliczego.

Skrawki z innych miejsc jelita cienkiego, okazują obrazy lekkiego nieżytu i znaczne bujanie pierwiastków chłonnych.

(Dokończ. nastąpi.)

III. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. L. Rydygiera we Lwowie.**

Przyczynek do techniki wycinania wyrostka robaczkowego.

Podał

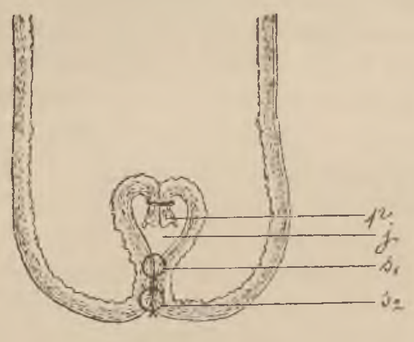
Dr. M. W. Herman

Asystent kliniki.

Wycinając wyrostek robaczkowy, postępujemy podobnie jak i inni. Uwolniwszy go ze zrostów i podwiązawszy krezkę, przecinamy okrężnie u podstawy warstwę surowiczą, a częściowo i mięśniową; w tem miejscu zakładamy podwiązkę katgutową, amputujemy wyrostek poniżej podwiązki, a kikut zagłębiamy w jelito ślepe i ponad nim zakładamy dwurzędowy szew katgutowy. Przed założeniem szwów wpochwiających wycinamy z kikuta wywiniętą na zewnątrz błonę śluzową, oczywiście nie całkowicie i nie doszczętnie, bo to ze względów mechanicznych niemożliwe. Po skończonej operacyi otrzymujemy stosunki takie, jakie usiłowałem przedstawić szematycznie na rycinie I-szej.

Widzimy tam, że kikut *(p)* kielichowato rozwarty, z błoną śluzową, utrzymaną na dnie kielicha, wystercza do jamki *(j)*, wysłanej zewsząd błoną surowiczą, a od strony jamy otrzewnowej zamkniętą podwójnym szwem Lemberta (s_1 i s_2). W owych resztach błony śluzowej gnieździć się mogą, a niewątpliwie możnaby je tam zawsze wykazać, drobnoustroje, współczynnik o niewiadomem znaczeniu. Dziesiątki, ba, nawet setki razy bakterye tam zamknięte nie odegrają

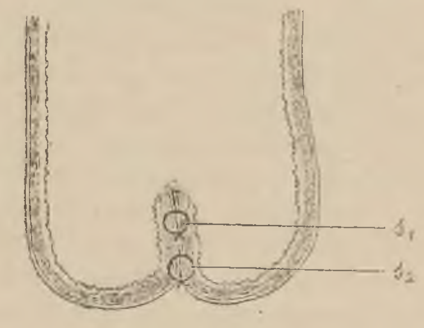
żadnej roli, nie zdradzając niczem ani swej obecności, ani życia. Lecz zdarzyć się może raz, że drobnoustroje te, obdarzone znaczną jadowitością, znalazłszy się w korzystnych warunkach (bo mogą działać na błonę surowiczą zapalnie zmienioną i w przestrzeni zamkniętej), wzniecą sprawę zapalną. W jamce owej nagromadza się ropa, która, czy to przez linię szwów, czy też przez otwór, wywołany ogniskowem obumarciem ścianek jelita ograniczającego ową przestrzeń, przedostać się może do jamy otrzewnej i spowodować rozlane jej zapalenie. Wnioskowanie to nie jest teoretyczne. W naszej



Rycina I.

klinice zmarł jeden chory na posokowate zapalenie otrzewnej po skolekoidetomii, wykonanej *à froid* skutkiem poprzednio przebytych kilku napadów zapalenia wyrostka robaczkowego. Nie chcąc się powtarzać, interesujących się odsyłam do mojej rozprawki, niedawno w tej materyi w *Przeglądzie lekarskim* drukowanej i proszę o zwrócenie uwagi na spostrzeżenie Nr. XXVII. *(Przegl. lek. 1901), str. 483*. Sekcya wykazała: ograniczone obumarcie ścian jelita ślepego w okolicy szwu kikuta i przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnowej. Sprawa ta była, dla mnie przynajmniej, mało jasną i skłonny jestem tłómaczyć ją sobie w sposób powyższy. Oczywiście nie zawsze sprawa ropienia w owej jamce, kryjącej kikut, musi tak ostro przebiegać. Gdy się chwila przebicia ropy odwleka, mogą potworzyć się w otoczeniu zrosty, które sprawiają, że następstwem tego ropienia będzie przetoka, choćby nawet kałowa, okazująca zwykle skłonność do samowygojenia się.

Rozważając to wszystko, wpadłem na myśl odmiennego nieco sposobu opatrywania kikuta, sposobu, o którym sądzę, że usunąć zdoła tego rodzaju powikłania. Ten sposób odmienny przedstawia szematyczna rycina II-ga.



Rycina II.

Po odszukaniu i uruchomieniu wyrostka robaczkowego aż do jego podstawy, jak to zwykle robimy zachwytujemy po obu jego bokach ścianki jelita ślepego, n. p. dwoma szwami katgutowymi, którymi na razie unosimy jelito w górę, a które potem posłużyć nam mogą do założenia dwuwarstwowego szwu Lembertowskiego. Jednem cięciem odcinamy wyrostek robaczkowy parę milimetrów ponad jego podstawą, i natychmiast (drobnymi szczypczykami) wynicowujemy go do światła jelita ślepego tak, że obecnie zwracają się ku sobie ścianki pokryte błoną surowiczą, a błona śluzowa odwraca się ku próżni jelita ślepego. Otwór w okolicy podstawy wyrostka zamykamy podwójnym szwem (s_1 i s_2) surowiczomięśniowym. Przy tym sposobie opatrywania kikuta nie wytwarzamy jamki, jak przy metodzie poprzedniej i nie pozostawiamy nazewnątrz jelita ślepego, a raczej w jego ścianach, błony śluzowej, przesiąkniętej bakteryami.

Wypływu kału z przeciętego, poprzednio nie podwiązanego wyrostka, obawiać się nie potrzeba. W wyciętym wyrostku robaczkowym nigdy kału płynnego nie widziałem, a odpływowi z kiszki ślepej zapobiedz można, unosząc w górę szwy na wstępie operacyi założone, lub też zaciskając palcami, względnie uciskadłami, część kiszki ślepej, najbliższą odejścia wyrostka. Niebezpieczeństwu wydostania się do jamy brzusznej treści ropnej ze schorzałego wyrostka zapobiega się skutecznie i pewnie przez założenie podwiązki na wyrostek, tuż poniżej miejsca przecięcia.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Baumgarten. **Stosunek perlicy do gruźlicy.** *(Berliner klin. Wochs.* Nr. 35, 1901). Praca autora jest niejako odpowiedzią na poglądy, wygłoszone przez Kocha na ostatnim Zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie. Autor przypomina dawniejszą pracę Dra Gaisera, który również, szczepiąc cielętom prątki z gruźlicy ludzkiej, nie zdołał wywołać u nich perlicy. Z drugiej strony opisuje autor doświadczenia (bez wymienienia nazwiska już nieżyjącego zresztą badacza), przeprowadzone na ludziach przed 20-tu laty: badacz ten w sześciu przypadkach szczepił ludziom chorym na raka lub mięsaka prątki perlicy i zawsze z wynikiem ujemnym; badanie pośmiertne, wykonane w kilka miesięcy do jednego roku na ludziach, użytych do doświadczeń, nie wykazało w żadnym przypadku gruźlicy, ani w miejscu wstrzyknięcia prątków, ani też w narządach wewnętrznych: w przypadkach, w których po wprowadzeniu prątków wytworzyły się w miejscu wstrzyknięcia ropnie, badanie bakteryologiczne ropy wykazywało początkowo w niej obecność prątków gruźliczych, które jednakże, w miarę gojenia się ropnia, rychło znikały. (Na obronę tego badacza przytacza Baumgarten tę okoliczność, iż badania swoje przeprowadzał on nie w celach ściśle naukowych, lecz jedynie w celach leczniczych: wychodząc z dawnego twierdzenia Rokitanskyego, iż gruźlica i rak anatomicznie wzajemnie się wykluczają: uważał on za możliwe wyleczenie raka pod wpływem działania wprowadzonych do ustroju prątków gruźliczych, względnie perliczych; doświadczenia swoje przeprowadzał on tylko na ludziach, u których nowotwory nie nadawały się już do operacyi i którzy bądźcobądź dość rychło umrzeć musieli). Na podstawie tych wskazówek sądzi Baumgarten, iż rzeczywiście niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą od bydła chorego na perlicę jest bardzo małe, na co zresztą i dawniej zwracał on uwagę; mimo to jednakże niebezpieczeństwo to istnieje, gdyż, jak wykazują ścisłe badania, z jednej strony prątkami perlicy możemy wywołać nawet u bydła ostrą gruźlicę prosówkową (doświadczenia Gaisera), z drugiej zaś strony prątki z gruźlicy ludzkiej, poddane działaniu pary jodoformowej, wywołują u zwierząt (u królika) perlicę (doświadczenia Tangla i Trojego). W dalszym ciągu tożsamość zmian histologicznych w gruźlicy i perlicy (łatwiejsze wapnienie guzów perliczych u bydła, niż ognisk serowatych u ludzi, zależy od większej ilości soli wapniowych w ustroju bydła), jednakowe zachowanie się prątków gruźliczych i perliczych w hodowli, oraz pod względem cech postaciowych, wreszcie oddziaływanie gruźliczego bydła na tuberkulinę, otrzymaną z prątków gruźlicy ludzkiej, wymownie przemawiają za tożsamością prątka gruźlicy i perlicy, zwłaszcza, że doświadczenia, pozornie przemawiające przeciw tożsamości tych prątków, dają się łatwo wyjaśnić. Gramatschikoff wykazał, iż prątki gruźlicy ludzkiej lub perlicy u bydła, przeprowadzane przez dłuższy czas przez kury przestają być zakaźnymi dla królików i mor. świnek: prątek gruźlicy ptasiej jest bardzo mało zakaźny dla królików, przeprowadzany jednakowoż przez króliki, przybiera znacznie na jadowitości i w końcu

zabija króliki. Te i tym podobne fakty przemawiają za tem, iż prątki gruźlicze mogą się przystosowywać do pewnego gatunku zwierząt i są specyalnie jadowite tylko dla tego gatunku; mogą jednakowoż w pewnych warunkach być zakaźnymi i dla innych gatunków zwierząt, oraz dla człowieka; ztąd też należy i nadal zachować zalecane dotychczas ostrożności przy spożywaniu mleka i mięsa, gdyż niebezpieczeństwo zakażenia się w ten sposób gruźlicą, jakkolwiek małe, jednakże niewątpliwie istnieje. *Gliński.*

Wilms. **Pęknięcia wątroby i ich leczenie.** (*Deut. mediz. Wochenschrift* Nr. 34, 35. 1901.) Autor zestawia 19 przypadków pęknięcia wątroby, spostrzeganych w ostatnich 5 latach w lipskiej klinice chirurgicznej. Z tej liczby operowano 15 razy i otrzymano trzy razy wyleczenie; czterech zaś chorych, nieoperowanych z powodu zapadu, zmarło wkrótce po przybyciu do kliniki. Na podstawie dołączonych do pracy krótkich historyj chorób i wyników sekcyi opisuje autor objawy obrażenia narządów wewnętrznych w jamie brzusznej w ogólności, przedewszystkiem zaś uszkodzenia wątroby. Rozpoznanie ułatwiają z jednej strony wywiady co do rodzaju i miejsca doznanego urazu, z drugiej zaś badanie przedmiotowe chorego. Ból przy ucisku na prawe podżebrze, silne napięcie powłok brzusznych i wciągnięcie brzucha, bolesność w okolicy wątroby i żołądka, przytłumienie w bocznych częściach brzucha, silniejsze jednak po stronie prawej i zwolna zmieniające się ze zmianą położenia chorego, wreszcie stan ogólny pacyenta, to są mniej więcej objawy wytyczne, cechujące obrażenia trzew, najprawdopodobniej zaś wątroby. Objawy te mogą występować z różnem nasileniem; przytłumienie jednak po obu bokach brzucha i silny skurcz powłok brzusznych uważa autor za stałą i najważniejszą cechę rozpoznawczą obrażeń wewnętrznych, na co już poprzednio, w r. 1899, zwrócił uwagę Trendelenburg. Zwłaszcza w odróżnieniu od wstrząsu, przy którym bladość twarzy chorego kazałaby się domyślać jakiegoś krwotoku wewnętrznego, brzuch jest prawie zawsze miękki; twarde zaś powłoki brzuszne dowodzą wylania się krwi do jamy brzusznej wskutek uszkodzenia narządów wewnętrznych.

Rokowanie w obrażeniach wątroby przy wkroczeniu chirurga nie jest jeszcze najgorsze pomimo tak wysokiego (80%) odsetka śmiertelności u operowanych w klinice lipskiej. Na podstawie własnych spostrzeżeń autor gorąco poleca bezwłoczne wykonanie operacyi (laparotomię) u chorych z obrażeniem wewnętrznem, gdzie nic się niema do stracenia, a można tylko coś zyskać. Tamowanie krwotoku z uszkodzonej wątroby osiąga się albo zapomocą szwu, lub też silnem wytamponowaniem rany. Ostatni ten sposób zaleca się swą prostotą i szybkością wykonania. Z pośród licznych a ciekawych spostrzeżeń, zebranych skrzętnie przez autora na stole sekcyjnym, zasługuje na uwagę jeden szczegół, mający nie małe znaczenie dla metody leczenia pęknięcia wątroby. Wśród zmiażdżonego miąższu wątroby znachodzono często na rozległej przestrzeni całe pnie żylne niemal zupełnie odsłonięte, jakby odpreparowane, krwawiące z tych miejsc, gdzie mniejsze naczynia zostały oderwane. W obec nizkiego parcia krwi w większych żyłach wątroby naturalną jest rzeczą, że zwykle uciśnięcie krwawiącego miejsca nie jest bez dodatniego wyniku. *Dr. L. Berger.*

Batsch. **Sztuczne zęby w przełyku.** (*Münchner med. Wochs.* Nr. 33, 1901). Robotnik fabryczny połknął podczas snu płytkę kauczukową z sztucznemi zębami wielkości 4,6 × 2,2 ctm. Badanie promieniami Röntgena dało wynik ujemny. Autor podobnie, jak Quadflieg, utrzymuje, że badanie promieniami Röntgena w przypadkach ciała obcego w przełyku niema wielkiego znaczenia, bo żebra i kręgosłup zaciemniają pole, a w przypadkach, gdzie ciałem obcem jest płytka kauczukowa, okazało się zupełnie nieprzydatnem. W przypadku B. zewnętrznie też nic wybadać nie można było. Zgłębnikiem natrafił B. na opór w odległości 36 ctm. od zębów. Wyciągnięcie zapomocą koszyczka nie udało się, wtedy B. zepchnął płytkę do żołądka. Na otwarcie żołądka i wydobycie płytki chory nie zgodził się, nie pozostawało więc nic innego, jak starać się wydobyć drogą naturalną. Choremu podawano w znacznych ilościach pokarmy, które dają dużo kału, by osłonić płytkę. Po dwudziestu dniach płytka odeszła z kałem. Chory miał się przez cały ten czas zupełnie dobrze, a w ostatnich sześciu dniach zajmował się zwykłą pracą. Przy oglądaniu płytki okazał się brak jednej klamerki, która musiała się prawdopodobnie w przewodzie pokarmowym odłamać; możliwem jest, że odłamała się przy spychaniu płytki do żołądka; co się z nią stało, niewiadomo. *Dr. Teofil Zalewski.*

Pritschard. **Przypadek niedrożności jelit wskutek kamienia żółciowego, leczony z dobrym skutkiem atropiną.** (*Münchner med. Wochensch.* Nr. 33, 1901). Autor opisuje przypadek niedrożności jelita z powodu zatkania go kamieniem żółciowym. Pierwszego i trzeciego dnia zastrzyknięto podskórnie 0,001 atropiny. Czwartego dnia wystąpiły wypróżnienia dość obfite, a w nich znaleziono dość duży kamień żółciowy. Objawy niedrożności, mimo wymiotów, według chorego kałowych, nie były zbyt gwałtowne. Autor powiada, że już od dłuższego czasu używa w przypadkach przepuklin uwięzniętych atropinę z morfiną do wstrzykiwań podskórnych w okolicę uwięźnięcia. Zwykle udawało mu się potem odprowadzić przepuklinę. *Dr. Teofil Zalewski.*

K. Budinger. **Patologia i terapia żołądka klepsydrowatego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 36. 1901). Autor opisuje przypadek, który rozpoznał jako klepsydrowate przewężenie żołądka, powstałe na tle bliznowatem; podczas operacyi jednak nie znalazł ani śladu tego kształtu patologicznego, natomiast spostrzegł, jak na dnie krzywizny wielkiej powstał skurcz, który przedstawiał obraz przewężenia dolnego obrysu żołądka, i posuwał się ku odźwiernikowi, — przyczem przewężenie stawało się coraz głębsze, a fala skurczu doszła do takiego natężenia, że wytworzył się guz, zamykający światło żołądka w pewnej odległości od odźwiernika i powodujący cechujący kształt żołądka klepsydrowatego. Zjawisko to powtórzyło się w ciągu 5 minut dwa razy. Autor miał więc do czynienia ze spastyczną postacią żołądka klepsydrowatego. Że zjawisko widziane podczas laparotomii miało miejsce i przed otwarciem powłok brzusznych dowodzi fakt, że podczas badania przed operacyą stwierdzono wielokrotnie istnienie przewężenia. Ruchy, widziane na odsłoniętym w tym przypadku żołądku, odpowiadały zupełnie tym, jakie widział Hofmeister i Schütz na żołądku zwierząt. Omawiając przebieg skurczu mięśni żołądka i przytaczając podobne przypadki z piśmiennictwa, przechodzi autor do pytania, w jakim stosunku zostaje skurcz mięśnia zwieracza przedsionka odźwiernika do znanego oddawna skurczu odźwiernika? Przy klasycznym skurczu odźwiernika zajęta jest skurczeniem tylko ta część okrężnej warstwy mięsnej, która znajduje się na granicy żołądka i jelita; gdzie zaś większe guzy bezpośrednio lub przez powłoki brzuszne wyczuć się dają, tam idzie o skurcze nietylko samych mięśni odźwiernika, lecz także mięśnia przedsionka odźwiernikowego. Rozpoznanie guza skurczowego w wielu przypadkach jest prawie niemożliwe, zwłaszcza gdy go nie można wyczuć; ale w takich razach patognomiczne ma nieraz znaczenie bardzo charakterystyczny dla żołądka klepsydrowatego, z wązką komunikacyą między obydwoma workami — „objaw sączenia“, powstający skutkiem przechodzenia płynu z jednego worka do drugiego, a który to objaw można wywołać, uciskając ręką na jedną część żołądka, zawierającą płyn. Co się tyczy zabiegu operacyjnego, to autor wykonał *gastroenterostomiam retrocolicam.* Dwa inne przypadki żołądka klepsydrowatego, powstałe na tle bliznowatem, opisuje autor ze względu na zabiegi operacyjne, jakie wykonał. Podane przez Wölflera metody operacyjne nie mogą być regułą; od którejby nie można było odstąpić. Po resekcyi bowiem części komunikującej, powstaje nieodpowiedni kształt żołądka, ztąd autor w swoim przypadku zastosował resekcyę całej części odźwiernikowej żołądka. Przed plastyką przedniej powierzchni odcinka komunikującego ostrzega sam Eiselsberg, który operował najwięcej przypadków żołądka klepsydrowatego. Gastroenterostomia jest jedynym zabiegiem, dającym się zawsze wykonać, według Wölflera jednak należy, — o ile to możebne, — wykonywać gastroanastomozę, jakkolwiek ta ostatnia ma tę ujemną stronę, że żołądek nie nabiera kształtu podobnego do prawidłowego, a fizyologiczna praca mięśni nie odbywa się bez przeszkody. Tę ujemną stronę starał się autor usunąć przez zastosowanie gastroplastyki, przyczem cięcie prowadził nie na przedniej ścianie żołądka, lecz w krzywiźnie wielkiej. *Dr. Ozga.*

Prof. Dr. Krönlein. **O całkowitem wycięciu szczęki górnej o narkozie.** (*Archiv Langenbecka* T. 64. Z. 2). Wedle zestawienia różnych autorów śmiertelność bezpośrednia po wycięciu szczęki górnej wynosi jeszcze dziś około 30%. Przeglądając protokoły sekcyjne z tych przypadków, widzimy, że głównem źródłem, z którego pochodzą te niepomyślne stosunki, są płuca, względnie rozmaite sprawy zapalne w nich się rozwijające w następstwie wciągnięcia krwi w uśpieniu chloroformowem. Powikłań tych uniknąć możemy, operując tych chorych bez uśpienia, lub co najwyżej w bardzo płytkiem uśpieniu i to podtrzymywanem tylko z początku. W ten sposób operował K. 35 chorych, a z tych stracił tylko jednego z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych, które podczas operacyi musiał częściowo resekować na podstawie czaszki, nowotwór bowiem aż tam przerósł. *Herman.*

F. Kuhn. **Zastosowanie tiulu przy przeszczepianiu skóry.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1901, Nr. 24). Przeszczepione płatki Thiersza przykrywa K. delikatną tkaniną o dużych oczkach, napojoną celuloidyną. Materyał ten nie nasiąka wydzieliną, zapewniając jej swobodny odpływ na zewnątrz, i tworzy dobrą warstwę ochronną i izolacyjną dla przeszczepionego naskórka. *Herman.*

V. V międzynarodowy Kongres fizyologów.

Coraz częściej można słyszeć zdanie, że międzynarodowe kongresy ogólno-lekarskie już się przeżyły i że nie mają wcale tego znaczenia dla rozwoju nauki lekarskiej, jakiego od nich oczekiwano; za to coraz większem uznaniem się cieszą zjazdy specyalne, mające na względzie jedną dziedzinę lekarską lub przyrodniczą. I rzeczywiście zjazdy specyalne już wskutek tego, że w nich biorą udział przeważnie specyaliści z jednego zakresu naukowego, że nie są tak liczne, zapewniają daleko większy porządek w obradach i o wiele więcej łatwe porozumienie się członków pomiędzy sobą, niż zjazdy ogólno-lekarskie, a nadto sprawiają o wiele mniej kłopotów miejscowym komitetom gospodarczym, tak wskutek mniejszej liczby uczestników, jak również wskutek tego, że trwają zwykle króciej, niż zjazdy ogólno-lekarskie. Było więc wcale rzeczą naturalną, że fizyologowie, podobnie jak inni specyaliści z obszernej dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich, dążyli do tego, ażeby się zgrupować w odrębne ciało i wprowadzić w życie swoje zjazdy specyalne. Pierwszy taki zjazd fizyologów odbył się w roku 1879 w Bazylei. Że myśl urządzania osobnych zjazdów fizyologów znalazła oddźwięk, może służyć za dowód ta okoliczność, że w tym pierwszym zjeździe wzięło udział przeszło 120 uczestników, przeważnie profesorów z różnych uniwersytetów, oraz docentów i asystentów tego przedmiotu. Oprócz obrad ściśle naukowych na zjeździe w Bazylei, który trwał trzy dni, omówiono także pewne sprawy formalne i ułożono osobny statut, mający obowiązywać na przyszłość. W myśl tego statutu każdorazowy zjazd fizyologów na ostatniem posiedzeniu wybiera osobny komitet międzynarodowy z przedstawicieli rozmaitych państw, który ma się zająć zorganizowaniem zjazdu następnego. Zjazdy mają się odbywać co trzy lata w miejscu, które na temże posiedzeniu zostaje wyznaczone.

W celu uniknięcia pewnych kolizyj politycznych wybierano dotychczas przeważnie na miejsce zjazdu miasta w małych państewkach, nieodgrywających jakiejś większej roli w życiu politycznem Europy, a wyjątek stanowi tylko zjazd IV, który się odbył w Cambridge w Anglii.

I tak pierwszy zjazd, jak wyżej podaliśmy, odbył się w Bazylei w Szwajcaryi, drugi w Leodyum w Belgii, trzeci w Bernie szwajcarskiem, czwarty w Cambridge w Anglii, i w końcu ostatni, piąty, w dniach od 17 do 21 września b. r., w Turynie we Włoszech.

Mówiąc o zjazdach wogóle, nie mogę nie zauważyć, że w miarę ich rozpowszechnienia, oprócz strony ściśle naukowej, coraz więcej miejsca się udziela rozmaitym zebraniom towarzyskim i przyjęciom; być może, że koledzy nie podzielą mego zapatrywania, lecz na podstawie osobistego wrażenia zmuszony jestem to łączenie zadań naukowych z zabawą uznać za zjawisko w wysokim stopniu niepożądane; z natury bowiem urządzenie wszelkich przyjęć spada ciężarem bez potrzeby na komitet miejscowy i naraża zwykle z jednej strony pewną grupę kolegów na zupełnie niepotrzebne wydatki, z drugiej krępuje i nuży członków przyjezdnych tak, że w końcu strona naukowa coraz mniej budzi interesu, a w ten sposób i cel kongresu zostaje jakby usunięty na drugi plan. Zjazdy fizyologów są tego najlepszą ilustracyą. Zjazd w Bazylei miał na celu wyłącznie naukę; zebrania towarzyskie ograniczały się tylko do wspólnych śniadań i obiadów; w godzinach też wolnych od posiedzeń zwiedzaliśmy miasto lub zakłady naukowe i wyjeżdżając z Bazylei miało się uczucie, że w ciągu tych kilku dni słyszało się i widziało dużo i poznało się dokładnie miasto i jego instytucye. Również zjazd w Leodyum imponował swoją prostotą i tem, że nie było nic takiego, coby krępowało swobodę uczestników. Następne zjazdy coraz bardziej się oddalały od tego typu, a ostatni zjazd w Turynie już pod względem towarzyskich przyjemności w niczem nie ustępował innym zjazdom lekarskim.

Właściwie zjazd się rozpoczął już 16-go września wieczorem, tego bowiem dnia wszyscy członkowie zjazdu zostali zaproszeni przez Akademię lekarską w Turynie *(R. Accademia di Medicina di Torino)*, gdzie spędziliśmy parę godzin na odnawianiu znajomości i zabieraniu nowych przy szklance włoskiego wina, którego dostarczano w wielkiej obfitości. Wszystkie następne wieczory byliśmy również bardzo gościnnie podejmowani przez reprezentacyę miasta, przez profesorstwo Mosso, oraz przez fizyologów włoskich.

Wyrażając z całem uznaniem wdzięczność tak miastu, jakoteż kolegom włoskim za ich uprzejmość i nadzwyczajną gościnność, muszę się przyznać, że osobiście żałowałem bardzo, że zjazdy fizyologów odstąpiły od tego wzoru, za jaki chciałbym uważać zjazd pierwszy, i że szczególnie zjazd ostatni niepotrzebnie przyczynił dużo kłopotów i wydatków miejscowym kolegom, a znużenia gościom.

Posiedzenia naukowe zjazdu rozpoczęły się dnia następnego i odbywały się przez 5 dni, od godziny 9 do 12 i od 2 do 5 popołudniu w sali wykładowej zakładu fizyologicznego.

Po krótkiem powitaniu przez prof. Angelo Mosso, wyborze prezydyum i załatwieniu innych formalności, komitet wystąpił z wnioskiem o zamianowanie prof. Fostera z Cambridge stałym prezesem zjazdów fizyologów. Wniosek ten został przyjęty z wielkim zapałem, ponieważ wszystkim było wiadomo, że w zorganizowaniu zjazdów fizyologów prof. Foster położył bardzo wielkie zasługi, a że wszyscy fizyologowie uznali potrzebę tej instytucyi, za dowód może służyć fakt, iż liczba członków w każdym zjeździe następnym zwiększała się i w ostatnim przekroczyła liczbę 250.

Odpowiednio do liczby członków wzrosła także i liczba zapowiedzianych odczytów i demonstracyj; nietylko więc wypadło przedłużyć zjazd do dni pięciu, ale także komitet zmuszony był utworzyć dwie sekcye dodatkowe: chemii fizyologicznej i psychologii doświadczalnej; w następnych też dniach odczyty odbywały się równocześnie w sekcyi głównej i w jednej z sekcyj dodatkowych.

Podział na sekcye, a także okoliczność, że znaczna część demonstracyj, bądź odnoszących się do wykładów, wygłoszonych w jednej z sekcyj, bądź samych przyrządów, odbywała się także przeważnie w godzinach posiedzeń, oddziałały bardzo ujemnie na przebieg samych posiedzeń. Liczba członków, którzy spokojnie przysłuchiwali się wykładom, malała z każdym dniem; coraz więcej osób snuło się w rozmaitych kierunkach po korytarzach zakładu fizyologicznego, który, nawiasem mówiąc, jest bardzo obszerny i znakomicie uposażony; zwiedzano wystawę przyrządów, które były wystawione przez kilku mechaników, skupiano się przy doświadczeniach, które niekiedy były wykonywane przez niektórych członków zupełnie bez związku z wykładami, rozprawiano prywatnie na tematy, poruszane w odczytach, słowem robiono wszystko możliwe, tylko nie słuchano prelegentów; zresztą zjazd fizyologów zdaje mi się nie stanowi tu wyjątku; taksamo się bowiem mniej więcej dzieje na wszystkich zjazdach, przynajmniej na tych, w których sam brałem udział. Ta obojętność, która daje się spostrzegać na wszelkich zjazdach do odczytów z zakresu wiedzy specyalnej, zdaniem mojem wskazuje, że ta forma jest niezadawalniającą; że zjazdy są potrzebne, wskazuje liczny udział członków, lecz obojętność ich świadczy, że na zjeździe nie znajdują tego, czego szukają; szczególnie na zjazdach specyalistów wypadałoby odrzucić cały balast rozmaitych drobnych prac specyalnych, raczej przyczynków do rozmaitych kwestyj, i występować tylko z zagadnieniami, które mają znaczenie ogólniejsze. Oprócz tego na zjazdach fizyologów, wnosząc z zainteresowania się, jakiem obdarzano wszelkie demonstracye i doświadczenia, wypadałoby głównie w tym kierunku przeprowadzić zmianę. Nie potrzebuję już powtarzać, że zjazd obecny tym wymaganiom nie czynił zadość; że dużo, bardzo dużo poruszano spraw specyalnych, a stosunkowo bardzo mało było mowy o zagadnieniach ogólnych.

zasadniczych, i również bardzo słabą była część demonstracyjna.

Ponieważ komitet już w pierwszych dniach zjazdu zdążył wydrukować krótkie streszczenia zapowiedzianych odczytów, można więc było do pewnego stopnia oryentować się, co nietylko z tytułu, lecz i treści mogło interesować. Z przyczyny jednak podziału na sekcye niezawsze można było trafić na pożądany odczyt. Tak z powodu liczby odczytów, jakoteż okoliczności wyżej wymienionych, nie jestem oczywiście w stanie podać choćby w skróceniu treści komunikatów; wspomnę tylko o tych, które bądź nowością poglądów, bądź oryginalnością, zwracały na siebie szczególniejszą uwagę uczestników. Do tej kategoryi przedewszystkiem muszę zaliczyć odczyt i doświadczenia W. M. Baylissa o *„Antidromic vascular dilatation from posterior roots“*; jakkolwiek spostrzeżenia co do rozszerzającego wpływu na naczynia podrażnień obwodowych końców korzonków tylnych były poczynione już dość dawno, to jednakże trzeba przyznać wielką zasługę autorowi, że badania w tym względzie znacznie rozszerzył, zastosowując nietylko elektryczne, lecz i innego rodzaju podrażnienia, mianowicie mechaniczne, i zdołał wykazać, że ośrodki dla nerwów rozszerzających, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, leżą w zwojach międzykręgowych.

Bardzo piękny ze względu na charakter filozoficzny był odczyt prof. Gaulégo z Zurychu: *O peryodycznym przebiegu życia. (Der periodische Ablauf des Lebens).* Przedmiotem licznych uwag i rozpraw były także odczyty Locka, a szczególniej Magnusa z Heidelbergu w sprawie *Odżywiania wyciętego serca.* Pan Magnus wykonał doświadczenie, w którem wycięte serce królika, przy sztucznem krążeniu w tętnicy wieńcowej serca rozczynu, nasyconego tlenem i zawierającego mięszaninę soli w tym stosunku, w jakim się znajdują w surowicy krwi danego zwierzęcia, zawieszone wprost w powietrzu w ciepłocie pokojowej, biło w ciągu przeszło siedmiu godzin.

Pan Waller z Londynu wygłosił 2 odczyty *O zjawiskach elektrycznych w tkankach zwierzęcych i roślinnych,* popierając je doświadczeniami. Jakkolwiek treść tych odczytów była już znaną z dawniejszych prac pana Wallera, to jednakże zwróciły one szczególną uwagę, ponieważ zapatrywania autora na przyczyny zjawisk elektrycznych zasadniczo się różnią od przyjętych przez większość fizyologów. Autor uważa zjawiska elektryczne jako jeden z objawów życia, jako funkcyę tkanek, i znajduje, że objawy elektryczne, podobnie jak każda inna czynność, podlegają zmianom, jak naprzykład znużeniu, wyczerpaniu, i znikają z chwilą śmierci tkanki.

Oryginalnością poglądów odbijał także odczyt Wwedeńskiego z Petersburga *O pochodzeniu i przyrodzie narkozy nerwów.*

Przeważna część odczytów dotyczyła tematów, które już poprzednio w całości lub w krótkich referatach były ogłoszone i w tem być może także można dopatrywać przyczyny małego zainteresowania się odczytami, o czem już wspomniałem wyżej. Pomimo wielkiej liczby odczytów bardzo mało było nowych myśli, lub nowych sposobów badania. Tu i owdzie można było spotkać jakąś modyfikacyę dawniej używanych sposobów, która bynajmniej nie świadczyła o wielkiej pomysłowości autorów. Jako przykład pozwolę sobie wspomnieć *O nowej metodzie oznaczenia szybkości ruchu krwi w naczyniach* prof. Hürthlego z Wrocławia. Autor w starym przyrządzie Ludwiga, znanym pod nazwą „Strom-Uhr“, zastąpił oliwę tłokiem, zmodyfikowawszy odpowiednio kształt naczynia; od tego tłoku wyprowadził na zewnątrz nitkę, którą przymocowuje do dźwigni, piszącej na okopconym papierze. Prąd krwi wskutek różnicy ciśnienia porusza w przyrządzie tłok w jedną lub drugą stronę, zależnie od ustawienia, ten zaś ostatni zapomocą nitki wprawia dźwignię w ruch i w ten sposób kreśli krzywą. Jeżeli już sam przyrząd Ludwiga okazał się nieodpowiednim głównie z powodu tarcia i oporu, jaki przedstawia dla prądu krwi, to oczywiście tembardziej nieodpowiednim okaże się przyrząd Hürthlego, w którym tensam prąd musi pokonywać tarcie tłoka, ale cel został osiągnięty: pan Hürthle przynajmniej przez pół godziny zajął uwagę członków kongresu.

Do tejsamej kategoryi nieudanej modyfikacyi wypada zaliczyć podany przez pana Broca z Paryża sposób zastosowania kondensatora do drażnienia tkanek, zamiast cewki indukcyjnej. Pan Broca proponuje ni mniej ni więcej używać do tego celu zwykłego komutatora od dynamomaszyn. Z zapewnień, że sposób ten jest bardzo dokładny, wypada wnosić, że autor sam nie wykonał ani jednego doświadczenia.

Bardzo przykre wrażenie pozostało z odczytu i demonstracyi prof. Nicolaides z Aten. Autor wbrew doświadczeniom wszystkich innych fizyologów, a w szczególności Pawłowa z Petersburga, twierdził, że jemu się udało dokonać przecięcia obu nerwów błędnych u psów w ten sposób, że nietylko zwierzęta operowane zostały przy życiu, lecz nadto nie przedstawiały one najmniejszych zmian ani w oddechaniu, ani w czynności serca, i na dowód przedstawił dwa operowane w ten sposób psy. Atoli wykonane następnie sekcye u tych zwierząt wcale nie przekonały obecnych, jakoby nerwy wogóle były przecięte, a nadto preparaty mikroskopowe, sporządzone z tych nerwów, nie wykazywały również żadnych widocznych zmian, ani zwyrodnień.

Większa część przedstawionych na ostatnim zjeździe prac może bezwątpienia posłużyć za dowód, że ten gorączkowy stan, który ujawnia się we wszystkich dziedzinach współczesnego życia, udzielił się także i fizyologom. Brak pewnej przewodniej myśli w doświadczeniach, brak ścisłości, której wymaga nauka, a ztąd sprzeczności w spostrzeżeniach, dotyczących tychsamych zjawisk, pośpiech nadzwyczajny w tworzeniu wniosków, brak dążności do wynalezienia pewnych ogólnych zasad i praw, — oto wrażenie, które się odnosiło z tej wielkiej liczby odczytów, którym się przysłuchiwałem w ciągu pięciu dni. Zjawisko to nie jest zresztą nowem.

Stosunki tak się ułożyły, że fizyologią zajmują się przeważnie lekarze; wykształcenie zaś lekarskie nigdy nie dawało dostatecznych podstaw naukowych, wystarczającej znajomości fizyki i matematyki, na których właściwie badania powinny się opierać.

Do badania delikatnych zjawisk życiowych potrzeba było zastosować cały szereg specyalnych przyrządów i tu otwierało się obszerne pole do rozmaitych mniej lub więcej dowcipnych kombinacyj, lecz przyrządy te były stosowane przeważnie bez poprzedniego zbadania tych wszystkich niedokładności, które każdy przyrząd posiada; ta okoliczność stała się źródłem całego szeregu błędów i niewątpliwie dotychczas jest przyczyną tych różnic, które znajdujemy w pracach nieraz dwóch jednakowo sumiennych i ścisłych badaczy. Nadto wskutek różnicy sposobów, użytych do badania, nieraz same wyniki nie mogły być porównywane ze sobą. Jasną jest rzeczą, że już oddawna niektórzy z fizyologów najzupełniej zdawali sobie sprawę, że ten stan rzeczy przeszkadza rozwojowi nauki i wprowadza pewne zamięszanie; nie brakło też usiłowań, ażeby przynajmniej pod pewnymi względami badania fizyologiczne oprzeć na pewnych podstawach. Tak Fick i Kronecker już przed wielu laty usiłowali wprowadzić przynajmniej pewne ujednostajnienie w sposobie elektrycznego podrażnienia tkanek i w tym celu Kronecker i Christiani zaproponowali używać wyłącznie tylko cewki indukcyjnej, przez nich skonstruowanej i wymierzonej. Propozycye te nie zostały jednakże przez ogół przyjęte, być może dlatego, że sam sposób wymierzania cewki nie wydawał się dosyć ścisłym. W tymsamym celu przed kilkunasty laty zostały rozpoczęte w mojej pracowni badania, mające na celu podać więcej ścisłą metodę, któraby dawała możność określić wszystkie czynniki elektrycznego podrażnienia. Okazało się, że wymaganiom tym może uczynić zadość zastosowanie kondensatorów. Do tegosamego wniosku doprowadziły także badania Weissa, wykonane przed kilku laty w pracowni Chauveau. Sprawę tę pan Weiss

w porozumieniu ze mną a za pośrednictwem prof. Chauveau poruszył na IV-tym zjeździe fizyologów w Cambridge. Komitet zjazdu uznając całą ważność sprawy ujednostajnienia sposobów badania rozszerzył znacznie wniosek Weissa i zaproponował wybór osobnej komisyi, któraby się zajęła sprawą ujednostajnienia sposobów badania fizyologicznego, z szczególnem uwzględnieniem sposobów graficznych. W skład tej komisyi, która przybrała nazwę *„Commission internationale de contrôle des instruments enregistreurs et l'unification des méthodes en physiologie"* weszli: prof. Marey, jako przewodniczący; prof. Kronecker, jako zastępca przewodniczącego; Dr. Weiss, jako sekretarz; Bowditch, Foster, von Frey, Hürthle, Mislawsky i Mosso. Komisya ta po ukonstytuowaniu się zaprosiła do udziału w pracy *Association des Académies internationales*, które ze swej strony wybrało do komisyi pp: Chauveau, Cornu, Fredericqa i Wallera.

Uświadomienie więc potrzeby zmian w sposobach badań fizyologicznych i utworzenie takiej międzynarodowej komisyi jest niewątpliwie zasługą zjazdów i bezsprzecznie może bardzo znacznie się przyczynić do szybszego i głębszego zbadania zjawisk życiowych. Zjazd też ostatni fizyologów nabierał szczególniejszego znaczenia w oczach wielu, właśnie z powodu, że owa komisya obiecała złożyć sprawozdanie ze swoich czynności.

Ostatnie posiedzenie zjazdu dnia 21-go po południu było przeznaczone wyłącznie na załatwienie sprawy formalnej i na sprawozdanie prezesa komisyi, oraz na omówienie niektórych wniosków specyalnych.

Oto są sprawy załatwione na tem posiedzeniu:

1) VI. Zjazd fizyologów ma się odbyć w Brukseli za lat 3.

2) Do Komitetu organizacyjnego, oprócz dotychczasowych członków, w celu uzupełnienia wybrani zostali: Henzen, Chauveau, Waller, Kossel i Cybulski, jako reprezentant języków nie niemieckich w Austryi.

3) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie komisyi, z którego się okazało, że komisya odbyła kilka posiedzeń w Paryżu, że opracowała statut dla swoich czynności, że się udała do komitetu związku międzynarodowego Akademij w celu uzyskania osobnego lokalu w Instytucie Mareya na urządzenie zbioru przyrządów fizyologicznych, że w końcu poczyniła staranie przez tenże komitet Akademij w celu wyjednania subwencyi dla tej nowej międzynarodowej instytucyi.

Urzędowe publikacye komisyi mają być ogłaszane w *„Archives Italiennes de Biologie."*

4) Przyjęto wniosek prof. Kroneckera, ażeby w roku 1904 urządzić w Brukseli wystawę przyrządów fizyologicznych możliwie kompletną, a także jego drugi wniosek o założenie wParyżu przy komisyi dla kontroli przyrządów osobnego muzeum międzynarodowego przyrządów fizyologicznych.

5) Przyjęto wniosek Bowditcha i Fostera, ażeby związek międzynarodowy Akademij zajął się sprawą utworzenia międzynarodowego Instytutu fizyologicznego na Monte Rosa.

6) W końcu uchwalono wniosek prof. Mosso o poczynienie kroków u rządów w celu rozszerzenia sekcyi fizyologicznej w Neapolu.

Sądzę, że zbytecznem jest dowodzić, jak wielkiej doniosłości dla badań fizyologicznych są wszystkie wyżej przytoczone uchwały. Gdyby nawet prace komisyi i nie doprowadziły do pożądanego wyniku, t. j. nie udało się wynaleźć takich stałych podstaw i zasad, które przez wszystkich badaczy byłyby przyjęte i stosowane, to w każdym razie utworzenie międzynarodowego muzeum przyrządów fizyologicznycznych dawałoby możność stosunkowo tanim kosztem każdemu porównywać przyrządy, odnoszące się do jednego działu i w ten sposób skontrolować wyniki otrzymane tym lub innym przyrządem. Każdy nowy przyrząd, gdziekolwiek i przez kogo kolwiek wykonany, odrazu podlegałby kontroli fachowych badaczy, a w ten sposób wyjaśniałyby się odrazu różnice w wynikach, które mogły być spowodowane przez sam przyrząd. Koszta utrzymania takiego muzeum, jeżeliby się rządy państw cywilizowanych przyczyniły do tej myśli, będą stosunkowo niewielkie, tem bardziej, że nie tylko mechanicy, ale i sami autorowie nowych pomysłów, choćby dla rozgłosu, będą do muzeum nowe przyrządy posyłali bezpłatnie.

Badania fizyologiczne nad wpływem górskiego powietrza, któremu coraz większe znaczenie przypisuje medycyna, są tak trudne, że bez osobnego zakładu ze specyalnemi urządzeniami nie podobna ich prawie przedsiębrać. Dotychczasowe badania są bardzo niedokładne i dotyczą zaledwo kilku objawów; dla tego myśl, żeby państwa wspólnemi siłami taki zakład ufundowały, wydaje mi się bardzo szczęśliwą, a sądzę, że przy współudziale Akademij da się to niewątpliwie uskutecznić. W końcu wniosek uzupełnienia stacyi zoologicznej w Neapolu zakładem fizyologicznym był tylko wyrazem rzeczywistej potrzeby, którą nawet zoologowie uczuwają. Niższe zwierzęta morskie nie tylko stanowią cenny materyał naukowy dla anatomów i embryologów, lecz nie mniej nadają się także do badań i spostrzeżeń fizyologicznych. Fizyologia zresztą od początku opierała się głównie na badaniach, które wykonywano na rozmaitych zwierzętach, a więc materyał do swoich wniosków zawsze czerpała z badań porównawczych; dziś ta potrzeba studyów porównawczych nad rozmaitymi objawami życia staje się coraz oczywistszą, a do takich badań najniższe formy fauny morskiej przedstawiają najodpowiedniejszy materyał, i tylko dziwić się wypada, że dotychczas to bogactwo form fauny mórz południowych tak mało było wyzyskiwane. Miejmy nadzieję, że i tę tak trafną myśl urzeczywistni wytrwałość uczonych.

N. Cybulski.

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

11. Docent O. Kukula (Praga). **O samozatruciu przy zamknięciu (occlusio) kiszek.**

12. Dr. Petřivalský (Praga). **Enteroanastomosa zapomocą pierścienia z magnu.** Autor opisuje swój guzik do enteroanastomozy, zrobiony z glinu lub magnu, oraz postępowanie przy jego zakładaniu. Według sprawozdania zrośnięcie się obu błon surowiczych następuje szybko i nie zachodzi obawa zgorzeli i przebicia.

13. Dr. V. Piťha (Praga). **Leczenie zamartwicy (asfiksya) u noworodków.** Zamartwica u noworodków powstaje wskutek zaburzeń w oddechaniu łożyskowem. Według Cazeaux należy rozróżnić: zamartwicę siniczą, przy której odruchy są utrzymane, od zamartwicy bladej, gdzie ucierpiały ośrodki naczynioruchowe (*l'etat syncopal* według Ribemonta), i od postaci mięszanych. Gdzie odruchy jeszcze są utrzymane, najlepiej wywołać oddechanie właśnie przez pobudzenie odruchów (ciepłe i zimne kąpiele naprzemian itd.). W przypadkach ciężkich należy: *a)* wydalić ciała obce, (ucisk na klatkę piersiową, tusze Politzera itd.); *b)* podtrzymać krążenie, najlepiej przez *c)* sztuczne oddechanie. Co do tego ostatniego, należy zupełnie zaniechać wdmuchiwania powietrza do płuc. Najlepiej nadaje się w tym celu sposób Schultzego, lub metoda, modyfikowana przez autora.

14. Dr. J. Elgart (Berno). **Kilka uwag z dziedziny leczenia przepuklin.** Przy resekcyi kiszek w przypadkach przepuklin zgorzelinowych, najtrudniejszem miejscem do zeszycia jest przyczep krezki, który też jest najczęściej punktem wyjścia zapalenia ropnego otrzewnej. Często jednak nie obejmuje zgorzel całego obwodu kiszki, a w takich razach daleko lepsze widoki lecznicze daje wycięcie samego tylko miejsca zgorzelinowego; — sposób ten był zastosowany 9 razy przez dyrektora Nedopila w Bernie, a dwa

razy przez samego autora. Następnie przytacza E. dwa ciekawsze przypadki i podaje swoje zestawienia liczbowe. Na 62 przypadków przepuklin, 30 było uwięzniętych, 32 wolnych. Z tych w 30 przypadkach nastąpiło wyleczenie przez rychłozrost, w dwóch przypadkach szew spowodował ropienie. Z pierwszej gromady autor zanotował 7 zgorzeli, w których 5 razy resekowano kiszkę na całym obwodzie, 1 raz częściowo; 1 raz dokonano wglobienia. Trzy przypadki zgorzeli zakończyły się śmiercią; z niezgorzelinowych jeden tylko (*volvulus postoperativus*).

15. Dr. Michal (Praga). **O operacyach radykalnych przepuklin u osesków i dzieci.**

16. Dr. F. Zahradnický (Něm. Brod.). **O pierwotnych resekcyach przy zgorzelinach przepuklin uwięzniętych.** Pierwotnej resekcyi dokonał autor w 8 przypadkach i to: jelita okrężnego 7 razy (raz częściowej); w 4 przypadkach zaś założył rzyć sztuczną. We wszystkich przypadkach gromady pierwszej nastąpiło wyzdrowienie; 4 ostatnie zaś skończyły się śmiercią. Autor odradza wprawdzie stosowania szablonowej resekcyi, przyznaje jej jednak stanowczo większą wartość.

17. Dr. K. Bečka (Praga). **Spostrzeżenia nad działaniem** *euphtalminum hydrobromicum*. E. h. polecają, jako lek rozszerzający źrenicę; podnosi on jednak ciśnienie śródgałkowe do tego stopnia, że u osób starszych może wywołać nawet napad jaskry. Natomiast z dobrym wynikiem, — dzięki podniesieniu ciśnienia, — stosował autor ten przetwór w przypadkach głębokich zapaleń rogówki, zapaleń naczyniówki i oderwania się siatkówki.

18. Dr. K. Výmola (Praga). **Przyczynek do leczenia ostrych zapaleń ucha.** W leczeniu ostrych zapaleń ucha główną rolę odgrywają dziś środki przeciwzapalne i odurzające, stosowane miejscowo, lub ogólnie. Jako cenne wzbogacenie sposobów tych dołącza autor stosowanie ciepłych okładów w postaci sztucznych kataplazmów Lelièvrea, przykrytych papierem kauczukowym, batystem Billrotha, watą i twardą opaską; 63 przypadków najróżniejszych zapaleń ucha leczył autor zapomocą tej metody, a we wszystkich nastąpiło wyleczenie. W 14 przypadkach wystarczył już jednorazowy okład, w 34 przypadkach stosował go 2 razy, w 5 przypadkach 3 razy, w 2 przypadkach 4 razy, w 4 przypadkach 5 razy, u jednego chorego 6 razy, u innego znowu 13 razy.

19. Dr. J. Asler (Praga). **Sprawa zapalenia środkowego ucha w wieku dziecięcym.** Znany i zadziwiający jest fakt, że przy sekcyach noworodków i osesków w ogromnej większości przypadków znajdujemy wypocinę w uchu środkowem. Autor badał w tym kierunku 14 zwłok dzieci, z których najmłodsze miało 20 godzin, najstarsze cztery lata. Zapalenie ucha środkowego stwierdził w 77·5%. Makroskopowo i histologicznie wypocina ta nie różniła się od wypociny podobnej u ludzi starszych; bakteryologicznie zaś znaleziono gronkowce i drożdże. Jadowitość pierwszego stwierdzono zapomocą doświadczeń na królikach.

20. Prof. J. Schöbl (Praga). **O nowotworach mięszanych.** Pewne nowotwory według Schöbla (n. p. w oku), w których znajdujemy kilka rodzajów tkanek, t. zw. nowotwory mięszane, powstają nie w ten sposób, że już na samym początku znajdujemy wszystkie ich składniki, lecz zaczynają się, jako pojedyncze nowotwory histyoidne, n. p. mięsak, a w miarę tego, w jaką tkankę wnikają w dalszym ciągu, pobudzają tę nową tkankę również do bujania. W ten sposób tłomaczy Schöbl np. ogromny nowotwór oka u chłopca 5-letniego, który określa jako *glio-fibro-sarco-myo-angio-carcinoma papilliferum*.

21. Prof. J. Schöbl (Praga). **O teoryi kryptoglejaków.** Pod nazwą krytroglejaka rozumie Schöbl chorobliwy stan oka, w którym rzeczywiście rozwija się glejak, przyczem jednak sprawa ta zakryta jest dla oka klinicysty przez inne jakieś objawy. Zaś glejakiem rzekomym nazywa szereg objawów charakterystycznych dla glejaka, spowodowanych jednak innemi zmianami oka. W jednym i w drugim razie chodzi więc o pomyłkę rozpoznawczą, a w nowszych czasach oba te rozpoznania stają się coraz to rzadsze. I tak opisuje Sch. kryptoglejaka u dziecka 20-mies., u którego rozpoznano gruźlicę komory przedniej, gdzie jednak dalszy przebieg wykazał, że oprócz tego istnieje i glejak. W drugim przypadku u dziewczynki 3-letniej w samym początku rozpoznał autor glejaka; lecz ciężki obraz zapalenia ciałek rzęskowych i tęczówki, który następnie rozwinął się w oku zajętem, zakrył pierwotną chorobę tak, że inny specyalista nie chciał przypuścić nawet możności glejaka, a dopiero sekcya sprawdziła pierwotne rozpoznanie. Taka sprawa zapalna doprowadza czasami do zupełnego rozpadu samego nowotworu, a według autora nie jest wykluczona możliwość, że gdyby to nastąpiło w okresie, gdy jeszcze niema w oku guzków następowych, glejaka możnaby było w ten sposób wygoić.

22. Prof. J. Deyl (Praga). **Rzadsze rozpoznania tarczy zastoinowej.** W przebiegu przewlekłego zapalenia nerek (*atrophia granularis*) nieraz wytwarza się tarcza zastoinowa, podobnie jak i w przypadkach nowotworów mózgowych. W takich razach może się zdarzyć, że i inne objawy (nawet białkomocz) nie pozwalają na ścisłe odróżnienie. Deyl podaje charakterystyczny dla zapaleń nerkowych objaw następujący: w zapaleniu nerek już w samych początkach istnieje miażdżyca tętnic siatkówki i tarczy. Jeżeli więc podczas badania wziernikiem przez pociśnięcie palcem staramy się sztucznie wywołać tętnienie w tych naczyniach, to tętnienie to w nich wcale nie występuje.

Przyczyną tarczy zastoinowej przy *atroph. gran. renum*, według D., jest wybroczyna do opony twardej nerwu wzrokowego, wskutek której żyła środkowa siatkówki, przechodząca przez tę osłonkę do środka nerwu, ulega zagięciu i uciskowi; następstwem zaś tego jest zastój krwi.

Docent Chalupecký (Praga). **O stosunku między stanem oka w nerwicy urazowej, a w drażnieniu sympatycznem.** W ostatnich czasach (Pfalz, 1900) kilka razy zwracano uwagę na to, że do spraw sympatycznych zaliczamy stany, któreby raczej należało uważać za nerwicę urazową. Autor przytacza 9 przypadków, z których trzy rzeczywiście były niedowidzeniem sympatycznem (*amblyopia sympathica*) (z powodu ciał obcych), 3 zaś — stanowczo nerwicami urazowemi (objawy sympatyczne trwały przez kilka lat, mimo że oko zranione wyłuszczono, a oprócz tego były i ogólne objawy nerwicy); jeden przypadek wprost należało przyjąć za historyę urazową. (Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 10 października.

* W myśl ostatniej woli, spisanej dnia 27 listopada 1895 roku przez nieżyjącego już dziś Alfreda Nobla, inżyniera szwedzkiego i Dra filozofii, odsetki od 42 milionów franków, stanowiących spuściznę po zmarłym, zostały przekazane na nagrody za najdonioślejsze wynalazki i najlepsze prace z pięciu następujących działów: 1) fizyki, 2) chemii, 3) fizyologii i medycyny, 4) literatury pięknej, oraz 5) dzieła zbratania się ludów, rozwiązania lub przynajmniej zmniejszenia wojsk stałych, oraz zwoływania kongresów pokoju.

Według statutu organicznego, regulującego działalność »Fundacyi Nobla«, instytucyę tę stanowią: 1) organa przyznające nagrody i 2) organa przedstawiające do nagrody. Do składu areopagu, który ma przedstawiać do nagrody, statut corocznie powołuje sześć Uniwersytetów, w osobach profesorów, wybranych przez »Komitet Nobla«, do których imiennie wysyła odezwę, wzywającą do należycie umotywowanego przedstawienia kandydatów do nagród.

W celu nadania nagrody Nobla w roku 1902 zawezwani zostali z Uniwersytetu Jagiel. prof. Tadeusz Browicz i prof. Maciej Jakubowski (z działu: fizyologii i medycyny), oraz prof. Aleksander Stopczański (z chemii).

Wytyczne punkta statutu »Fundacyi Nobla« są następujące: 1) organ. przyznający nagrody, uwzględni te tylko przedstawienia do nagród, które otrzyma przed 1 lutego w ciągu roku bezpośrednio poprzedzającego 2) Tylko te prace mogą ubiegać się o nagrodę, które już zostały ogłoszone drukiem. 3) Podania ubiegających się o nagrodę, skierowane do organów przyznających nagrody, a nie do organów przedstawiających, pozostaną bez skutku. 4) Ogłoszenie nazwisk autorów nagrodzonych następuje corocznie w dniu śmierci testatora, t. j. 10 grudnia. 5) W razie równorzędności praw do nagrody dwóch kandydatów może ona być podzielona na dwie, w równej mierze.

* »Przegląd felczerski«, — dwutygodnik, — zaczął wychodzić w Warszawie od dnia 1 b. m., pod redakcyą Dra Radziszewskiego. Pierwszy zeszyt obfituje w poważną treść i wydany starannie. Nowemu wydawnictwu szczerze życzymy powodzenia.

* Z powodu pojawienia się moru w Neapolu wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych zarządzenie do poszczególnych władz krajowych, ażeby, działając w porozumieniu z zarządami kolei żelaznych, czuwały nad podróżnymi, zwłaszcza przybywającymi z Neapolu, a w razie przypadku podejrzanego, zawiadamiały najkrótszą drogą ministeryum spraw wewnętrznych.

* Program uroczystego obchodu 80-tej rocznicy urodzin Virchowa jest następujący: uroczystość odbędzie się dnia 12 b. m. t. j.

w przeddzień dnia urodzin, który jubilat pragnie spędzić na łonie rodziny. W południe odbędzie się zwiedzanie nowych zbiorów anatomopatologicznych im. Virchowa, na które jubilat zaprosi osobnymi biletami. O godzinie 6-tej nastąpi obiad w uroczystościowej sali pruskiej Izby deputowanych, na który proszeni będą: rodzina Virchowa, najbliżsi przyjaciele i zagraniczni delegaci, a zaraz potem, o godzinie $8^1/_2$, uroczyste zgromadzenie w wielkiej sali posiedzeń wspomnianej Izby deputowanych, pod przewodnictwem Waldeyera. Kolejność przemówień zostanie uporządkowana w przeddzień uroczystości. Wstęp na salę za biletami, po które zgłaszać się należy do prof. Posnera *(Berlin, SW., Anhaltstrasse 7)*. Damy również mogą wziąść udział w tem zgromadzeniu i w tym celu zastrzeżono dla nich kilka trybun.

* Rząd rosyjski wydał rozporządzenie, ażeby przy przewożeniu kolejami osób chorych na umyśle, pokąsanych przez psy wściekłe i trędowatych, zarządy dróg żelaznych wymagały świadectw lekarskich, według orzeczenia których mają być użyte wagony, przeznaczone specyalnie do przewożenia takich podróżnych, i nad nimi rozciągnięty stosowny nadzór.

* W Arbois wystawiono pomnik dla Pasteura. Przy odsłonięciu przemawiał minister dla kolonij, Decrais, który oświadczył, że zamierzył z Instytutu Pasteurowskiego wysłać Komisyę do Brazylii, w celu badania żółtej febry.

* Podczas ostatniego Zjazdu lekarzy niemieckich w Hamburgu obradował »Wolny związek lekarskiej prasy niemieckiej«. Ewald wygłosił referat »O prawie repliki i dupliki w prasie lekarskiej«, a Eulenburg »O wprowadzeniu i ocenianiu nowych leków przez prasę lekarską«. Przy omawianiu tych referatów powzięto szereg ważnych rezolucyj. Na przyszłe zgromadzenie wybrano Wiedeń.

* Akademia Umiejętności w Berlinie, oraz duńska Akademia w Kopenhadze, postanowiły zebrać cały materyał literacki medycyny starożytnej pod tytułem: »Corpus veterum medicorum«. W tym celu wybrano Komisyę, którą czeka ciężka praca przeszukania wszystkich bibliotek wschodu i zachodu, które posiadają greckie rękopisy.

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajny prof. Bonhoff mian. został prof. zwyczajnym higieny w Marburgu. Dr. Simmens mian. prof. nadzwyczajnym anatomii w Brooklynie. Dr. Blake Baldwin mianowany prof. dermatologii w Chicago.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jerzy Jabłonowski, pierwszy asystent i kustosz anatomiczno-biologicznego Instytutu w Berlinie, licząc lat 43. Dr. Markoe, prof chirurgii, zmarł w Nowym Jorku, w 82 roku życia. Dr. Lavrence, prof. położnictwa, zmarł w Bristolu, licząc lat 53.

Bibliografia:

— Dr. Lamberg: **Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.** Autor przez długi szereg lat był lekarzem Towarz. ratunkowego w Wiedniu. W książce tej bogaty nabytek swego doświadczenia zestawił zwięźle, pouczająco i przejrzyście. Treść tego dziełka wyszła również w postaci obszernej tablicy ściennej tak, ażeby mogła być zawieszoną w szkołach, teatrach i innych lokalach publicznych i służyć do pouczenia laików, jak należy dać pierwszą pomoc w wypadkach, zanim przybędzie lekarz.

— *Gazety lekarskiej* Nr. 39 i 40 — nie otrzymaliśmy.

— *Medycyna* Nr. 40. Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia pacierzowego (c. d.). Lachs: Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historyi ginekologii. (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Neugebauer: Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. (c. d). Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 1. Radziszewski: Słowo wstępne. R.: Szczepienie ochronne krowianki. Cetnarowicz: Zapalenie ropne oczu u noworodków i zapobieganie jego powstawaniu. Duńczyk. W kwestyi felczerskiej. R.: Kilka słów o postępowaniu w czasach przedantyseptycznych. Stasiński: O cewnikowaniu. R.: Wiadomości z bakteryologii. R.: Rozpoznawanie ciąży.

— *Zdrowie* Z. 10. Barszczewski: Wpływ gorsetów na ustrój kobiecy w świetle badań promieniami Röntgena. Danielewicz: Śmiertelność dzieci warszawskich w pierwszym roku życia. Malewski: Przyczynek do klimatologii i zdrowotności Nałęczowa i jego okolic.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Čumpelík: Příspěvek k symptomatologii delirium trementis. (dok.). Semerád: Pokus sebevraždy směsí dvojchromanu a ferrokyanidu draselnatého. Smrt otravou chromovou.

— *La Presse médicale* Nr. 79. Roger: Ospa w Paryżu, statystyka pierwszego półrocza 1901 r. — Vidal: W sprawie cytodyagnostyki. Crosti: Jeden szczegół, odnoszący się do operacyi Bassiniego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Türk: Przyczynek do rozpoznawania zrostów osierdzia i wady zastawki trójkończystej. Donath: Przyczynek do nauki o amuzyi (brak zmysłu muzykalnego), oraz opis przypadku amuzyi instrumentalnej przy poczynającem się porażeniu postępowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Grohé: Znaczenie włókien sprężystych w sprawach patologicznych, zwłaszcza odrodczych. Schiller: Przypadek zgrubienia kości czaszkowej pod postacią guza. Hölscher: Przypadek chirurgicznie wyleczonego ropnia w płacie skroniowym mózgu, powstałego wskutek ropnego zapalenia ucha środkowego. Klebs: *Diplococcus semilunaris* towarzysz gruźlicy. Marx: Przypadek cięcia cesarskiego, spowodowanego rozmiękczeniem kości miednicznych. Gross: Przypadek ciała obcego w nosie. Goldschmidt: Przypadek białaczki rzekomej, przebiegającej z gorączką przepuszczającą i jednoczesną moczówką cukrową. Peters: Z praktyki wiejskiej. Emmerich: Porównawcze doświadczenia z różnymi systemami do wziewań. Marcuse: Przyczynek do medycyny średniowiecznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 40. Schultze: Przyczynek do leczenia wąglika. Krebs: Pocenie się w szafkach z światłem elektrycznem, oraz w szafkach ogrzanych powietrzem gorącem. Stein: Wytwarzanie protezy przez podskórne wstrzykiwanie parafiny (dok). Voss: O osobliwej postaci dusznicy bolesnej. Oeder: Jak długo żyć może człowiek chory na cukrzycę, jeśli do choroby tej przystąpi gruźlica płucna?

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Ascoli i de Grazia Stosunek pośrednich produktów rozkładu białka w moczu *(Eiweisschlacken)*. Bloch i Hirschfeld: O białych ciałkach krwi we krwi i w szpiku kostnym w Biermerowskiej niedokrewności postępowej. Hirschfeld: Czy limfocyty są zdolne do ruchów pełzakowych? Hellin: O zapadaniu się płuc w odmie piersiowej, oraz uwagi o wypełnianiu się płuca powietrzem i o odmie piersiowej obustronnej. Leclercq: O wydzielaniu się kwasu siarkowego związanego przy stałem pożywieniu pod wpływem wody i soli karlsbadzkiej, oraz wody i piwa.

Redakcya otrzymała: Dłuski: O sanatoryach. Browicz: O pochodzeniu substancyi skrobiowatej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 16 października, o godzinie 6-tej wieczorem, w ***sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Dr. Gliński demonstrować będzie okazy anatomiczno-patologiczne; 2) kol. Dr. Droba wyłoży rzecz p. t. „Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 19 Października 1901. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy (trocheoplastyki).

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Zamknięcie wielkich bliznowatych ubytków tchawicy, czyli tak zw. tracheoplastyka (bronchoplastyka podług Dieffenbacha), przedstawia zawsze znaczne trudności. Trudności te wzmagają się dlatego, ponieważ ubytki podobne łączą się zazwyczaj z cieśnią krtani i tchawicy. Dlatego też zamknięcie podobnych przetok jest dozwolone tylko wtedy, jeżeli objawy towarzyszącej cieśni dróg oddechowych zostaną usunięte. Proste odświeżenie brzegów ubytku i zeszycie nie wystarcza w podobnych przypadkach, gdyż sztywne brzegi trudno dają się zbliżyć, a w razie zeszycia rana poddaje się parciu powietrza wydechanego.

Bronchoplastyka Dieffenbacha[1]) obejmuje 5 metod operacyjnych: z tych 2 odnoszą się do pokrycia małych, a 3 do pokrycia większych ubytków. Cztery pierwsze polegają na odświeżeniu brzegów przetoki i zbliżeniu ich szwami różnego rodzaju, a względnie dodawaniu cięcia zwalniającego. Piąta metoda Dieffenbacha polega na tworzeniu językowatych płatów, zwijaniu ich naokoło własnej osi i zatykaniu nimi ubytków w postaci czopów.

Metoda, polecona przez Larreya[2]), polegająca na odpreparowaniu z sąsiedztwa ubytku 2 płatów, zbliżeniu ich do siebie i zeszyciu w linii środkowej, nie prowadziła zazwyczaj do celu, ponieważ po tym zabiegu powstawała znaczna odma podskórna, wywołana dostaniem się powietrza wydechanego do tkanki podskórnej.

I. Roux[3]) starał się zapobiedz odmie podskórnej przy operacyi podanej przez Larreya w ten sposób, że dodawał z boku przetoki cięcie, drążące do światła tchawicy i w przewód tak utworzony wprowadzał cewnik, który dopiero po zrośnięciu się płatów usuwał.

Velpeau[4]) podał metodę podobną do metody Dieffenbacha. Odpreparował on ze skóry szyi powyżej ubytku płat językowaty, zwijał go naokoło swej osi i zatykał tak utworzonym czopem ubytek. Następnie przeszywał na wylot długą igłą brzegi ubytku i płat i zakładał szew w postaci 8.

Balassa[5]) okrawywał przetokę cięciem czworobocznem i wszywał w tak okrwawiony ubytek płat czworoboczny, wzięty ze skóry poniżej ubytku w ten sposób, że powierzchnia skórna płatu zwróconą była ku światłu tchawicy. Szypułkę płatu przecinano po wrośnięciu jego w ubytek.

Z późniejszych sposobów najwięcej znany jest sposób Rieda[6]), podany w r. 1863, polegający na szerokiem odświeżeniu brzegów ubytku w postaci sześcioboku i pokryciu go odpowiednio ukształtowanym płatem ze sąsiedztwa.

Nélaton[7]) poleca w celu pokrycia podobnych ubytków, plastykę, polegającą na wszyciu w ubytek podwójnych, nakrywających się płatów (*autoplastie par double superposition*).

Nélaton użył tego sposobu z korzyścią najpierw do pokrycia wrodzonego ubytku cewki moczowej w przypadku wierzchniactwa (*epispadiasis*) i poleca go również do pokrywania ubytków tchawicy. Przy ubytku tchawicy odpreparowywał po jednej stronie ubytku płat półkolisty z nasadą, sięgającą do brzegu ubytku. Płat ten odwracał powierzchnią skóry ku światłu tchawicy. Następnie odpreparowywał po przeciwnej stronie szyi podobny płat, jednak o nasadzie oddalonej od brzegu ubytku, a którego wierzchołek sięgał do brzegu ubytku. Tym drugim płatem pokrywał pierwszy w ten sposób, że powierzchnie okrwawione obu płatów stykały się ze sobą, następnie przyszywał jeden płat do drugiego.

Hüter[8]) polecił przy znacznych ubytkach tchawicy metodę podobną do sposobu Nélatona, polegającą na eliptycznym okrojeniu ubytku w pewnej odległości od jego brzegów, wwinięciu tak oddzielonej skóry ku wewnątrz, zbliżeniu brzegów jej zapomocą pogłębionych szwów i pokryciu tak powstałego eliptycznego ubytku dwoma czworobocznymi podwójnie uszypułkowanymi płatami ze sąsiedztwa.

Léon le Fort[9]) poprowadził naokoło ubytku cięcie okrężne, okalające ubytek, któremu przez wycięcie rąbków skóry u góry i u dołu nadał kształt eliptyczny. Na 5 mm. od cięcia okalającego przetokę poprowadził podobne cięcie drugie, równoległe do pierwszego, następnie wyciął powierzchowny rąbek skóry, objęty pomiędzy oboma cięciami; w ten sposób uzyskał 2 naprzeciw siebie leżące powierzchnie okrwawione, które zbliżył do siebie 5 szwami, zamykając w ten sposób przetokę. Po wyjęciu szwów 6 dnia po operacyi rana

[1]) Dieffenbach: Die operative Chirurgie I. Tom. Str. 507—511 Lipsk 1845.

[2]) I. F. Malgaine, Léon le Fort. Manuel de Medecine operatoire, 8 wyd. Paryż 1874. II część S. 285 i nn.

[3]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.*

[4]) *ibidem.*

[5]) por. Günter Lehre von den blutigen Operationen. 71. Zeszyt. Lipsk 1864. S. 253 i nn.

[6]) Jenaische Zeitschr. für Med. u. Nat. Tom. I. 1864 str. 370 i Szymanowski, Uhde. Handbuch der operativen Chirurgie Brunszwik 1870 Str. 357 i nn.

[7]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.* I część 162, II część str. 286.

[8]) C. Hüter: Tracheotomie und Laryngotomie. Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie red. v. Pitha und Billroth. Tom III, I Część, 5 zeszyt. Erlanga 1872 str. 76.

[9]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.*

zrosła się na całej długości, powstała tylko mała przetoka, która zabliźniła się po kilku przeżeganiach kamieniem piekielnym.

Na zasadzie podobnej do metody Hütera i Nélatona polega plastyka, podana przez Roberta Abbego[10]) z nowego Jorku. U 45-letniego mężczyzny ze znacznym ubytkiem przedniej ściany krtani i tchawicy wskutek doznanego urazu, który już kilkakrotnie, jednak bezskutecznie, pokrywano, wykonał Abbe najpierw tracheotomię dolną, następnie odświeżył brzegi przetoki, okolił ją dwoma długiemi cięciami łukowatemi, odpreparował ze skóry poniżej przetoki, okolonej cięciami łukowatemi, wielki płat owalny, obrócił go powierzchnią skóry ku światłu przetoki, odświeżył na brzegach i wszył w przetokę dwoma rzędami szwu kuśnierskiego z cienkiego katgutu. Następnie podminował skórę po obu stronach szyi, podłożył pod nią płat i zeszył skórę ponad nim w środku, musiał jednak przedtem w odległości $1^3/_4$ cala od rany poprowadzić cięcia zwalniające. Rana zgoiła się przez rychłozrost, a rurkę tracheotomijna usunięto 5 dnia po operacyi. Chory opuścił szpital z zupełnie dobrą fonacyą.

P. Berger[11]) radzi pokrywać ubytki podobne za pomocą 2 warstw. Obok otworu przetoki prowadzi on 2 boczne cięcia półeliptyczne, odpreparowuje je w postaci kołnierzy aż do brzegów przetoki, później odwraca je powierzchnią skóry ku jamie tchawicy i przyszywa do siebie na wolnym brzegu cieniutkim katgutem. Na drugiem posiedzeniu pokrywa zrośniętą ze sobą pierwszą warstwę dwoma płatami bocznymi w postaci mostu, utworzonymi ze skóry szyi po obu bokach, które zeszywa ze sobą w linii środkowej.

Jak z powyższego zestawienia okazuje się, starano się głównie w czworaki sposób pokrywać ubytki przedniej ściany tchawicy: 1) przez odświeżenie i zeszycie brzegów ubytku (Dieffenbach, le Fort); 2) albo przez pokrycie ich płatami pojedynczymi, zwróconymi okrwawioną stroną do światła tchawicy (sposoby Larreya, Roux, Rieda); 3) albo przez wszczepienie w odświeżone brzegi ubytku płatów językowatych ze sąsiedztwa, zwiniętych naokoło swej osi (Dieffenbach, Velpeau); albo też 4) przez pokrycie ich płatami podwójnymi z których wewnętrzne zwrócone były powierzchnią skóry do światła tchawicy, zewnętrzne zaś je pokrywały (sposoby Balassy, Nélatona, Hütera, Abbe'go, Bergera). Sposoby ostatnie miały tę wyższość nad trzema pierwszymi, że stwarzały niejako stosunki prawidłowe, gdyż przednia ściana tchawicy dostawała przytem pokład nabłonkowy, nadto powietrze wydechane przy użyciu tych sposobów nie mogło tak łatwo powodować odmy podskórnej.

W ubiegłym roku zgłosił się do mnie 14-letni chłopiec z rozległym ubytkiem w górnej części tchawicy, spowodowanym długiem noszeniem kaniuli (po przebytej przed 5 laty błonicy z wytworzeniem się ziarniniaka i zwężeń, wymagających laryngofisury i rozszerzania). Gdy zastanawiałem się nad wyborem sposobu operacyjnego, wpadło mi na myśl, czyby nie można wyzyskać znacznej ciągliwości skóry szyi do wytworzenia przedniej ściany tchawicy. W jaki sposób to mi się udało osiągnąć, okazuje się z przytoczonej poniżej historyi choroby.

J. P., lat 14, ze Lwowa, przebył w kwietniu 1895 r. ciężkie zapalenie dławcowe krtani, przyczem z powodu objawów duszenia się wykonano tracheotomię górną; kaniulę usunięto 12-go dnia po operacyi. Do chorego zostałem wezwany po raz pierwszy w cztery tygodnie po wykonanej tracheotomii, t. j. w połowie maja 1895, celem wykonania ponownej tracheotomii z powodu ponownie powstałych i wzmagających się objawów duszenia się, spowodowanych wytworzeniem się ziarniniaka *(granuloma)*. Musiałem wykonać wtedy laryngotracheotomię, ponieważ pierwsza operacya była laryngotomią, t. j. przecięto chrząstkę pierścieniową. Przy powtórnej laryngotomii usunięto ziarniniaka łyżeczką ostrą przez ranę laryngotomijną. Z powodu objawów zwężenia tchawicy i wzmagającej się ponownie duszności, pomimo noszenia kaniuli, wykonałem 10 czerwca 1895 r. przy pomocy laryngologa Dra L. Gluzińskiego laryngofisurę (przecięcie chrząstki tarczykowej i pierścieniowej), przyczem okazało się, że przyczyna zwężenia



Fig. 1.

tkwiła w utkaniu bliznowatem, ułożonem w kształcie sino zabarwionego wału, tuż poniżej więzadeł prawdziwych; utkanie to wycięto małemi nożyczkami. Górną część rany, t. j. miejsce wycięcia blizny, zatamponowano gazą jodoformową, wprowadzono kaniulę, ranę zwężono szwami. Tampon usunięto 11 czerwca. W 10 dni po operacyi wyjęto kaniulę pomimo zakazu. Dnia 25 czerwca 1895 r. wystąpiły objawy ponowne duszności; endolaryngealnie stwierdzono: obrzęk w postaci szarawo zabarwionych 2 bocznych wałów, obustronnie ułożonych, tuż poniżej strun głosowych. Po wprowadzeniu najcieńszego numeru rozszerzadła Schröttera wystąpiły objawy duszenia się; dlatego po odbytej naradzie z laryngologami: Dr. L. Gluzińskim i lekarzem sztabowym Dr. Terenkoczy'm, wykonałem bezzwłocznie przy ich pomocy laryngofisurę. Przyczyną zwężenia okazały się 2, ułożone jeden nad drugim wały tkanki ziarninowej; tkankę tę usunięto częścią nożyczkami, częścią łyżeczką ostrą. Wprowadzono kaniulę Nr. 2, górną część krtani wytamponowano gazą sublimatową, ranę zespojono trzema szwami, chrząstki tarczykowej nie szyto. Drugiego dnia po operacyi usunięto tampon, kaniulę pozostawiono na trwałe.

Odtąd pozostawał chory w leczeniu laryngologów; leczenie to polegało na wyskrobywaniu i przyżeganiu ziarniny, częścią endolaryngealnie, częścią przez ranę tracheotomijną i wprowadzaniu rozszerza-

[10]) Robert Abbe. Plastic operation for closure of a large larynge al fistula. Annals of Surgery 1887, Vol V. str. 318. i nn.

[11]) P. Berger. Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une autoplastie. Bullet et mém. de la Soc. de Chirur. Paris 1889 n. v. tome XV str. 684.

deł cynowych, począwszy od Nr. 4 do 13. Od marca 1900 r. ziarniny więcej się nie pojawiły, a cieśń tchawicy została trwale usuniętą.

Chory zgłosił się do mnie znowu w początku sierpnia 1900 r. celem usunięcia znacznego ubytku przedniej ściany tchawicy, wywołanego noszeniem kaniuli przez 5 lat. Stan jego był następujący: bardzo dobrze rozwinięty, o czerstwem wejrzeniu. Okolicę dolnej części krtani i górnej tchawicy zajmuje podłużny ubytek, mający 1 ctm. 7 mm. w wymiarze pionowym, zaś 8 mm. w wymiarze poziomym. Błona śluzowa w zakresie ubytku tchawicy jest blada, prawie biała, zbliżona wejrzeniem do utkania skóry; tylną ścianę ubytku w środku stanowi chrząstka pierścieniowata, stercząca nieco do światła ubytku, jako biała, pagórkowato — wzniesiona, poprzecznie ułożona listwa. (por. *Fig. I*). Brzegi ubytku przechodzą zupełnie niewidocznie w utkanie skórne szyi. Skóra w otoczeniu przetoki jest w kilku miejscach bliznowato zaciągnięta. Fonacya przy zamkniętym ubytku jest dość głośna i wyraźna, jednak głos ma oddźwięk nieco chrypliwy.

Gdy chory przyzwyczaił się znowu do wprowadzania rozszerzadła, i przekonano się, że zatkanie staranne ubytku przylepcem przez trzy doby dobrze znosi, wykonałem dnia 23 sierpnia 1900 r. plastykę ubytku w spósób następujący:

Po zachloroformowaniu chorego i ułożeniu w pozycyi R o s e g o, ujął asystent skórę szyi po obu stronach ubytku w dwa możliwie wielkie fałdy, które uniósł do góry, ja

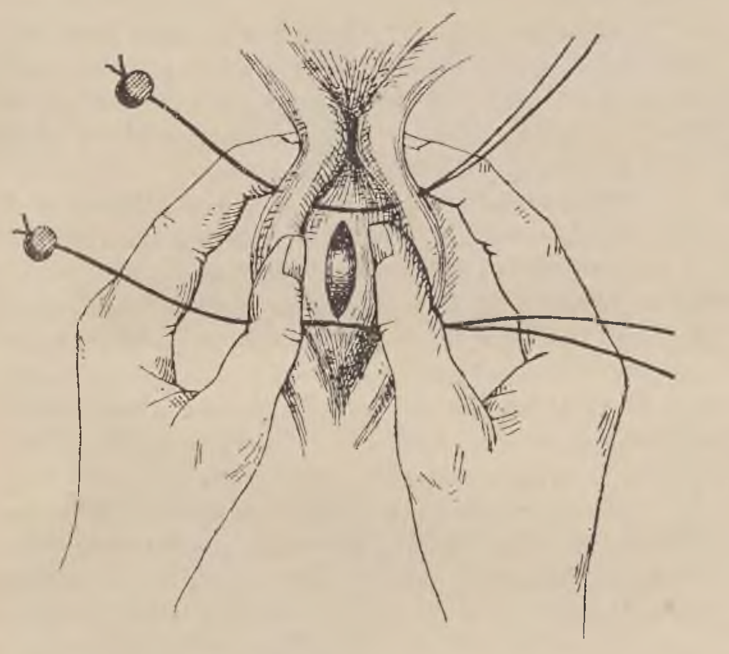


Fig. II.

zaś przeszyłem oba fałdy na wylot w wysokości górnego i dolnego końca przetoki szwem wałeczkowym z gazy jodoformowej (por. *Fig. II*).

Po związaniu tych szwów oba fałdy przystawały do siebie, przepuszczając w środku tylko wąziutką szparę i zamykając prawie zupełnie przetokę (por. *Fig. III*). Teraz wyciąłem zapomocą nożyczek krzywych i szczypczyków haczykowatych z wewnętrznego brzegu obu fałdów możliwie szerokie rąbki powierzchownej warstwy skóry, również na końcu obu fałdów po klinowym rąbku skóry, przez co powstały dwie naprzeciw siebie leżące powierzchnie okrwawione, mające razem wzięte kształt wydłużonej elipsy (por. *Fig. III*). Tak okrwawione szeroko powierzchnie ranne zbliżyłem do siebie, założywszy trzy głębokie szwy węzełkowe z jedwabiu, przechodzące przez całą głębokość rany i dodając szew kuśnierski z cienkiego jedwabiu, wzdłuż całej długości rany.

W ten sposób ubytek przedniej ściany krtani i tchawicy został pokryty skórą sąsiednią szyi, wwiniętą ku wewnątrz, a przednią ścianę krtani i tchawicy w zakresie ubytku tworzyły teraz szeroko do siebie zbliżone powierzchnie ranne dalszej części skóry szyi. Opatrunek z gazy jodoformowej. Przez dwa następne dni chory oddychał swobodnie,

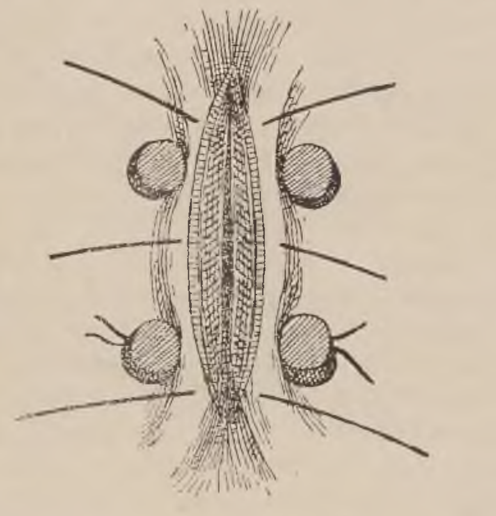


Fig. III.

tylko wykrztuszał wiele śluzu. Szew materacowy usunięto drugiego dnia po operacyi, gazę jodoformową zastąpiono sublimatową z powodu wyprysku. Resztę szwów usunięto 30 sierpnia. W miejscu założenia dwu szwów głębokich powstały dwie małe przetoki, łączące się ze światłem tchawicy, które po dwurazowem przepaleniu kamieniem piekielnym zabliźniły się trwale. Chory jest obecnie zupełnie zdrów, blizna na szyi jest prawie niewidoczna, a fonacya prawie zupełnie prawidłowa. Z powyższego okazuje się, że sposobem przezemnie użytym, bardzo prostym, daje się w pewnych przypadkach osiągnąć tosamo, co dotychczas osiągano zapomocą plastyki płatami podwójnymi, nakrywającymi się. Myślą przewodnią tego sposobu jest zatem zużytkowanie ciągliwości i sprężystości skóry, otaczającej przetokę, a sposób polega na przeciągnięciu jej ku wewnątrz, sfałdowaniu, szerokiem odświeżeniu powierzchownem i zbliżeniu zapomocą głębokich szwów. Odświeżanie głębokie aż do tkanki podskórnej nie byłoby wskazanem, z powodu obawy odmy podskórnej. Wobec szerszych ubytków możnaby ułatwić sobie przybliżenie obu fałdów poprowadzeniem w pewnej odległości od ubytku obustronnie cięć zwalniających.

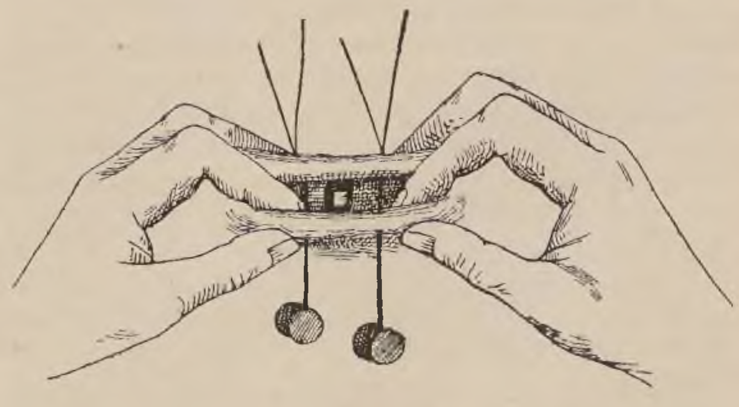


Fig IV.

Zresztą możnaby wobec podobnych ubytków zamiast tworzenia fałdów pionowych po obu bokach przetoki ująć skórę powyżej i poniżej przetoki w podobne fałdy poprzeczne, założyć szwy wałeczkowe w kierunku pionowym i poprzecznie odświeżyć i zeszyć ranę (por. *Fig. IV*). W ten

sposób uzyskałoby się poprzeczną, bardzo mało widoczną bliznę, gubiącą się w fałdach szyi, podobnie jak przy podwiązaniu tętnic tarczykowych przy wólu sposobem Rydygiera, lub wyłuszczeniu wolu sposobem Kochera.

Wobec bardzo znacznych ubytków w przypadkach, w których brakuje znaczniejsza część przedniej ściany tchawicy, sposób ten plastyki prawdopodobnie nie wystarczy; w tych przypadkach byłyby wskazane operacye osteoplastyczne, a mianowicie, albo przeszczepienie płatu skórno okostno kostnego z mostka podług Schimmmelbuscha[12]), albo też podobna plastyka z obojczyka, polecona przez Photiadesa i Lardyego[13]).

W ostatnich czasach poleca F. König[14]) *junior* zamknięcie ubytków mniejszych chrząstki pierścieniowatej zapomocą płatów skórno okostno chrząstnych, wziętych z samej krtani, tj. z chrząstki tarczykowej; Mangoldt[15]) poleca w tym celu wszczepianie oddzielonej chrząstki żebrowej. Zdaje mi się jednak, że oba ostatnie sposoby, jako bardziej powikłane, nie znajdą wiele praktycznego zastósowania.

Wreszcie muszę wspomnieć, że Küster[16]) w przypadku bardzo rozległego ubytku tchawicy odpreparował dolny koniec ubytku ze zrostów i przyszył go do górnego; jednak nie udało mu się w ten sposób osiągnąć zupełnego zamknięcia ubytku.

W przypadkach, w których ubytek zamjuje znaczną część obwodu tchawicy tak, że z niej pozostała tylko tylna ściana, należałoby myśleć o resekcyi tchawicy. Myśl do tej operacyi podał Küster, wspominając o swoich próbach zaszycia podobnego ubytku; operacya ta, o ile mi wiadomo, — nie była dotychczas wykonaną, jednak należałoby przekonać się o jej wykonalności drogą doświadczalną.

II. Z instytutu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Podał
Dr. J. Krzyszkowski
asystent Instytutu.

(Dokończenie).

Drogą zakażenia: koniecznym biegiem rzeczy zastanowić się należy nad nią w naszym przypadku. Tak u zwierząt jak i uczłowieka znamy trzy bramy wtargnięcia zarazka; skóra, narząd oddechowy i przewód pokarmowy; odpowiednio do tego niemieccy autorowie rozróżniają *Impfmilzbrand*, *Inhalationsmilzbrand* i *Intestinalermilzbrand*. Że nie mamy tu do czynienia z pierwszą postacią, charakteryzującą się u człowieka wytworzeniem się t. zw. czarnej krosty, (karbunkułu, *pustula maligna)* łatwo osądzić już z oględzin zewnętrznych zwłok; pozostają więc dwie następne, t. j. postać płucna i postać jelitowa (*mycosis intestinalis*).

We wszystkich rodzajach zakażenia wąglikowego, jako objaw uogólnienia się w końcowym okresie, może przyjść do wybroczyn, nadżerek i owrzodzeń w całym przewodzie pokarmowym. Obecność jednak tak rozległego owrzodzenia w jelicie biodrowem nasuwa w pierwszym rzędzie przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z pierwotną postacią jelitową. Jednak już makroskopowo przeciwko temu przemawia brak wybitnego obrzęku zapalnego tego miejsca, brak obrzęku krezki i gruczołów najbliższych i brak odczynu na otrzewnej, a mikroskopowo wytłómaczenie wielkości owrzodzenia mamy w obecności w dnie gruzełków i mas serowatych i ztąd też to atypowe wejrzenie wrzodu. Owrzodzenie to uważam więc za wrzód gruźliczy, zakażony następowo prątkami wąglika, a jaką drogą, czy drogą krwi, czy światła przewodu pokarmowego nastąpiło tu zakażenie, wyjaśnię poniżej.

Dominujące zajęcie gruczołów chłonnych śródpiersia uprawnia do szukania bramy wtargnięcia w najbliższem otoczeniu, a więc w oskrzelach, względnie w samym miąższu płucnym. I rzeczywiście, obrazy mikroskopowe, gdyż na tych tylko możemy się oprzeć, znalezione w naszym przypadku odpowiadają obrazom podanym przez Eppingera, przy tak nazwanej *Hadernkrankheit*. Mamy ostre zapalenie oskrzeli, wywołane obecnością prątków wąglika. Prątki te leżą w świetle oskrzeli i pęcherzyków wśród i po pod nabłonkami, dalej spotykamy je jużto w tkance śródmiąższowej pomiędzy pęcherzykami, jużto w tkance około oskrzelowej i w opłucnej, *„lymphangio-et lymph-adeno invasio bacillaris pulmonum et pleurae“* z następową *„lymphadenitis bacillaris et pneumania serosa bacillaris“* Eppingera.

Zmiany w żołądku i jelitach uważam za zakażenie, powstałe od strony światła przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, a nie drogą przerzutów naczyniami krwionośnemi; za tem przemawia brak zatorów mykotycznych w naczyniach danych miejsc i umiejscowienie prątków głównie na powierzchni błony śluzowej (żołądek-dwunastnica). Wybroczyna i owrzodzenie w jelicie biodrowem, jako co do czasu dawniejsze, okazują też i zmiany głębsze w ścianie, a prątki jednak i tu leżą poza naczyniami.

Odpowiednio do wyniku badania bakteryologicznego i histologicznego rozpoznanie obecnie brzmieć będzie:

Anthrax ex aspiratione: *Bronchitis acuta*, *oedema inflammatorium pulmonum*, *lymphangoitis*, *mediastino-lymphadenitis haemorrhagica*, *exudatum pleuriticum serosum*, *lymphadenitis hemorrhagica glandularum colli*, *meningitis hemorrhagica convexitatis cerebri*. *Mycosis intestinalis ex ingestis*. *Hemorrhagiae cutis et cerebri*, *tumor lienis acutus*, *anthraco bacillaemia*.

Miałem więc do czynienia z ogólnem zakażeniem prątkami wąglika drogą narzadu oddechowego, z postacią płucną, czyli z tak zwaną *Hadernkrankheit*.

Hadernkrankheit niemieckich a *Woolsortersdisease* angielskich autorów są jedną i tą samą oddawna znaną sprawą chorobową. Zanim poznano wywołującego ją mikroba, zdawano już sobie dokładnie sprawę z obrazu klinicznego i przebiegu tej choroby, uważano, że powód jej tkwić musi

[12]) Schimmelbusch: Tracheoplastik. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXII. Congress, 1893.

[13]) Photiades, Lardy: Destruction partielle de la trachée et rétrécissement du calibre trachéal sur toute son étendue: plastique trachéo-laryngée, guerison. Revue méd., de la Suisse romande. Genève 1893, Nr. 1.

[14]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXVI. Kongress, 1897.

[15]) F. v. Mangoldt (Dresden). Ueber die Einpflanzung von Rippen-Knorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Narbenstenosen und Defekte. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XYVIII. Kongress, 1899.

[16]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXII. Kongress, 1893.

w zawodzie osobników, względnie w pewnych gatunkach „szkodliwych“ szmat i wełny, zawierających w sobie rodzaj „jadu“, *Blutgift*. Za ten szkodliwy materyał zdawna uważano skrwawioną wełnę amerykańską i wełniane szmaty, (onuczki *Schuhfetzen*), pochodzące z Węgier. W tym też to czasie powstały nazwy: *Hadernkrankheit* i *Woolsortersdiseas*, któremi ściśle określano tylko ten rodzaj zawodowego zakażenia. Zakażenie to jest ściśle związane z pracą zawodową. Podpadają mu głównie robotnice, zajęte czyszczeniem i sortowaniem szmat i robotnicy, zajęci czyszczeniem i sortowaniem wełny owczej. W moim przypadku zakażenie związane było także z pracą zawodową, z czyszczeniem i sortowaniem włósia końskiego. To źródło zakażenia jest też dobrze znane i opisywane, a Gruberowi udało się nawet z podejrzanego włosia wyhodować czyste kolonie wąglika. Badaniem przypadków *Hadernkrankheit*, pojawiających się od czasu do czasu epidemicznie w styryjskich zakładach przemysłowych, zajmowali się Kundrat i Krannhals, a do ostatecznego wyświetlenia sprawy, przyczynili się Paltauf, a głównie Eppinger. Ten ostatni zebrał liczby statystyczne ze wszystkich przypadków styryjskich, a zbadał dokładnie bakteryologicznie i histologicznie dziesięć przypadków własnych. We wszystkich otrzymał obrazy i wyniki zgodne: ze zmienionych chorobowo narządów, z wypocin, z płynu mózgowo-rdzeniowego, śledziony i z krwi wszystkich przypadków wyhodował prątki wąglika; wykazał, że one były powodem patologicznych zmian w narządach, a że tak zwana *Hadernkrankheit* jest ogólnem zakażeniem, wywołanem prątkami wąglika, drogą narządu oddechowego z dominującem zajęciem płuc, opłucnych, (gromadzenie się wypociny) i gruczołów okołooskrzelowych.

A więc *Hadernkrankheit* jest postacią płucną zakażenia wąglikowego.

Zakażenie to jest rzadko prostem, niemięszanem; tak jak w postaci skórnej (karbunkuł), tak i w postaci płucnej często spotykano dodatkowo łańcuszkowce, gronkowce, pneumokoki, *proteus* i prątka okrężnicowego. Mój przypadek przedstawia, jak zatem świadczą hodowle, ze śledziony i preparaty ze krwi, ładny typ czystego zakażenia wąglikowego, ogólnej *antraco-baccillaemii*. Makroskopowo zaś odróżnia się wybroczyną śródoponową i dominującem zajęciem gruczołów chłonnych śródpiersia. Kundrat raz stwierdził wybroczynę śródoponową; w przypadkach Eppingera, opony były tylko miernie przekrwione, a nigdzie nie spotkałem opisanego tak znacznego powiększenia gruczołów chłonnych śródpiersia.

To, że zawsze spotykamy znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, że w naczyniach krwionośnych jest prątków wąglika zawsze mniej niż w chłonnych, że w przypadku Hitziga nie wyhodowano z krwi prątków, a natomiast znajdowały się one bardzo obficie w płynie mózgowo-rdzeniowym; to wszystko zdaniem Lubarscha świadczy za tem, że uogólnianie się prątków wąglika w ustroju odbywa się głównie drogą narządu chłonnego. Przedostanie się prątków do ogólnego krążenia może wobec tego nastąpić przez przewód piersiowy, lub też wprost, jak to na preparatach histologicznych wykazał Eppinger, przez wniknięcie do światła żył przez ścianę naczynia.

Obecność źle barwiących się i zwyrodniałych prątków wąglika w dawniejszych ogniskach (w moim przypadku w gruczołach śródpiersia), zdaniem Eppingera i Lubarscha poniekąd tłómaczyć może przypadki wyleczenia. Eppinger oblicza odsetek śmiertelności przypadków austryackich *Hadernkrankheit* na 87% (na 77 zasłabnięć 68 śmierci); angielscy autorowie podają 50%—60% śmiertelności.

Przy każdem zakażeniu wąglikiem, z wyjątkiem *mycosis intestinalis*, dopóki prątki wąglika nie wniknęły do ogólnego krążenia, dopóty są jeszcze widoki wyleczenia. Stwierdzenie prątków wąglika we krwi jest zawsze objawem zapowiadającym zbliżające się (2—3 godzin) zejście śmiertelne.

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Havelock Ellis: **Geschlechtstrieb und Schamgefühl.** Autoris. Uebers. von J. E. Kötscher. Zweite unver. Auflage, Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch) 1901, 8⁰. str. 364 i XIV, oraz XIII tablic.

Dr. H. Ellis, znany angielski badacz zjawiska popędu płciowego i autor licznych uczonych prac, dotyczących spraw płciowych (że wymienię jego prace „Mann und Weib“, oraz „Die kontrare Geschlechtsempfindung“), podaje w dziełku, wydanem pod wyżej wymienionym nagłówkiem, właściwie trzy prace, stanowiące, jego zdaniem, konieczne prolegomena, niezbędne dla zbadania psychologii popędu płciowego.

Ponieważ streszczenie tych trzech prac, pomieszczonych w jednym tomie, a opartych na nader rozległym materyale faktów, mogłoby tylko samemu dziełku przynieść uszczerbek, o ileby czytelnik chciał na przeczytaniu takiego streszczenia poprzestać, przeto uważam za właściwe zaznaczyć tylko ogólnikowo treść tej publikacyi i zwrócić uwagę na jej doniosłość. W pracy pierwszej „O rozwoju uczucia wstydliwości“, stanowiącej niejako pierwszy rozdział całej publikacyi, podaje autor określenie uczucia wstydliwości, poczem rozbierając je wykazuje, że ono opiera się na bojaźni, że posiada podkład płciowy, który opiera się o płciową peryodyczność, że czynnikiem jego jest skłonność do uczucia obrzydzenia. Analizując to uczucie, omawia jego stosunek do zalotności, do ozdabiania się i ubierania, przyczem wykazuje, że przez ubranie ono się potęguje. Postęp cywilizacyi rozpowszechnia uczucie wstydliwości, jednak go nie nasila. W następnej pracy „Zjawisko peryodyczności płciowej“ dowodzi E., że czynności płciowe, tak u człowieka, jak i w świecie zwierzęcym, oraz roślinnym, są okresowe, zależne od wpływów słońca i księżyca. Omawia tu bliżej zjawisko miesiączkowania, stosunek jego do owulacyi, oraz do okresu pory godowej u zwierząt, przyczem dowodzi, że tak przed, jak w czasie po miesiączce zachodzi u kobiet stale podniecenie płciowe, które tylko w czasie szczytu miesiączki, w drodze psychicznej, z powodu uczucia wstydliwości i z obawy, aby u mężczyzny nie obudzić w tym czasie wstrętu, jest utrzymane na wodzy. W dalszym ciągu spotykamy uwagi, tyczące się sprawy peryodyczności pojawów życia płciowego u mężczyzn, np. nocnych zmazań, uwagi tyczące się sprawy wzmagania się popędu płciowego na wiosnę i w jesieni, wahań liczb porodów, zastąpień, zgwałceń, obłąkania i samobójstw wedle pór roku itd., poczem zastanawia się E. nad przyczynami tych peryodycznych zjawisk. Trzecia praca „Autoerotyzm, — studyum o mimowolnych przejawach popędu płciowego“ obejmuje określenie pojęcia autoerotyzmu, przez który E. rozumie zjawisko samoistnego płciowego pobudzenia ze strony drugiej osoby pośrednio lub bezpośrednio, bez jakiejkolwiek podniety, nadto przytacza poszczególne dowody istnienia u człowieka i zwierząt autoerotyzmu, jakoto samogwałt *delectatio morosa*, marzenia na jawie, zmazy nocne, pobudzenia płciowe wśród snu itd. Praca ta obejmuje nadto rozdział o histeryi i jej stosunku do płciowych podnieceń, oraz rozdział wyłącznie poświęcony sprawie samogwałtu. W dodatku, stanowiącym zakończenie dzieła („appendices“)

omówione są „wpływ miesiączki na stanowisko kobiety", „okresowość płciowa u mężczyzn" (przez F. H. Perry-Coste) i „autoerotyczny czynnik w religii".

Całość dziełka napisana jest z wielką powagą i w sposób, który bez znużenia dozwala lekarzowi zagłębić się w sprawy najpotężniejszego z popędów, popędu płciowego, którego bliższem, a tak w nauce lekarskiej ważnem zbadaniem zajęto się niemal dopiero na schyłku przeszłego wieku (Hegar, Moll itd.). Z tego też względu prace, poświęcone badaniu popędu płciowego, należy przyjmować z wielkiem uznaniem, zwłaszcza, że zrozumienie koniecznej potrzeby tych badań nie jest jeszcze ogólne, a każdy autor podobnych prac spotyka się, choćby one wyłącznie dla zawodowców były pisane, ze słowem potępienia, lub conajmniej, z uśmiechem lekceważenia i obojętności. Strona zewnętrzna dziełka zasługuje na uznanie. *Wachholz.*

IV. Wyciągi.

H. Jaeger. **O amebach w czerwonce nagminnej.** (*Berliner klin. Wochenschr.* 1901 Nr. 36). Podczas epidemii czerwonki w Królewcu badał autor wypróżnienia stolcowe cierpiących na tę chorobę, w kierunku obecności w kale ameb. Badania te w 30 przypadkach wykazały w stolcach obecność ameb, które swemi zasadniczemi cechami całkowicie odpowiadały amebom, stale znajdowanym w stolcach przy czerwonce stref gorących (1, wyłączne pojawianie się i znikanie ameb wraz z czerwonką, 2, ich zdolność pochłaniania krwinek czerwonych, 3, ujemny wynik przy próbach hodowania ameb, wreszcie 4, co najważniejsze, dodatnie wyniki szczepienia kotów). Na podstawie tych badań sądzi autor, iż przyczyną czerwonki podczas epidemi w Królewcu (zeszło- i tego rocznej) były ameby, jeśli nie zupełnie identyczne z amebami czerwonki w Egipcie, to w każdym razie bardzo blizko z niemi spowinowacone. Opierając się na wyniku tych badań, oraz na danych z piśmiennictwa, przedewszystkiem zaś na pracach Janowskiego, Hlawy, Quinckego i Roosa, sądzi autor, iż w południowej, wschodniej i północnej Europie czerwonka szerzy się nagminnie już to na tle swoistego zakażenia amebami, już też bez ameb. Prątków, które wykazał Kruse przy badaniach nagminnej czerwonki w prowincyach nadreńskich, a które następnie znajdowali i inni autorowie, Jaeger nie znalazł w żadnym przypadku tegorocznej epidemii, ani też w 3 badanych przypadkach epidemii zeszłorocznej. *Gliński.*

Dr. Polak. **Wyjaławianie ostrych narzędzi chirurgicznych zapomocą wyskoku mydlanego.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 36, 1901). Mikulicz i Hanel wprowadzili pierwsi w roku 1899 wyskok mydlany do rzędu środków, używanych przy wyjaławianiu skóry. Wkrótce potem powzięto myśl, czyby tego wyskoku nie można użyć do wyjaławiania tych narzędzi chirurgicznych, które przy wygotowaniu łatwo ulegają uszkodzeniu lub stępieniu, n. p. noży, igieł i t. d. Badania w tym kierunku przedsięwziął Dr. Polak w Amsterdamie. Do badań swych używał poniklowanych igieł, podobnych do szydła szewskiego. Igły te zanurzał w ropie, branej z ostrych ropni, a zawierającej łańcuszkowce i gronkowce, a głównie złotego gronkowca ropotwórczego. Jeśli gronkowca tego nie było w ropie, dodawał do niej kolonie jego, brane ze świeżych hodowli. Po obsuszeniu igieł, zanurzonych poprzednio w ropie, wkładał je do naczyniek, zawierających rozczyny przetworów przeciwgnilnych, jakoto: wyskok 50% i 100%, sublimat 1: 1000 i 1: 5000, wyskok mydlany, karbol 2 i 5%, formalinę 1: 500 i 1: 1000. Po 25-ciu minutach wyjmował igły i po popłókaniu w wodzie wyjałowionej, wkładał je do pożywek agarowych i przekonał się, że były zupełnie wyjałowione, z wyjątkiem szydeł, włożonych do rozczynów formaliny, która w rozcieńczeniu 1: 500 i 1: 1000 okazała się za słabą, by zniszczyć gronkowce. Doświadczenia te wykazały, że wyskok mydlany zabija podobnie bakterye ropne po 25-ciu minutach, jak karbol 5%, sublimat 1: 5000. Autor próbował dalej, czy i zarodniki wąglika dadzą się zniszczyć zapomocą wyskoku mydlanego, jednak środek ten okazał się za słabym tak, że nawet po trzech dniach działania wyskoku mydlanego na zarodniki wąglika okazywały one siłę żywotną. Następnie starał się autor oznaczyć dokładnie, po jakim czasie wyskok mydlany zabija gronkowce, i w tym celu zanurzał igły, zbrukane ropą, do tego wyskoku na przeciąg 1—2—5—15 i 20 minut. Okazało się, że już po 15 minutach igły były wyjałowione. Działalność przeciwgnilna wyskoku mydlanego polega zdaje się na działaniu samego wyskoku, który w rozczynach 50—60% wyjaławia energiczniej, niż 90%, a nawet absolutny. Dalej przekonał się autor, że jeśli do działania chemicznego wyskoku mydlanego dołączy się mechaniczne, t. j. wycieranie narzędzi zapomocą gazy, zanurzonej w wyskoku mydlanym, to już po 30-tu sekundach narzędzia te są prawie wyjałowione. W końcu przeprowadzał autor doświadczenia nad skutecznością wygotowywania narzędzi we wrzącej wodzie z dodatkiem 20% rozczynu sody i badania jego potwierdziły dość dawno już znany pewnik, że wygotowywanie zabija po pięciu minutach wszystkie bakterye, a nawet zarodniki wąglika.

Na podstawie tych doświadczeń poleca Polak wyskok mydlany jako przetwór, niszczący bakterye ropne po 15-tu minutach, w tych przypadkach, w których chcemy uniknąć psucia się i stępienia narzędzi przez gotowanie, dalej gdzie operujący nie ma czasu na wygotowywanie, lub niema przyrządu wyjaławiającego. Przytem poleca on następujący sposób postępowania: na 15 minut przed operacyą kładzie się narzędzia do wyskoku mydlanego, następnie wyciera się je kawałkiem gazy wyjałowionej, a resztki mydła usuwa się 50% wyskokiem, lub wyjałowionym 3% rozczynem kwasu borowego. Postępowanie takie przydać się może również przy nagłych operacyach położniczych, zwłaszcza przy zakładaniu kleszczy. *Dr. Laberschek.*

Aronheim. **Niedrożność jelit i atropina.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 33, 1901). A. przytacza przypadek niedrożności jelit wskutek nadmiernego nagromadzenia się kału. Niedrożność trwała trzy dni. Czwartego dnia zastrzyknięto 0,003 atropiny. W parę godzin wystąpiły obfite wypróżnienia i chory wyzdrowiał. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schlatter. **Dwa przypadki zranienia nożem przepony, wyleczone przez zeszycie.** (*Münchener med. Wochensch.* Nr. 34, 1901). Przed sześciu laty ogłosił S. przypadek, gdzie przez ranę w klatce piersiowej wypadła sieć. S. sieć odprowadził, a otwór w przeponie, po rozszerzeniu rany w klatce piersiowej, zaszył. Lacher zebrał do roku 1880 36 przypadków ran kłótych, a Schmidt do roku 1898 dalszych 53. Autor opisuje nowe dwa przypadki zranienia przepony. Najwięcej przypadków ran kłótych przepony opisują autorowie włoscy, co się tem tłómaczy, że włosi chętnie używają w bójce noża; i podane przez S. dwa przypadki ran kłótych przepony pochodzą z rąk włochów. W obydwóch przypadkach pchnięcie nożem nastąpiło w bok prawy; w jednym przypadku była zraniona klatka piersiowa między 9 a 10 żebrem, w drugim między 7 a 8; w pierwszym przypadku przecięte było prócz tego 9-te żebro. Ponieważ autor mógł przekonać się palcem, że przepona jest zraniona, rozszerzył ranę w klatce piersiowej przez wycięcie w pierwszym przypadku kawałka 9-tego, a w drugim 7-ego żebra. W przypadku pierwszym rana drążyła do jamy brzusznej, gdzie był skaleczony dość głęboko brzeg wątroby i prawa nerka. Wątroba krwawiła dość silnie. Założono miąższowe szwy na wątrobę i nerkę; ranę w przeponie i ranę w klatce piersiowej zeszyto zupełnie. W drugim przypadku rana przez przeponę do jamy brzusznej nie drążyła, lecz ograniczała się do warstwy mięśniowej. Ranę w przeponie zeszyto, a ranę w klatce piersiowej zmniejszono kilkoma szwami i włożono dren. Po miesiącu chorzy opuścili klinikę zupełnie zdrowi. Początkowo, wskutek ściągnięcia się płuca, wypuk po stronie prawej od dołu był przytłumiony; przytłumienie to znikło w miarę rozszerzenia się płuca. Rany kłóte przepony trzeba koniecznie szyć, gdyż przypadki nieoperowane dają bardzo złe wyniki. Frey oblicza odsetek śmiertelności przypadków nieoperowanych na 87,8%, najczęściej wskutek uwięźnięcia wypadniętych przez ranę w przeponie trzew brzusznych. Ze statystyki Schmidta wypada, że z operowanych przypadków umiera tylko 12%. Co do rozpoznania, to w tych przypadkach, gdzie przez ranę zewnętrzną wypadły trzewa brzuszne, lub gdzie możemy palcem wybadać, jest ono łatwe, w innych przypadkach może być trudne. Dla zrobienia sobie dostępu do rany w przeponie radzą Postempski i Rydygier utworzenie płatu z całej grubości ściany klatki piersiowej. Autorowi udało się dojść do rany w obydwóch przypadkach przez wycięcie kawałka żebra, a w pierwszym, przez siebie ogłoszonym przypadku nawet tylko przez proste rozszerzenie rany zewnętrznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

Avellis. **Krwawienie z tchawicy.** (*Münchener mediz. Wochs.* Nr. 34, 1901). A. opisuje przypadek, w którym długi czas nie można było wykryć przyczyny krwioplucia. Badanie płuc wykazało stosunki zupełnie prawidłowe, a także i chory nie skarżył się na żadne dolegliwości ze strony płuc. Chory zresztą czuł się zupełnie zdrowym. Tylko ze strony przewodu pokarmowego miał dolegliwości, gdyż cierpiał od dłuższego już czasu na zaparcie stolca. Kilkakrotne badanie i dłuższe spostrzeganie wykazały dopiero, że przyczyną krwioplucia jest rozszerzenie żył w górnym odcinku tchawicy na jej przedniej ścianie. Autor przypalił miejsce krwawiące kwasem chromowym. Krwawienie początkowo ustało, lecz później

znów się pojawiło. Rozszerzenie żył objaśnia sobie A. zastojem w nich, wskutek podwyższenia ciśnienia przy każdorazowym stolcu. Autor sądzi, że na sprawę tę dotąd mało zwracano uwagi, a w wielu podręcznikach nie znalazła ona zupełnie uwzględnienia; dwie większe rozprawy znalazł autor w piśmiennictwie włoskiem.

Dr. Teofil Zalewski.

Dr. Alexander (Wiedeń). **O operacyjnem otwarciu wyrostka sutkowego w znieczuleniu miejscowem Schleicha.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 33, 1901). Autor podaje 11 przypadków, w których wykonał wydłutowanie wyrostka sutkowego w znieczuleniu miejscowem; używał on w tym celu silniejszego rozczynu Schleicha (Nr. 1), który wstrzykiwał w skórę wzdłuż linii za małżowiną, na której zamierzał wykonać pierwsze cięcie. Po przecięciu skóry wstrzykiwał warstwowo rozczyn znieczulający do głębszych pokładów części miękich i przecinał dalej. Po oddłutowaniu powierzchownej warstwy kości wstrzykiwał jeszcze głębiej, by znieczulić istniejącą ziarninę, okostną od środka (*endost*) i względnie istotę gąbczastą kości (*diploë*). Chorzy odczuwają dłutowanie kości, jako nieprzyjemne wrażenie dotykowe. By złagodzić niemiłe uczucie, wywołane uderzeniem młotka, owija go Alexander gazą. Ważną jest rzeczą, żeby chory podczas zabiegu zachował jedno i tosamo ułożenie (na wznak, z kończynami ściągniętemi pod pośladki i żeby inna osoba odwróciła jego uwagę, np. rozmową. Najważniejszem i najtrudniejszem do wykonania jest znieczulenie przyczepu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, tylnej ściany błoniastej przewodu usznego zewnętrznego i jamy bębenkowej. Operacya trwa $^3/_4$—1 godziny. Zużywa się 35—70 ctm.[3] rozczynu Schleicha. Wszyscy chorzy zabieg ten dobrze znoszą. Ujemnych następstw nie było żadnych. Przebieg pooperacyjny zawsze był dobry.

(Sprawozdawca, który sam był obecny i asystował autorowi w dwóch z tych przypadków, może z osobistego przekonania się potwierdzić wyższość tej metody, która ma bezwątpienia przed sobą dobrą przyszłość, zasługuje na szersze zastosowanie i wypróbowanie).

Spira.

Kukula. **Badania nad samozatruciem przy niedrożności przewodu pokarmowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4, 1901). Dwa szeregi objawów spostrzegamy przy zamknięciach przewodu pokarmowego wszelkiego rodzaju. Pierwsze z nich: brak stolca i wiatrów, wzdęcie brzucha, ból i wymioty tłómaczyć można wprost przeszkodą mechaniczną w krążeniu treści jelitowej; natomiast drugi szereg objawów: bladość twarzy, wpadanie oczu, obfite zimne poty, niedające się niczem usunąć pragnienie, osłabienie, zapad, gorączka lub obniżenie ciepłoty poniżej stanu prawidłowego, przyspieszenie tętna w połączeniu z osłabieniem czynności serca, rzadko spostrzegane kurcze pojedynczych kończyn lub całego ciała, białko- lub cukromocz, — dotąd nie znalazły pewnego wytłómaczenia. Jak we wszystkich przypadkach niejasnych, do niedawna uciekano się do szukania przyczyny tych przypadłości w odruchowem zadrażnieniu ośrodkowego układu nerwowego drogą zwojów krezkowych, nerwu przeponowego i błędnego. W ostatnich czasach zaczyna przeważać przypuszczenie, że powodem tych ustrojowych zmian ogólnych w niedrożności jelit jest zatrucie wytworami nieprawidłowego kiśnienia treści pokarmowej. Wytwory te dzielić należy na dwie klasy: 1) powstałe przez kiśnienie ciał skrobiowatych, i 2) powstałe przez rozkładanie się ciał azotowych. Każdą z tych gromad znowu należy podzielić na ciała takie, które powstają w jelitach przy trawieniu prawidłowem i takie, które powstają tylko w stanach patologicznych, połączonych z utrudnieniem krążenia treści jelitowej. Dotychczasowe badania nie wykazały, aby wytwory, powstające przy prawidłowem trawieniu, jak kwasy tłuszczowe, bezwodnik węglowy, ciała wonne (fenol, indol, skatol, pirokatechina, resorcyna, hidrochinon) były jedyną przyczyną objawów zatrucia. Najcięższe przypadłości wywoływało przy doświadczeniach podawanie amoniaku, a w jeszcze wyższym stopniu siarkowodoru. Daleko większe znaczenie należy przypisać odkrytym głównie przez Briegera toksalbuminom i ptomainom, które działaniem swojem bardzo przypominają alkaloidy. Skład chemiczny tych połączeń jest dotąd prawie zupełnie nieznany; posiadamy na razie tylko nazwy: kadaweryna, putrescyna, cholina, neuryna. W każdym razie wszystkie te ciała należą do grupy dyaminów (mają bowiem, o ile dotąd wiadomo, dwa atomy grupy aminu NH_2).

Dla bliższego zbadania tej sprawy wykonał autor trzy szeregi doświadczeń:

I. Treść jelita uwięzłego w przepuklinie, czy zamkniętego w jakikolwiek inny sposób (u ludzi lub u zwierząt) przesączał przez sączek Chamberlandowski z niepolewanej glinki, a następnie wstrzykiwał ją czystą lub rozcieńczoną do tętnic, żył, otrzewnej, pod skórę lub do jelit, które czasem podwiązywał. Przed użyciem zawsze badał zapomocą szczepienia, czy materyał do zastrzykiwań jest wolnym od bakteryj. Na 39 doświadczeń w ten sposób wykonanych, 38 razy wynik był prawie zupełnie ujemny. W jednym tylko przypadku suka, ważąca 4100 grm., której autor wstrzyknął po poprzedniem podwiązaniu jelita czczego 15 grm. treści spętlonego od trzech dni jelita poprzecznego ponad miejscem podwiązania, padła po 40-tu godzinach, a wymioty u niej wystąpiły już na drugi dzień po wykonaniu zabiegu. Sekcya wykazała tylko mocno rozdęte pętle jelita ponad miejscem podwiązania i nastrzykanie tętnicze jelit. Przypadek ten niczego nie dowodzi, gdyż pies ten mógł równie dobrze zginąć wskutek sztucznie wytworzonej niedrożności, jak i z powodu zatrucia. Drugi przypadek śmierci, który się wydarzył w tej seryi doświadczeń, jest o tyle ciekawy, że jest jedyny, w którym z krwsercowej wyhodowano *bacterium coli commune*. Przypadek ten dotyczy królika ważącego 400 grm., któremu autor wstrzyknął 5 ctm. treści z jelita operowanego wskutek przewlekłej niedrożności, spowodowanej rakiem jelita esowatego. Zwierzę padło po 12 godzinach[3]

II. W drugiej seryi doświadczeń autor sztucznie wywoływał u zwierząt zamknięcie przewodu pokarmowego. Samo podwiązywanie jelita drenem nie dawało wyników dodatnich, gdyż dren, po obumarciu podwiązanego miejsca, dostawał się do światła jelita i odchodził z kałem, a zwierzęta nie ginęły. Sztuczne wytworzenie przepukliny w linii środkowej ciała przez wyciągnięcie pętli jelita i szczelne zeszycie mięśni również nie doprowadziło do celu, gdyż w jednym przypadku powstała przetoka kałowa, w drugim pętla cofnęła się do jamy brzusznej. Skręcenie jelita grubego o 360° nie udało się, a sekcya wykonana po kilku miesiącach wykazała we wszystkich trzech w ten sposób traktowanych przypadkach, że odkręcenie nastąpiło wskutek wyrwania się założonych szwów. Odpreparowanie odbytnicy i zaszycie jej również nie dało wyniku dodatniego, gdyż słup kałowy przerwał szwy i przywrócił drożność. Dopiero ułożenie jelita w podłużne fałdy, zeszycie ich i podwójne podwiązanie w ten sposób pofałdowanego jelita, udało się 7 razy na 12 doświadczeń. We wszystkich 7-miu przypadkach sekcya przedstawiała typowy obraz ostrej niedrożności: jelito położone ponad miejscem zamkniętem było bardzo mocno rozszerzone, rozszerzenie to stopniowo zmniejszało się w miarę zbliżania się do żołądka, — wreszcie stwierdzono słabe nastrzykanie otrzewnej, obrzęk płuc. Ze krwi nie udało się wyhodować żadnych bakteryj. Obraz ten nie tłómaczy wcale szybkiego zejścia śmiertelnego, zupełnie tak, jak u ludzi. Treść jelit z tych 7-miu przypadków poddawano rozmaitym procedurom (wyjałowienie, przekraplanie, mięszanie z kwasem winowym, z wyskokiem, odparowywanie do suchości), a następnie wstrzykiwano psom, a głównie kotom. Dla porównania wstrzykiwał autor psom i kotom wyciągi wyskokowe z treści przewodu pokarmowego psów, które przed zabiciem karmił przez dwa dni mięsem i mlekiem, ale nie zamykał u nich przewodu pokarmowego. Wynik badań był następujący: przy sztucznie wytworzonej niedrożności przewodu pokarmowego powstają w treści jego istoty trujące, które przechodzą do wyciągu wyskokowego. W pozostałości na sączku jest jeszcze zawarta mała ilość tych substancyj trujących. Odparowany wyciąg wyskokowy, wstrzyknięty zwierzętom, wywołuje podobne objawy do tych, jakie spostrzegamy u człowieka przy niedrożności przewodu pokarmowego, tj. nudności, wymioty, zapad, poty i ślinienie, zaburzenia oddechowe (przyspieszenie), w niektórych przypadkach drgawki. Wstrzykiwanie wyciągów do jamy otrzewnowej działa o wiele silniej, niż podskórne. Trucizny te zawarte są także w prawidłowej treści jelitowej, i to tak w jelicie cienkiem, jak i grubem, ale w znacznie mniejszej ilości. W zamkniętym przewodzie pokarmowym powstaje z jednej strony większa ilość tych samych trucizn, z drugiej strony wytwarzają się przez wzmożone gnicie białka dalsze trucizny, jak pentametyldyamina. Prócz tych ciał rozpuszczalnych w wodzie i wyskoku powstają i gromadzą się w jelicie przy niedrożności gazy trujące w wysokim stopniu i to głównie siarkowodór i merkaptan metylowy, którym należy według wszelkiego prawdopodobieństwa przypisać bardzo ważną rolę przy zatruciu ustroju.

III. W trzeciej seryi autor używał do doświadczeń wyłącznie treści z niedrożnych jelit ludzkich. Mimo filtrowania treści przez sączek glinowy prawie wszystkie zwierzęta okazywały zaburzenia podobne, jak w seryi II., i dlatego autor doszedł do przekonania, że brak wyników u zwierząt próbnych w seryi I. doświadczeń był spowodowany z jednej strony zbytniem rozcieńczeniem materyału przed sączeniem, zaś z drugiej strony zbyt krótkiem spostrzeganiem zwierząt. Badanie własności trujących gazów dało wynik nieco odmienny, niż inne dotychczasowe badania, mianowicie autor twierdzi, że siarkowodór nie jest tak trującym, jak to powszechnie twierdzą. Ptomainów nie udało się autorowi z jego materyału wyosobnić. W każdym razie wynik pracy był o tyle dodatni, że wszystkie doświadczenia wykazały stałe powtarzanie się tych samych objawów z ma-

lemi tylko zmianami, tj. biegunki z silnem parciem aż do wypadania odbytnicy, ruchy przeciwrobaczkowe, które powodowały najpierw wymioty treści pokarmowej, a następnie wymioty kałowe, ślinotok, poty na łapach, przygnębienie, zapad, a czasem drgawki kończyn. Jeżeli się zważy, że znaczną część tych objawów spostrzegamy u ludzi z niedrożnością jelit, a w doświadczeniach na zwierzętach tej niedrożności nie sprowadzano, lecz tylko wstrzykiwano im treść jelit zamkniętych, to dochodzi do przekonania, że powyższe objawy nie są odruchowymi, lecz pochodzą z zatrucia. Doświadczenia nadto wykazały, że prawidłowa treść jelit zawiera również te same istoty trujące, które jednak nie są szkodliwemi dlatego, 1) że ich jest mało, 2) że im prawidłowy nabłonek stawia opór w dostawaniu się do ogólnego krążenia, wreszcie 3) dlatego, że szybko zostają wydalane. *Dr. Weinsberg.*

Bilfinger. **Przyczynek do poparcia twierdzenia o powstawaniu przepuklin urazowych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 64, Z. 1. 1901). Autor w swej pracy zajmuje się sprawą powstawania przepuklin urazowych, które nabrały znaczenia od czasu zorganizowania ubezpieczeń od wypadków. Podaje on kilka przypadków takich przepuklin z dawniejszego piśmiennictwa i dwa własne, które sam operował. We wszystkich tych przypadkach chorzy byli przedtem zupełnie zdrowi, a dopiero po urazie, wymierzonym w powłoki brzuszne, nagle uczuli ból i spostrzegli wypuklenie w tem miejscu, które się podczas kaszlu zwiększało. Przepukliny te powstawały wzdłuż linii białej, lub na miejscach nieco od niej oddalonych; z tych przypadków wyciąga autor wniosek, że: 1) przepukliny urazowe zdarzają się, chociaż są bardzo rzadkie i rozpoznać je można tylko wtedy, jeżeli chory zaraz po urazie się zgłosi; 2) że przepukliny urazowe nie wyróżniają się żadnymi odrębnymi objawami od przepuklin zwykłych: 3) czy przepukliny urazowe mogą powstać w miejscach powstawania zwykłych przepuklin, nie jest jeszcze pewne z powodu braku przypadków; 4) przepukliny urazowe powstają tylko wskutek bezpośredniego urazu i w tem miejscu, na które uraz zadziała. *Dr. J. Sędzielowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Bourget (Lozanna). **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego środkami wewnętrznymi.** (*Therapeut. Monatshefte* Nr. 7. 1901). Niżej podane wywody są tylko ogólnym zarysem wykładu, wygłoszonego przez prof. Bourgeta w „Société de therapeutique" i to tem ciekawsze, że zapatrywania autora, tyczące się leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, stoją po części w jaskrawej sprzeczności z powszechnie dziś przyjętemi zasadami.

Osoby, skłonne do zapal. wyrostka rob., winny przestrzegać dyety mieszanej, jeść mało mięsa, wiele jarzyn, dobrze przegotowane owoce i dużo legumin. Nie potrzebują się obawiać połykania pestek, te bowiem wływają korzystnie na błonę śluzową jelita, ponieważ, — jak Bourget twierdzi, — po rozmiękczeniu wydzielają z siebie śluz, przyczyniający się do gładkości i ślizkości błony śluzowej. Starannie należy zwalczać nadmiar kwasoty żołądkowej zapomocą alkaliów lub mleka, a przewód pokarmowy codziennie wypróżnić. Leczenie ostrego napadu zapal. wyrostka rob. ma polegać na odkażaniu żołądka, jelit cienkich, i wypłókiwaniu kiszki grubej. Skoro tylko napad wystąpi, — obojętnie czy lekki, czy ciężki, — otrzymuje chory dyetę płynną, wodziankę (mączka owsiana), ryż, jaja, a jeśli nie ma łaknienia, lekką herbatkę z domieszką mleka, — nadto codziennie 15—20 grm. olejku rącznikowego, zawierającego 1 grm. salacelotu; jeśli przeważają zaburzenia żołądkowe, stosuje się płókania żołądka 1% rozczynem dwuwęglanu sodowego, wraz z wlewaniami przez odbytnicę. Chorego układa się na prawy bok z głową, ułożoną cokolwiek niżej, aniżeli miednica, i wlewa się 1 litr wody ogrzanej (38°), do której dodaje się 4 grm. ichtyolu, — równocześnie wlewa się z mniejszego przyrządu drobną ilość przedniejszej oliwy. W tej pozycyi zostaje chory, — jeśli zdoła, — 20 do 30 minut, a przez ten czas wykonuje się mięsienie jelita zstępującego! Podobne płókanie jelit wykonuje się codziennie rano i wieczorem od 2 do 10 dni, zastępując je później podawaniem lekkich środków przeczyszczających; zamiast olejku rącznikowego można stosować rozczyn według następującej formułki:

Rp. *Natri bicarb. purissimi*
Natri phosphor. exsiccati
Natri sulfurici sicci ana 50,00
Aquae ad 1000,00
M. D. S. 3—4 razy dziennie po 150,00 z tego używać.

W czasie między wlewaniami stosować należy okłady ciepłe z lnianego siemienia na okolicę ślepej kiszki, w przypadkach zaś, w których jest obrzęk silniejszy i twardy, 5—6 pijawek; wlewania usuwają boleść i kolki, poczem także i ciepłota ciała natychmiast opada. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. T. Schnirer. **Tiokol, nowy lek przeciwbiegunkowy.** (*Klinisch therap. Wochenschr.* Nr. 32. 1901). Stosowany dotąd w gruźlicy płuc tiokol według Sch. ma być skutecznym lekiem w nieżytach jelit ostrych i podostrych. We wszystkich przypadkach po 1—3 dniowem leczeniu następowało zmniejszenie liczby stolców; ustępowały jednocześnie bóle, towarzyszące stanom podrażnienia jelit, co autor odnosi do działania znajdującego się w przetworze tym gwajakolu, posiadającego własności kojące. Wyższość tiokolu nad przetworami garbnika polega na tem, że podawany nawet kilka dni jeszcze po ustąpieniu biegunki, nie sprawia zaparcia; okoliczność ważna w leczeniu przewlekłych biegunek. Ubocznych objawów, jak nudności, odbijania, wymiotów itd. Sch. nie zauważył. Owszem korzystny wpływ tiokolu na ogólne odżywienie stwierdził Rossbach w doświadczeniach fizyologicznych. Działanie tiokolu zdaje się być nie tyle ściągające, ile odkażające, dzięki zawartości 52% gwajakolu. Dawka dla dorosłych wynosi 0·5 3 razy dziennie w proszku lub gniecionych pastylkach (*Tab. compr. Thiocoli Roche*); dla dzieci 0·25—0·50 w rozczynie: Rp. *Thiocoli 0·50, Aq. dest. 50·00 Syr. cort. aur. 10·00 D. S. Co 2 gdz. łyżeczkę kawową.* *Dr. Flis.*

VI. Zarządzenia sanitarne Tadeusza Czackiego w b. liceum Krzemienieckiem.

Kierując się zasadniczą myślą Komisyi edukacyjnej, by w wychowaniu młodzieży szkolnej uwzględnione były w równej mierze trzy pierwiastki rozwoju: moralny, umysłowy i cielesny, dołożył Czacki wszelkich starań, by młodzież krzemieniecka, obok rozszerzenia wiedzy i uszlachetnienia serca, znalazła możebnie najlepsze warunki rozwoju fizycznego. Już sam wybór Krzemieńca na siedzibę głośnego w dziejach oświaty w Polsce zakładu naukowego uwydatnia przewodnią myśl Czackiego: miasto otaczają wysokie góry, stanowiące część pasma gór miodoborskich, które z nad brzegów Smotrycza biegną w kierunku północnozachodnim aż na Wołyń, przechodzą granicę galicyjską i w okolicy Podhorzec i Oleska łączą się z wzgórzami karpackiemi. Ze skał i ogrodów okalających wytryskają liczne i obfite źródła, które zmierzają do Jkwy, płynącej o pół mili za Krzemieńcem. Miasto ówczesne starannie było utrzymane, ulice porządnie brukowane, rynek miało obszerny, otoczony okazałymi domami. Gimnazyum, późniejsze liceum, mieściło się w murach dawnego klasztoru; był to gmach dwupiątrowy z dwoma wieżami, z których lewa służyła za obserwatoryum astronomiczne i mieściła piękną salę muzyczną na piętrze pierwszem, w prawej zaś była sala malarska i gabinety; za gmachem rozciągał się obszerny ogród botaniczny. Liczne przestronne i wysokie sale mogły pomieścić o wiele liczniejszą jeszcze młodzież, nie licząc izb, zajętych pod gabinety i muzea. Rekreacye odbywała młodzież bądź na obszernych placach i łąkach, bądź też w galeryi gimnazyalnej, zbudowanej z ciosowego kamienia; w tej galeryi młodzież z klas niższych zabawiała się piłką podczas przerw, grając w „ścianke" i w „kaszę"; w zabawie tej często brał udział Czacki. „Trzeba było widzieć tego męża, powiada kronikarz owych czasów, pełnego nauki, mającego tak poważną i łagodną postać, o rysach szlachetnych, twarzy bladej, nosie orlim i oczach trochę przymrużonych z powodu krótkiego wzroku, gdy otoczony malcami, grał z nimi na galeryi w piłkę, jak dla krótkiego wzroku nie mógł piłki złapać i jak prosił, aby bynajmniej go nie oszczędzano. Każda partya chciała go mieć między sobą, porywano go, chwytano za poły długiego tabaczkowego surduta, całowano po rękach, żeby się do ich partyi przyłączył, aż póki zmęczony nie potrafił się wymknąć pokryjomu."

Młodzież starsza biegała podczas rekreacyi do celu; były to wyścigi nagradzane; wszelkie inne bieganie „bez emulacyi" było wykluczone. Dla odmiany znowu „bili się w kije," lub też, dzieląc się na dwa obozy, uczyli się nacierać wzajemnie na siebie. Przemiana partyi i ich naczel-

ników odbywała się co miesiąc, a to aby zapobiedz tworzeniu się ducha partyjnego.

Dzień 1 maja odbywano w Krzemieńcu z nieznaną dziś świetnością. W majówce brali udział nie tylko uczniowie, lecz przełożeni, cała ludność miejska i dwory okoliczne. Zbierano się zwykle nad Jkwą, pół mili za miastem, na obszernych błoniach, przytykających do rozległego boru sosnowego. Tu rozstawiano namioty, należące do cukierników, traktyerników, jak nie mniej i do osób prywatnych. „Z uderzeniem dzwonka szkolnego zrana o osmej godzinie całe liceum z prefektem, profesorami i dozorcami ruszało, to powozami, to konno, to pieszo, a o 10-tej rozpoczynały się zabawy od piłki i balona. Kilkaset piłek z krzykami i śmiechami malców zaświstało w powietrzu, a balon poważnie się pomiędzy niemi dźwigał i unosił, jak orzeł między kawkami. Każdy malec koniecznie musiał mieć piłkę, która czy w klasie, czy w kościele, wiecznie mieszkała w jego kieszeni. Młodzi profesorowie i dozorcy brali udział w tych zapasach. Zabawom przypatrywała się liczna a życzliwa publiczność, nagradzając zwycięzców oklaskami, bukietami, cukrami itd.

Oprócz tych zabaw i wycieczek przyczyniały się do rozwoju młodego ustroju zarządzone przez Czackiego lekcye konnej jazdy, pływania i szermierki. W ostatnich czasach istnienia Rzeczypospolitej wkradła się do wychowania młodzieży, zwłaszcza zamożniejszej, pewna zniewieściałość i rozmiłowanie się w życiu miękiem i pieszczotliwem; to skażenie sarmackiej prostoty obyczajów zawdzięczało społeczeństwo polskie cudzoziemskim, zwłaszcza francuskim guwernerom, którzy uważali wszelkie zabawy, zmierzające do ćwiczeń cielesnych, za rozrywkę, godną gawiedzi: przeciw temu prądowi wystąpił energicznie i skutecznie Czacki. Już kilka lat po zaprowadzeniu lekcyj zabaw rycerskich młodzież dosiadywała śmiało rumaków w biegu, na karuzeli zdejmowała dzirytem pierścienie, przeskakiwała gęste baryery w galopie.

Z zabawą i rekreacyą łączył Czacki naukę praktyczną. „Za każdą zmianą rolniczej roboty (mówi) powinna być młodzież prowadzona na pola i łąki, pokaże się jej różnicę jednej uprawy od drugiej, wskaże się przyczyny itd. I nauka ogrodownictwa winna być, wedle Czackiego, udzielana tylko „przez doświadczenie.“ Ci, którzy okażą większe zamiłowanie i staranność, dostaną w nagrodę część ogrodu pod własny zarząd. Zasadą ogólną, którą kierować się każe, „aby zabawa i nagroda zawsze były nie obciążającym ucznia materyałem do nauki.“

Uczono również uczniów pływania pod kierunkiem osobnych nauczycieli, zatwierdzonych przez rząd, w miejscach znakami oddzielonych. Co do nauki tej, to Czacki polecał wielką ostrożność pod względem fizycznym i moralnym, czyniąc dozorców odpowiedzialnymi za możliwe przypadki.

Mieszkania uczniów obchodził sam często i obchodzić je kazał dyrektorowi, prefektowi i nauczycielom; przytem zalecał uważać oprócz na stronę moralną młodzieży, także na to, czy w lecie okna są często otwierane, czy w zimie jest mierne ciepło, czyli niezbyt ciężkie odzienie noszą uczniowie, czy się przyzwyczajają do wszelkich odmian powietrza, czy niema w mieszkaniach ich pierzyn, których używania zakazywać polecał. Do czuwania nad zdrowiem uczącej się młodzieży dopomagali Czackiemu dwaj stali lekarze, których obowiązywała osobna instrukcya, ściśle określająca zadanie lekarza szkolnego. Każdy uczeń, jeśli już w domu zaszczepiony nie był, musiał być zaszczepiony „ocalającą ospą“ w ciągu pierwszych czterech miesięcy po przyjęciu. Do obowiązków lekarza szkolnego należało posiadanie wykazu wszystkich uczniów, z oznaczeniem czasu odbycia szczepienia ospy i okoliczności towarzyszących. W „dzienniku obserwancyów“ zapisywał lekarz ogólne i szczegółowe spostrzeżenia swoje nad stanem zdrowia uczniów. Posiadając z urzędu spis mieszkań uczniów, lekarz szkolny obowiązany był zwiedzać te mieszkania kolejno, o ile można często (a nie mniej jak raz na miesiąc) i tu uważać z całą rozwagą („nie wdając się w jakiekolwiek spory“), czy w stancyach ciepłota jest stosowna, czy jadło zdrowe, czy zachowano należyte ochędóstwo, czy niema w obejściu przypadków chorób zakaźnych. „Po samej postawie ucznia i po innych znakach będzie dochodził (lekarz), czy nie masz jakiej wady, którą młodzian kryje i obyczaje i zdrowie kazi“. Zbadać następnie winien lekarz, czy pościel uczniów jest wszędzie podług przepisu, czy nie są używane pierzyny, czy ubiór uczniów odpowiada porze roku, — a ze swych spostrzeżeń ma zdać sprawę dyrektorowi zakładu. W razie choroby którego z profesorów i ich rodzin, oraz którego z uczniów, lekarz szkolny obowiązany jest odwiedzać chorych w miarę potrzeby i z wizyt swych zdawać sprawę dyrektorowi. Nie będąc zwolennikiem lekarstw zaleca Czacki lekarzowi, ażeby używał ich jak można najmniej. W razie ciężkiej choroby ucznia lekarz ma obowiązek przestrzedz rodziców za pośrednictwem dyrektora i doradzać im wezwanie innych jeszcze lekarzy dla narady. Gdyby lekarz sądził, że uratowanie ucznia z ciężkiej choroby jest niemożliwe, ma po naradzie z dyrektorem ostrzedz ucznia o potrzebie gotowania się na śmierć. W razie śmierci ucznia ciało jego ma być koniecznie „otworzone“ w przytomności osób, które dyrektor oznaczy; lekarz spisze protokół oględzin pośmiertnych i przechowa go w archiwum gimnazyalnem. Uczniom ubogim lekarstwa mają być dostarczane na koszt zakładu. Jeśli uczeń zapadnie na chorobę zakaźną, ma być odosobniony i odbyć chorobę w przybytku, który wskaże dyrektor w porozumieniu z horodniczym (burmistrzem z ramienia rządu). „Gdyby weneryczne były w Krzemieńcu choroby w stopniu znacznym, powinien lekarz za wolą dyrektora dorosłych młodzieńców prowadzić i okazać im, jaki jest skutek złych obyczajów i jak prędka winy jest kara. Będzie pokazywał, jak kilka pokoleń dotyka się tem zasłużonem przez jedną osobę nieszczęściem, wystawiać będzie starał się okropną dolę człowieka, który zbacza z drogi obyczajów“.

Do obowiązków lekarza należało czuwanie nad apteką, ażeby „medykamenta“ zawsze były świeże, by nad taksę nie były sprzedawane, a przez zbieranie „pilniej potrzebnych“ ziół uczynić ich cenę nizką.

Lekarz szkolny obowiązany był zapisywać w odpowiednich tablicach swoje spostrzeżenia nad zdrowotnością miejscową, porównywać corocznie wyniki tych zapisek i zestawiać wnioski o przyczynach zwiększenia się lub zmniejszenia się chorób. Tylko na podstawie tak ścisłego materyału mógł Czacki, w odezwie do „zacnych ziomków“ z d. 2. maja 1812 r. pisać: „Dla spokojności waszej, Rodzice i opiekuni, donoszę, że między 693 uczniami, którzy są w gimnazyum wołyńskiem, od d. 15. września 1811 r. do dnia dzisiejszego wielkich chorób nie było. Protokół chorób najściślej jest utrzymywany, każda mała nawet słabość jest zapisaną: każdy ojciec i opiekun o dziecięciu, które do jego władzy należy, może sprawdzić szczególne i ogólne o chorobach uczniów wiadomości.“

Lekarzami gimnazyum, a później liceum krzemienieckiego, kolejno byli: Bartsch, Siedelmeyer, Majewski, Kaczkowski. Ten ostatni wykładał w ciągu kilku lat higienę, jako przedmiot nadobowiązkowy; na wykłady te prócz uczniów uczęszczali profesorowie, księża, urzędnicy, kobiety itd. tak, że wielka sala fizyczna ledwo pomieścić mogła cisnącą się publiczność.

Uczynił więc Czacki wszystko, co najlepszy ojciec i genialny pedagog uczynić był powinien, by zapewnić młodzieży, gromadzącej się po naukę w Krzemieńcu, prawidłowy rozwój cielesny, jak niemniej by zapobiedz chorobom i ograniczyć ich szerzenie się w razie wybuchu epidemii. Mógł więc Czacki bez ściągnięcia zarzutu chełpliwości napisać w wyżej wspomnianej odezwie do „zacnych ziemian“: „Tak niewielką liczbę chorujących w Krzemieńcu winno się w znacznej części położeniu miejsca. Wiatr ścieśniony górami czyści powietrze, woda zdrowa, uporządkowana praca, wesoły umysł w dobrej młodzieży, troskliwa nad nią pieczołowitość, uwaga na zdrowie i niewymyślne jadło, przechadzka w lecie, umiejętny ruch w zabawach; wszystko to, wzięte razem, upewnia

zdrowie fizyczne uczniów, wzmacnia ich siły i sposobi do tej społeczności, która cnoty, nauki, przyjemności w obcowaniu i zdrowia od ludzi wymaga.“

Wiadomość o działalności Tadeusza Czackiego na polu higienicznego wychowania młodzieży wołyńskiej, kształcącej się na początku XIX wieku w liceum Krzemienieckiem, zaczerpnęliśmy ze znakomitej monografii Dr. F. Majchrowicza, drukowanej r. 1894 w »Muzeum« p. t. »Tadeusz Czacki i jego zasługi w dziedzinie wychowania publicznego.« Całe ustępy przytoczyliśmy podług tej rozprawy. Nie powinien nas spotkać zarzut nadużycia pisma lekarskiego do opisu zabaw młodzieży krzemienieckiej, gdyż były one zorganizowane li tylko dla fizycznego rozwoju uczniów i zasadniczo nie różniły się od dzisiejszych zbiorowych ćwiczeń gimnastycznych młodzieży szkolnej, korpusów wakacyjnych, ogrodów dr. Jordana itd. Każdy wiek stawia się wyniośle względem wieku poprzedniego: bakteryologia i chemia naszych czasów zaznaczyły olbrzymi postęp w higienie umiejętnej, przyczyniły się do uświadomienia tego, co dawniejsze spostrzeganie i intuicya przeczuwały; lecz czy to uświadomienie naukowe sprowadziło w takimże stosunku nowe zarządzenia w higienie szkolnej, czy wywołało nowe a skuteczniejsze drogi i środki do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, lepsze niż w instrukcyi Czackiego? sądzimy, że nie. Wiemy, że typ szkoły się zmienił, jakoteż, że nie wszystkie paragrafy instrukcyi sanitarnej Czackiego dziś dałyby się zastosować: ale duch tej instrukcyi przetrwał 100 lat w swej świeżości i sile i świadczy o niespożytym geniuszu wielkiego pedagoga.

A. K.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

25. Dr. A. Hála (Praga). **Prątek jęczmyka stwardniałego** (*Bacillus chalazeon*) **i stosunek jego do korynebakteryj.** W roku 1893 wykazał Deyl, że przyczyną jęczmyka stwardniałego jest prątek, należący do gromady prątków błonicy wrzekomej (*b. pseudodiphteriae*). Obecnie autor zbadał 12 jęczmyków stwardn. ludzkich i porównywał prątki, które we wszystkich tych przypadkach znalazł, z 9-ma hodowlami korynebakteryj, wyhodowanych z różnych spraw patologicznych. Wynikiem pracy jego jest przekonanie, że jęczmyk stwardniały jest w istocie następstwem sprawy zakaźnej, zaczynającej się od ropienia i przechodzącej w sprawę ziarninową, — a nie jest torbielem retencyjnym gruczołów Meiboma (Fuchs), ani gruźlicą (Arlt). Prątki znajdowane w jęczmyku stwardniałym są w czystych hodowlach identyczne z laseczniakami, opisanymi jako „b. xeroseos“ lub prątek błonicy wrzekomej. Dostają się one do tkanki spojówkowej, prawdopodobnie przez pocieranie oka, z worka spojówkowego, w którym znajdują się prawie zawsze.

26. Prof. W. Rubeška (Praga). **O pęknięciu macicy.** Statystyka podręcznikowa wykazuje za wielki odsetek wyzdrowień po pęknięciu macicy (Klien: 50%), a to z powodu, że ogłaszane bywają przeważnie przypadki z wynikiem pomyślnym; zestawienia zaś, czynione w zakładach, podają śmiertelność znaczniejszą. R. zebrał 315 przypadków, z których wyzdrowiało 87 (27·6%), a umarło 224 (72·4%). Śmiertelność po pęknięciu zupełnem wynosiła nawet 80%, po pęknięciu częściowem 47%. Następnie podaje autor szereg wskazówek leczniczych.

27. Dr. J. Franta (Praga). **Wpływ ciąży, porodu i okresu poporodowego na torbiele bąblowca.** Wszystkie wymienione okresy wywierają niekorzystny wpływ na torbiele bąblowca. Torbiele te bowiem rosną szybciej podczas ciąży (14 przypadków), lub po niej (40 przyp.), nieraz nawet spostrzegano je dopiero w czasie ciąży (18 przyp.). Często torbiele bąblowca ulegają podczas ciąży i po połogu zropieniu, i to bez poprzedzającego nakłócia (31 przyp.); w 8-miu przypadkach opisanych torbiel pękł w czasie porodu.

28. Dr. V. Piťha (Praga). **Torbiele łożyskowe podkosmówkowe.** Torbiele są częstem zjawiskiem w łożysku, bo znajdują się w $^1/_5$—$^1/_3$ wszystkich porodów. W przeważnej części przypadków są one pochodzenia podkosmówkowego, jak autor przekonał się w 40-tu przypadkach. Leżą one po stronie płodowej łożyska i dochodzą rozmiarami od wielkości ziarnka prosa do wielkości jaja kurzego. Stale znajdujemy torbiele razem z zawałami (infarktami), a pochodzenie obu jest jednakowe. Oba bowiem powstają ze zwyrodniałych wypustek *serotinae*, sięgających aż pod kosmówkę. Naokoło takich wypustek krzepnie krew, a kosmki kosmówki zlepiają się. Jeżeli to wszystko pozostanie w związku z warstwą łącznotkankową kosmówki, to powstaje obraz zawału, jeżeli zaś część łącznotkankowa się oddala, wytwarza się jama, zawierająca zwyrodniałe komórki doczesnej.

29. Docent J. Bukovský (Praga). **Stosunek osutek kiłowych wrzodziejących do okresu wczesnego.** Istnieją niewątpliwie przypadki t. nazw. kiły złośliwej, w których brak jest okresu drugiego, a gdzie objawy późne (kilaki) występują obok objawów wczesnych. Lecz obok takich przypadków są i inne, w których taka równoczesność jest tylko pozorną i polega na pomyłce rozpoznawczej. Zdarza się bowiem, iż zwykła osutka okresu wczesnego przybiera cechy nietypowe, postacie wrzodów, podobnych do kilaków. Lecz autor wykazuje, że w takich razach sporo oznak klinicznych i histologicznych wyróżnia zawsze podobną osutkę od kilaka. Zarazem przekonał się autor, że wczesne osutki wtedy przechodzą w sprawy głębsze, jeżeli zajmują naczynia chłonne lub krwionośne, wskutek czego następuje martwica, obrzęk i naciek krwawy.

30. Dr. A. Chvojka (Praga). **Doświadczenia nad zastosowaniem miesienia w ginekologii.** Autor opisuje na wstępie sposób postępowania przy miesieniu ginekologicznem, przy którem stosuje on tylko głaskanie (effleurage) i pocieranie; wspomina następnie o połączeniu miesienia z kąpielami błotnemi lub słonemi i streszcza wynik doświadczeń swoich w zdaniu, iż do miesienia nadają się tylko stare wypociny w tkance miednicy, z wyjątkiem wypociny rzeżączkowej; nie nadają się zaś do leczenia tego zrosty łącznotkankowe macicy.

31. Dr. B. Novy (Praga). **Jak się zachowuje ściana ciężarnej trąbki?** Badania histologiczne Novýgo zgadzają się w zasadzie z wynikiem badań Ulesko-Stroganowej. W miejscu, gdzie jajo płodowe przylega do ściany, przybłonek buja; na dalszej zaś przestrzeni zanika. Nie widać tu jednak wytwarzającej się doczesnej. Komórki podobne są do komórek doczesnej, pochodzą z warstwy Langhansa, odrywają się od niej i przenikają całą ścianę, rozluźniając mięśnie i nadżerając naczynia, wskutek czego, — czasami nawet już po poronieniu, przychodzi do wybroczyn.

32. Dr. K. Výmola (Praga). **Twardziel zakaźna.** (*Scleroma infectiosum*). Nazwę tę (Ducrey) proponuje autor zamiast *rhinoscleroma*, gdyż cierpienie to trzeba zaliczyć do gromady zakaźnych nowotworów ziarninowych. Doświadczenie autora opiera się na 7-miu przypadkach (w przeciągu 8-miu lat). We wszystkich znalazł i ze wszystkich wyhodował charakterystycznego prątka i jest przekonany o jego swoistości. Przeszczepianie twardzieli na zwierzęta nie udało się, pomimo najróżnorodniejszych prób i wbrew dodatnim wynikom Stepanowa. W leczeniu najlepsze wyniki daje operacya. Pawlowski próbował leczenia zapomocą toksyn bakteryj twardzieli. Výmola zaś z porady docenta Honla obrał inną drogę: Przyrządził on sobie wyciąg z samych ciał bakteryj — „plasmin“ lub „protein“, — według metody Buchnera (KOH i HCl). Z początku stosował go w pierwotnej postaci, później zagęszczał do $^1/_{10}$ pierwotnej objętości. Wstrzykiwał wyciąg ten czterem chorym między łopatki, zaczynając od 0·5 ctm.³ aż do 8·5 ctm³. Ogólna ilość wstrzykniętego wyciągu wynosiła u pojedynczej osoby 60·5—203·5 ctm³, ilość zaś wstrzykiwań 15—48. Po wstrzykiwaniu nastąpił odczyn miejscowy i ogólny (podniesienie ciepłoty), a u wszystkich chorych osiągnięto znaczną poprawę.

33. Dr. V. Černý (Kolin). **Przyczyny i objawy pierwotnego czyraka.** Z własnego doświadczenia przekonał się C., że czyraki mogą występować jako choroba nagminna i zaraźliwa. Podaje on bowiem, że w przeciągu trzech lat miał zawsze pewien okres (3 mies.), w którym liczba przypadków czyraka była rażąco wielka, a niezawsze było to w jesieni, lub na wiosnę. Następnie przytacza autor przypadki czyraka u kilku członków jednej rodziny w tymsamym czasie; dalej epidemię w pewnej fabryce, a wreszcie fakt, że sam, od początku swojej praktyki, miał już bez liku czyraków, podczas gdy dawniej nigdy na nie nie cierpiał. Co do objawów i wczesnego rozpoznania, autor zwraca uwagę na to, że czyrak już w samych początkach, kiedy to jeszcze jest podobnym do zwykłego zapalenia torebki włosowej, odznacza się znaczną przeczulicą otaczającej skóry.

34. Dr. Jaklin (Plzeň). **Operacya Bottiniego.** Autor, jako gorący zwolennik tej operacyi, przytacza historyę, opisuje technikę, wskazuje na możliwe powikłania podczas operacyi i po operacyi, wylicza jej zalety, a w końcu zaleca ją wszędzie tam, gdzie zmuszeni jesteśmy chorego cewnikować na stałe. W 88% przypadków,

mówi autor, operacya ta leczy doszczętnie przerost gruczołu krokowego.

35. *a*) Docent R. Jedlička (Praga). **O znieczuleniu rdzeniowem.** Znieczulenie drogą rdzenia pacierzowego zastosowano mniej-więcej w 2000 przypadków, a zdania są wciąż jeszcze podzielone, czasami nawet wręcz przeciwne. W klinice prof. Maydla użyto tego sposobu (od października do maja 1901) w 226 przypadkach. Odkąd zastąpiono kokainę eukainą *A*, wyniki są zupełnie zadawalniające, a przebieg po operacyi lepszy, niż po chloroformie, przyczem wyniki poprawiały się w miarę nabywanego doświadczenia. Oprócz jednego przypadku (po kokainie) nigdy nie było żadnych poważnych następstw.

Powody do niebezpieczeństwa przy tem postępowaniu są następujące:

1. Wpływ trujący preparatu, co jednak odpada przy eukainie *A*.

2. Swoiste, miejscowe działanie wstrzykniętej substancyi. Roztwory mocniejsze mają wpływ na przewodnictwo nietylko włókien czuciowych, ale i ruchowych, a wpływ ten sięga względnie i na rdzeń przedłużony. Zapobiegają temu: słabe rozczyny (najwyżej $1^1/_2\%$), pozycya siedząca chorego, powolne wstrzykiwanie, ciepłota płynu 38°, jednakowa koncentracya rozczynu, jak i płynu mózgowo-rdzeniowego (dodanie NaCl aż do punktu kryoskopowego 0·60).

3. Zaburzenie równowagi w napięciu płynu rdzeniowego przez wypuszczenie części jego, lub przez wstrzyknięcie, dlatego choroby mózgowe, choroby rdzenia, jakoteż ogólna miażdżyca tętnic stanowią przeciwwskazania.

4. Wstrzyknięcie innorodnej substancyi wywołuje w worku oponowym pewne, bliżej nieznane zmiany, które wywołują bóle głowy, podniesienie ciepłoty, a nawet t. zw. „meningismus“. Ażeby objawy te jaknajwięcej złagodzić, trzeba zawsze przed wstrzyknięciem część płynu wypuścić.

Wogóle niebezpieczeństwo polega tylko na niedostatecznych wiadomościach naszych o prawach chłonienia, ciśnienia itd. w worku oponowym. Usunąć je można tylko przez dokładne zbadanie kliniczne i doświadczalne, a należy ufać, że metoda ta wydoskonali się.

b) Dr. V. Kopfstein (Ml. Boleslav.) spostrzegał nieraz, że po zastosowaniu eukainy *A* ($1^1/_2\%$) występują poważne przypadłości (wysoka gorączka, ból głowy, wymioty), a nadto bywało znieczulenie nieraz bardzo niedostateczne. Lepsze daleko wyniki dawała tropokokaina (0·04—0·05), lecz zawsze jeszcze w przypadkach nieodzownych woli autor używać chloroformu.

c) Dr. Zahradnický (Něm. Brod) wypróbował znieczulanie według Biera w 53 przypadkach; w 6 przypadkach wstrzykiwał eukainę *B*, w innych eukainę *A*. Również i on opisuje niepokojące objawy podczas zabiegu i po nim; 4 razy nawet był zmuszony dołączyć uśpienie chloroformowe. W wieku późniejszym (miażdżyca) sposobu tego stosować się nie powinno. Zdaniem jego metoda ta nie jest dotąd wydoskonaloną do użytku lekarza praktycznego.

d) Dr. J. Hausmann (Praga) streszcza doświadczenia z czeskiej kliniki ginekologicznej, gdzie stosowano znieczulanie rdzeniowe od 3-go marca do 20-go maja 40 razy. I tutaj zauważono szereg niekorzystnych objawów, lecz nigdy o charakterze ciężkim. Ostateczne więc zapatrywanie sprawozdawcy brzmi, iż w ginekologii można metodę tę stosować bez niebezpieczeństwa i to nawet z lepszym skutkiem, niż chloroform, z wyjątkiem u osób histerycznych i starych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Marceli Nencki

Prof. i kierownik Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, członek Akademii Umiejętności w Krakowie, doktor honorowy Uniw. Jagiell. itd. zakończył życie d. 14 b. m. w Petersburgu, licząc lat 54.

Życiorys znakomitego uczonego podamy w jednym z numerów następnych.

Kraków, dn. 17 października.

* Notatkę naszą o »Fundacyi Nobla«, ogłoszoną w ostatnim Nrze »Przegl. lekarsk.«, uzupełnić winniśmy doniesieniem, że do przedstawienia kandydatów do nagród zawezwani zostali w dalszym ciągu wszyscy profesorowie zwyczajni wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

* N. 150 »Odczytów klinicznych« zawiera monografię dr. P. Kučery p. t. »Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka«.

* Na ostatnim Zjeździe Towarzystw ubezpieczeń na życie w Amsterdamie roztrząsano wiele spraw istotnie doniosłych. Stokvis mówił o białkomoczu i orzekł, że nie wszystkim, którzy cierpią na białkomocz, należy odmawiać praw do ubezpieczenia na życie, gdyż białkomocz zdarza się pochodzenia pozanerkowego, a drobnowid nie wykrywa żadnych pierwiastków nerki. Taki białkomocz jest bez znaczenia dla życia. Przedewszystkiem trzeba pamiętać, że białkomocz nerkowy może być czynnościowy i organiczny: przy ubezpieczaniu należy badać i uwzględniać jego przyczynę. Siredey mówił o cukrzycy: doradza on odmawiać praw do ubezpieczenia wszystkim chudym chorym na cukrzycę; otyłym zaś do 35-ciu lat życia. Poels miał wykład o rokowaniu w chorobach serca: sądzi on, że jeżeli wyrównanie przy wadzie zastawkowej trwa już kilka lat, to w pojęciu ubezpieczenia należy w takim razie lepiej rokować, niż w przypadkach świeżych, niedających należytej podstawy do orzeczenia. Zwężenia ujść dają gorsze rokowanie, niż niedomykalność zastawek. Salamonsen utrzymywał, że osoby, które przebyły kiłę, a mają dzieci zdrowe i od 10-ciu lat nie uległy nawrotowi, mogą być ubezpieczone. Mahillon sądzi, że przy ubezpieczaniu kobiet miarodajnym jest przebieg pierwszego rozwiązania, dający wskazówkę do rokowania o rozwiązaniach następnych. Weill-Manton utrzymywał, że osoby operowane z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego mogą po pewnym czasie być ubezpieczone.

* Na skargę techników dentystycznych, że dentyści wykonują roboty techniczne bez upoważnienia, trybunał orzekł, że uprawnieni dentyści nie potrzebują już starać się o upoważnienie do wykonywania techniki dentystycznej, a natomiast obowiązani są do zameldowania wykonawstwa tej części swego zawodu władzy miejscowej, jako »wolnego przemysłu« i oczywiście... do zapłacenia taksy za kartę przemysłową. *Duobus litigantibus* fiscus *gaudet*.

* Tylko zapoznaniem wszelkiego dogmatyzmu w nowoczesnem społeczeństwie można wytłómaczyć petycyę 44 gmin górno-austryackich, domagających się od Sejmu, by wyrobił u rządu pozwolenie na praktykę lekarską trzem kmieciom, zajmującym się t. zw. »kostowprawstwem«. Lecz to nietylko lud wieśniaczy 44 gmin popiera swych partaczy; większość komisyi sejmowej podniosła rękę za wnioskiem referenta, ażeby petycyę przekazać Wydziałowi krajowemu do uwzględnienia. Po powzięciu tej gorszącej uchwały, powzięto drugą i tym razem jednomyślnie, ażeby domagać się od rządu założenia Wydziału lekarskiego w Lincu. Gdzież jest konsekwencya? jeśli żąda się nadania prawa do praktyki lekarskiej partaczom, to tem samem nie uznaje się znaczenia szkoły i nauki, a więc w takim razie, pocóż domagać się założenia wydziału lekarskiego w Lincu? Sądząc z tych uchwał, nam się wydaje, że na razie tamby się więcej przydały szkoły elementarne, niż wydział lekarski.

* W ostatnim Zeszycie prac cesarskiego Urzędu zdrowia w Berlinie znajdują się spostrzeżenia prof. Kossla i Dr. Nochta nad drogami, któremi się zwykle szerzy mór. Autorowie ci zbadali drogę, którą mór kroczył z głębi Azyi przez Hongkong; doszli oni do następujących wniosków: 1) mór pojawia się głównie w portach, będących na szlaku głównej komunikacyi morskiej świata; 2) z portów tych mór mało się szerzy na ląd; 3) nie powiodło się wyjaśnić pojawienia się moru w portach jakąkolwiek stałą i znaną przyczyną, a zwłaszcza nigdzie nie można było odnieść pierwszych przypadków do pochodzących od ludzi, na okrętach przybyłych. Autorowie zatem skłaniają się do zdania od najdawniejszych czasów wypowiadanego, że istotnymi roznosicielami moru muszą być szczury.

* Rząd rosyjski powołał osobną komisyę dla przeszkodzenia wtargnięciu moru wewnątrz kraju. Komisya zarządziła na wszystkich stacyach granicznych posterunki sanitarne, zaopatrzone w przyrządy i przetwory chemiczne. Osoby przybywające z miejsc zakażonych, lub osoby chore, mają uledz badaniu lekarskiemu i, w razie istotnej potrzeby, poddane obserwacyi.

* »Virchow-Bibiographie« — pod tym tytułem wyszła broszura o 7 arkuszach druku, zawierająca tytuły wszystkich prac naukowych jubilata z dziedziny medycyny, higieny, antropologii, filozofii i spraw stanu lekarskiego. Autorami tej pracy bibliograficznej są: Becher, Pagel, Schwalbe, Strauch i Weyl.

* Udział uczonych zagranicznych w uroczystym jubileuszu 80-tej rocznicy urodzin Virchowa przydał temu obchodowi świetności i znaczenia. Niemieckie tygodniki lekarskie wydały numera jubileuszowe, odznaczające się celowym doborem treści. Na szpaltach »Berliner klinische Wochenschrift«, obok autorów niemieckich, spotykamy pracę Baccellego (po łacinie), Cornila (po francusku), Pye-Smitha (po angielsku) i t. d.

Nekrologia. Feliks Czerwiakowski, Dr. medycyny. syn Ignacego Rafała, prof. botaniki w Uniw. Jagiel., wnuk Rafała Józefa. profesora i założyciela klinik krakowskich, zakończył życie w Krakowie, licząc lat 57.

Bibliografia:

»Universum« Lexicon der Bade — und Curorte von Europa. Na wielką skalę podjęte wydawnictwo, obejmujące zdrojowiska i uzdrowiska całej Europy. Tom I. poświęcony miejscom kuracyjnym austryackim; informacye są szczegółowe, pouczające i ścisłe; rozbiory chemiczne wód — najnowsze. Ze zdrojowisk i uzdrowisk galicyjskich żadne nie jest pominięte, a piękne ilustracye uzupełniają to pożyteczne dzieło. Redaktorem tego I-go tomu jest dr. Tripold z Abbazyi.

— *Gazety lekarskiej* Nr. 39 i 40 — nie otrzymaliśmy. Nr. 41 Grudziński i Konwerski: Światło jako środek leczniczy. Wielowieyski i Kopytowski: Przyczynek do klinik i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy »pityryasis rubra Hebrae«.

— *Nowiny lekarskie* Z. 10. Noiszewski: Poczucie przestrzeni i wyobrażenia wzrokowe. Szuman: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych.

— *Krytyka lekarska* Z. 10. Mutermilch: Odczyt prof. R. Kocha o zwalczaniu gruźlicy w oświetleniu krytycznem

— *Medycyna* Nr. 38. Szmurło: O stanach neurastenicznych, na tle zaburzeń nosowych powstałych (dok). Lachs: Ginekologia u Celsusa. — Nr. 41 Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia pacierzowego (c. d.) Lachs: Ginekologia u Celsusa (dok).

— *Przegląd okulistyczny* (wrzesień). Noiszewski: Badanie widzenia różniczkowego i całkowego. Strzemiński: Zapalenia rzeżączkowe spojówki noworodków, pochodzące z zakażenia przedporodowego. Wicherkiewicz: Uraz, jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego (dok).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 41. Slavik Jak rychle nastupuje smrt, zraněno-li srdce? Pešina: O výsledcích serotherapie při difterii v Čechách.

— *La Presse médicale* Nr. 81. Aubertin: Białkomocz powstający tylko przy staniu w przebiegu płoniczego zapalenia nerek. Schab: O podwiązaniu i opatrywaniu pępowiny. — Nr. 82. Uzac: O zniekształtnieniach, którym ulegają kule z broni nowoczesnej. Romme Nieżyt przewlekły oskrzeli u dzieci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41 Veichselbaum: W 80 rocznicę urodzin Rudolfa Virchowa. Zappert. Dziecięcy rdzeń pacierzowy i syringomyelia. Landsteiner: O zmianach zwyrodczych nabłonka nerkowego. Stoerk: O zmianach w nerkach w kile wrodzonej. Stangl: Histologia trzustki. Weichselbaum i Stangl: Przyczynek do nauki o zmianach subtelnych w trzustce w przebiegu cukrzycy Külbs: Nabłonek migotny w jednym przypadku raka żołądka i jego przerzuty. Erdheim: Przyczynek do nauki o narządzie skrzelowym u człowieka. Stravoskiadis: O wytwarzaniu się i przemianie wstecznej tkanki błony doczesnej w otrzewnej. Lindenthal: O powstawaniu pęknięcia trąbki Albrecht i Ghon: Etyologia i anatomia patologiczna nagminnego zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych. Wintersteiner: O przerzutowem zapaleniu oczów w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Sachs: Prątek zapalenia płuc (Friedländera). jako czynnik przyczynowy ropnia w mózgu. Leiner: Grypa, jako zakażenie mięszane przy błonicy. Bartel: Etyologia i histologia zapalenia wsierdzia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 41 Cramer: Bacylol i lysoform — dwa nowe leki odkażające. Bettmann: Wystąpienie łuszczycy pospolitej, jako następstwo tatuowania. Eichel: O podskórnem urazowem krwawieniu w jamie brzusznej. Tonzig: O wypłókaniu ustroju przy doświadczalnem zakażeniu tężcowem. Georgii: Leczenie skaleczeń palców ze szczególnem uwzględnieniem późniejszej zdolności zarobkowania. Hopmann: Nieprawidłowości przestworu nosowo-połykowego, wyjaśnione na dwóch przypadkach ropienia nosowego z t. zw. nerwicą odruchową. Zaggl: Śmierć wskutek leczenia partackiego: Diehl: Przypadek utrzymanej świadomości w napadzie padaczkowym. Gottstein: Statystyczny przyczynek do szerzenia się gruźlicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 41. Ribbert: Rudolf Virchow, twórca patologii komórkowej. Erisman: Virchow, jako higienista. Lissauer: Virchow, jako antropolog. Grawitz: Wrota wtargnięcia prątków gruźliczych i ich umiejscowienie u ludzi. Babes: Bujanie osnowy nerwowej (neuroglia). Chiari: Glejowate zwyrodnienie szlaku i opuszki węchowej przy glejaku mózgu. Ury: Przyczynek do metodyki badania kału.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Bacceli: Rodulpho Virchowio Weichselbaum i Zuckerkandl: O wpływie Virchowa na rozwój anatomii patologicznej, medycyny publicznej i antropologii w Austryi. Cornil: Wspomnienie z przeszłości. Pey-Smith: Wpływ Virchowa na patologię w Anglii. Stokvis: Virchow i medycyna w Holandyi. Scherwinsky: Rudolf Virchow i medycyna w Rosyi. Sundberg. Rudolf Virchow i medycyna w Szwecyi. Salomonsen: Rudolf Virchow i medycyna w Danii. Karamitzas: Rudolf Virchow i medycyna w Grecyi. Jacoby: Rudolf Virchow i medycyna w Ameryce. Israel: Muzeum patologiczne w królewskim Fryderyka Wilhelma uniwersytecie w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Beck: 1) Fracture of the Carpal End of the Radius. with Fissure or Fracture of the Lower End of the Ulna, and Other Associated Injuries. 2) Ueber die Darstellung von Gallensteinen mittelst der Röntgenstrahlen, nebst Bemerkungen über die Erblichkeit der Prädisposition zur Gallensteinkrankheit. 3) Oseous cysts of the Tibia. 4) Ueber deform geheilte Frakturen und ihre Behandlung. 5. Ueber die Fractur des Processus coronoiodus ulnae. 6) Congenitae malformations of the upper axtremity. 7) Ueber Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen. 8) Metatarsal Fracture. 9) The prismary Treatment of infected woundas with Tincture of jodine. 10) Beitrag zur Diagnostik Therapie der Struma. Komorowski: Stosowanie opatrunków tegminowych przy szczepieniu ospy. Łukaszewicz: peresadka jaicznikow. Nieskolko opytow nad żywotnymi. Lemberger: 1) O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt 2) To samo po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo przyrodników im. Kopernika odbędą we środę, d. 23 października, o godz. 6. wieczorem, *w auli uniwersyteckiej* wspólne posiedzenie uroczyste, poświęcone naukowej działalności ś. p. Marcelego Nenckiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 26 Października 1901. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie pochodzenia substancyi skrobiowatej.

Przez

Prof. Browicza.

Znajomość skrobiawicy opisywanej dawniej jako zdrzewnienie, zesłoninowacenie, zwoskowienie przez badania i odkrycia H. Meckela a przedewszystkiem Virchowa zyskała na dokładności. Znamiona makroskopowe narządów i tkanek skrobiawicą zajętych zyskały w badaniach mikroskopowych, które wykazały, iż substancya skrobiowata jest bezbarwna, jednolita, szklista, silnie światło łamiąca, wyjaśnienie a odkrycie reakcyi mikrochemicznej tej substancyi, której nazwa pochodzi od Virchowa i przez pietyzm dla niego, jakkolwiek ta substancya ze skrobią roślinną nie ma nic wspólnego, dotąd jest używana, reakcyi z jodem i kwasem siarczanym, dozwoliła odróżnić ją od innych, podobne wejrzenie optyczne okazujących substancyi co do istoty swej dokładnie nam nieznanych, które obejmujemy nazwą zbiorową hialinu. Odkrycie prawie równoczesne Cornila, Heschla, Jürgensa, iż niektóre barwiki anilinowe odmiennie barwią substancyę skrobiowatą, aniżeli tkanki, wśród których ona się znajduje, ułatwiło oznaczenie najmniejszych śladów tej substancyi wśród tkanek zapomocą mikroskopu tem bardziej, iż reakcya z jodem i kwasem siarczanym nie zawsze się udaje, a nawet na jednym i tym samym materyale w różnych częściach tkanki różnie wypada.

Substancya skrobiowata pojawia się — jak wiadomo — wśród tkanek w postaci kul, brył różnej wielkości i kształtu, beleczek, pasm a gromadząc się w coraz większej ilości nadaje tkankom tak charakterystyczne własności, że już gołem okiem rozpoznać ją można.

Okoliczności, wśród których substancya skrobiowata w tkankach się pojawia, dokładnie nie znamy. W toku gruźlicy (z wrzodnieniem i rozpadem przebiegającej), kiły, długotrwałego ropienia, malaryi spotykamy się ze skrobiawicą najczęściej. Spotykano ją jednakże także w toku najróżnorodniejszych spraw chorobowych, dowód, iż warunków powstawania skrobiawicy dokładnie nie znamy.

Nierzadkie są jednakże przypadki, w których żadnej z wymienionych spraw chorobowych wykazać nie można, a skrobiawica nawet znacznego już makroskopowego stopnia istnieje. W pewnej części takich przypadków spotykamy zmiany anatomiczne jelita, szczególnie grubego, na co zwróciłem uwagę przed kilku laty, o czem wspomina Nowak (Ajtiologia skrobiawicy, Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie t. 31. i Virchowa archiwum t. 152), a co i Krawków (De la dégénérescence amyloide. Arch. de méd. exper. 1896) jako możliwą podstawę pewnych przypadków skrobiawicy uważa. Skrobiawica powstaje w tych przypadkach wskutek wchłaniania jakichś substancyj chemicznych w jelicie powstających.

We wszystkich tych różnorodnych sprawach chorobowych, w których spotykano skrobiawicę, musi istnieć wspólna podstawa, przyczyna powstawania, wytwarzania się substancyi skrobiowatej posiadającej we wszystkich tych różnorodnych przypadkach jednakie własności, jednaką lokalizacyę. We wszystkich tych najróżnorodniejszych sprawach chorobowych spotykamy po pewnym czasie ich trwania wspólne znamię, t. j. charłactwo, przewlekłą anemię, wadliwy skład krwi.

Tak samo, jak niedokładną jest nasza wiedza co do warunków, okoliczności, wśród których skrobiawica się pojawia, tak samo niedokładne są wiadomości nasze o chemicznym składzie i o pochodzeniu substancyi skrobiowatej.

Powszechne jest zdanie, iż substancya skrobiowata jest substancyą azotową, białkowatą. Szczegół, iż substancya, która w świeżym stanie, w świeżych tkankach charakterystycznie mikrochemicznie oddziaływa na jod i kwas siarczany jakoteż niektóre barwiki anilinowe, jak np. fiolet metylowy, po przechowaniu tkanki, substancyę skrobiowatą zawierającej, w alkoholu po pewnym czasie tej reakcyi może nie okazywać, a pozostała substancya wejrzenia szklistego barwi się np. eozyną lub kwasem pikrynowym, barwikami substancyi skrobiowatej charakterystycznie nie barwiącymi, wskazuje, iż alkohol wyciąga substancyę charakterystycznie oddziaływającą, a pozostaje druga niejako część składowa substancyi skrobiowatej jako masa szklista. Krawkow zdołał zapomocą wody o temperaturze wysokiej i pod ciśnieniem znacznem z substancyi skrobiowatej metodą Kühnego izolowanej wydobyć substancyę w wodzie, alkoholu i eterze łatwo rozpuszczalną, która charakterystycznie na jod oddziaływała. Krawkow powątpiewa nawet o przyrodzie białkowatej substancyi skrobiowatej. Przyczyna bardzo niedokładnej znajomości składu chemicznego substancyi skrobiowatej tkwi w tem, iż dotąd nie znamy metody pewnej, zapomocą której możnaby otrzymać z tkanek skrowiawicą zajętych czystą substancyę skrobiowatą.

Wyniki badań doświadczalnych na zwierzętach przeprowadzonych (Birch-Hirschfeld, Bouchard, Charrin, Czerny, Krawków, Nowak, Petrone, Lubarsch i inni), jakkolwiek ważne, bo wykazały, iż skrobiawicę u zwierząt wywołać można wprowadzeniem mikrobów jakoteż ich produktów chemicznych, nie rzuciły światła na pochodzenie substancyi skrobiowatej.

Co do materyału, z którego tworzy się substancya skrobiowata, różnią się zapatrywania. Ziegler (Lehrbuch d. pathol. Anatomie 1898) powiada: „Substancya skrobio-

wata nie istnieje we krwi, jednakże materyał, z którego się tworzy, pochodzi z krwi. Zdaje się, iż osłabiona czynność żywotna tkanek wskutek ogólnego charłactwa ułatwia tworzenie się substancyi skrobiowatej. Można sobie przedstawić tok sprawy w ten sposób, iż wśród wymienionych stosunków jakaś substancya białkowata (białko surowicze) łączy się z substancyami tkankowemi w substancyę skrobiowatą, albo też wskutek upośledzonego odżywienia i stąd wynikającego zaburzenia w przemianie materyi z białka krążącego taka modyfikacya białka wydzielona zostaje". W ostatniem wydaniu (1901) przypuszcza Ziegler, że materyału, z którego substancya skrobiowata powstaje, dostarczają w części ciałka ropne rozpadające się, albo komórki tkanek w miejscu pierwotnego ogniska chorobowego.

Ribbert (Pathologische Histologie 1896) powiada: „Substancya skrobiowata okazuje w początku tworzenia się ścisły stosunek z układem naczyniowym, szczególnie z naczyniami włoskowatemi, bo gromadzi się na zewnętrznej ich powierzchni. Powstaje ona albo jako wytwór tkanek, albo też, co prawdopodobniejsze, z przeobrażenia się z krwi pochodzącej substancyi białkowatej, gdy substancya białkowata, z krwi pochodząca, przez tkanki nie może być zużyta, na miejscu pozostaje lub z wytworami komórek tkankowych się łączy".

Recklinghausen (Handbuch der allgemeinen Pathologie 1883) sądzi, że komórki tkanki łącznej, komórki limfoidalne i krwinki białe mogą być, jakkolwiek nie jedynymi, wytwórcami substancyi skrobiowatej. Na innem miejscu tego samego dzieła wypowiada Recklinghausen przypuszczenie, że komórki tkanek wydzielają substancyę szklistą, która pośrednio przez krew opłókiwana, jak grudki śluzu pęcznieje, zlewa się i tworzy bryły, belki, siatki, nawet błony i rurki. „Jeżeli kto chce sprawę tę uważać jako rodzaj krzepnienia i na równi stawiać z tworzeniem się włóknika, nie miałbym nic przeciwko temu z tem zastrzeżeniem, że pojmować się to będzie jako połączenie jakichś składowych części komórek tkanek z częściami krwi".

Friedreich twierdził, iż substancya skrobiowata powstaje z włóknika, co, zdaje się, i Jürgens przypuszcza, który znajdował w skrzeplinach na wsierdziu złogi substancyi skrobiowatej.

Mosso (Virchowa arch. 1887) podaje, iż w toku nekrobiozy krwinek czerwonych powstaje substancya do skrobiowatej podobna.

Obrzut (Origine des produits inflammatoires du rein i Nouvelles recherches histologiques sur la dégénérescence amyloide. Arch. de méd. experim. 1889 i 1900) wywodzi pochodzenie substancyi skrobiowatej z krwinek czerwonych. Na VI. zjeździe przyrodników i lekarzy polskich (1891) wypowiedział Obrzut to samo zapatrywanie.

Z tych kilku cytat wynika, iż materyału, z którego tworzy się substancya skrobiowata, upatrywano w białku surowiczem, krwinkach białych i czerwonych, włókniku, obok czego niektórzy autorowie przyjmują udział komórek tkankowych mających dostarczać przynajmniej jakiegoś składnika potrzebnego do wytworzenia się substancyi skrobiowatej. Komórki tkanki łącznej, komórki limfoidalne uważane były również za wytwórców substancyi skrobiowatej.

Jedno zdaje się być dzisiaj pewne, że substancya skrobiowata nie jest wytworem zwyrodnienia komórek, że komórki tkanek nie zamieniają się w bryłki substancyi skrobiowatej, że zmiana skrobiowata jest wynikiem nacieczenia tkanek substancyą skrobiowatą bez względu na to, czy substancya skrobiowata gromadzi się już jako taka, gotowa, wśród tkanek, czy też jakaś substancya ze krwi pochodząca wśród tkanek zamienia się w substancyę skrobiowatą pod wpływem komórek tkankowych.

Kwestya co do pochodzenia substancyi skrobiowatej nie jest zatem jeszcze rozstrzygnięta, różne co do tego istnieją zapatrywania.

W toku moich kilkoletnich badań wątroby w różnych stanach chorobowych spotkałem się z obrazami mikroskopowymi, które skłoniły mnie do badania, z czego tworzy się substancya skrobiowata.

W preparatach sporządzonych w sposób przezemnie stale używany (stwardnianie 2% formaliną, preparaty cięte z przymrożonych wprost z formaliny branych kawałeczków wątroby), barwionych hematoksyliną i eozyną, dostrzegłem następujących obrazów.

Ścianki naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych były oddzielone od brzegu pasm komórek wątrobnych albo wzdłuż całego ich przebiegu tak, iż w przekrojach podłużnych naczyń włoskowatych krwionośnych jakoteż w przekrojach poprzecznych nigdzie ścianka naczynia włoskowatego nie przylegała do brzegu pasm komórek wątrobnych, albo też ścianka naczynia włoskowatego krwionośnego tylko na pewnej przestrzeni oddzieloną była od komórek wątrobnych, tak, iż pomiędzy komórkami wątrobnemi a ścianką naczynia włoskowatego widoczna była ograniczona szczelina.

W przestrzeniach, szczelinach tych (zgodnie z Teichmannem twierdzę, iż nie istnieją przestwory limfatyczne okolonaczyniowe w zraziku wątroby) powstałych wskutek odklejenia się niejako ścianek naczyń włoskowatych krwionośnych od brzegu komórek wątrobnych, znajdowały się krwinki czerwone różnego kształtu i różnej barwliwości (polychromatofilia), bryłki szkliste słabo eozyną zabarwione, grudki, pokłady jednolitej szklistej substancyi przestrzenie, szczeliny te mniej lub więcej wypełniające, których powstawanie ze zlepiających, zlewających się krwinek czerwonych było bardzo wyraźne. W przestrzeniach, szczelinach tych, znajdowały się także gdzieniegdzie krwinki białe jakoteż pokłady włóknika, które na kształt płaszcza otaczały beleczki komórek wątrobnych jakoteż pojedyncze komórki wątrobne lub grupy tychże rozdzielone wskutek rozczłonkowania beleczek, pasm komórek wątrobnych. Te pokłady włóknika złożone były z wyraźnych nitek lub beleczek, tworzyły także zbitsze masy, powstałe ze zlewania się nitek lub beleczek. Wśród tych pokładów włóknika znajdowały się gdzieniegdzie grudki, bryłki szklistej substancyi różnej wielkości. Nadto dostrzegało się obok krwinek czerwonych, białych, włóknika, także ziarna różnej wielkości eozyną zabarwione.

W świetle naczyń włoskowatych znajdowały się takiegoż samego wejrzenia i tak samo zabarwione grudki i bryłki, które niekiedy szczelnie naczynia włoskowate krwionośne wypełniały [1]).

Obrazy takie w preparatach wykonanych z materyału

[1]) Co do obrazów mikroskopowych odsyłam czytelnika do tablic dołączonych do pracy mojej ogłoszonej w Rozprawach Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie t. 41 Ser. B.

przechowanego dłuższy czas w formalinie, w których mikrochemicznej reakcyi substancyi skrobiowatej uzyskać nie można było, zwróciły uwagę moją.

Obrazy te świadczą, iż już za życia oddzielić się może ścianka naczynia włoskowatego krwionośnego, która, jak to Kupffer i ja (O budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. t. 40) wykazaliśmy, złożona jest z jednej tylko warstwy komórek. od komórek wątrobnych, z któremi normalnie ścianka naczynia w ścisłym jest związku. Obrazy te świadczą dalej, iż pomiędzy ścianką naczynia włoskowatego krwionośnego a brzegiem beleczki komórek wątrobnych powstać może wylew krwi, o czem świadczą w przestrzeni tej pomiędzy oddzieloną ścianką naczynia włoskowatego a komórkami wątrobnemi nagromadzone składowe części krwi, krwinki czerwone, białe, włóknik, co po śmierci nastąpićby nie mogło.

Szkliste te (według wejrzenia optycznego) masy, nagromadzone w przestrzeni pomiędzy oddzieloną ścianką naczynia włoskowatego krwionośnego a brzegiem beleczk komórek wątrobnych powstały ze zlania się krwinek czerwonych zmienionych w swych własnościach fizycznych, a wnosząc z różnej ich barwliwości, także chemicznych. Że takie masy szkliste powstawać mogą ze zmienionych krwinek czerwonych, dowodzą tego obrazy, które spotyka się w przypadkach, w których na krew działały różne substancye chemiczne, co tak eksperymentalnie u zwierzęcia wywołać można jakoteż spotyka się w krwi ludzkiej w toku różnych spraw chorobowych, np. szkliste skrzepliny w naczyniach krwionośnych, przedewszystkiem w naczyniach włoskowatych.

Po zastosowaniu np. podskórnem toluilendiaminy niszczeje pewna ilość krwinek czerwonych, hemoglobina rozpuszcza się w osoczu krwi, o czem świadczą złogi barwika brunatno-czarnego, ziarniste, w świetle naczyń krwionośnych, jakoteż w komórkach ściennych naczyń i w komórkach wątrobnych, niemniej brunatne igiełkowate kryształy w cytoplazmie i w jądrach komórek wątrobnych, co widzieć można w preparatach wykonanych z tkanki w formalinie stwardnionej. Dalszym dowodem rozpuszczania się hemoglobiny są kryształy hemoglobiny, które w świetle naczyń krwionośnych spotkać można. Inna część krwinek czerwonych ulega pod wpływem toluilendiaminy, co dowodzi, iż w krwi normalnego organizmu istnieje różnica co do stanu optycznie jednakie wejrzenie przedstawiających krwinek, zmianie, stają się one lepkie, zlepiają się w kule i nieregularnego kształtu bryłki różnej wielkości (Browicz Patogeneza żółtaczki. Przegląd lekarski, 1900).

Takieżsame kule i szklistego wejrzenia bryły powstałe ze zlepienia się krwinek czerwonych spotykałem u psów po wstrzyknięciu do krwi rozczynu hemoglobiny Mercka, substancyi pochodzącej ze zwierzęcia innego gatunku, która na krew a raczej krwinki czerwone psa szkodliwie działa (Browicz. Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej po wstrzyknięciu do krwi rozczynu hemoglobiny. Biuletyn Akad. Umiej. w Krakowie. Listopad 1898 i O wpływie formaliny na hemoglobinę mogącą się w tkankach znajdować. Virchowa archiwum 1900).

Podobne obrazy spotkałem w wątrobie psa po przelaniu do żyły krwi odwłókniońej zwierzęcia innego gatunku. Spotykałem wtedy w naczyniach włoskowatych śródzrazikowych krwinki czerwone różnego kształtu i różnie barwiące się, bryły, skrzepliny szkliste, które powstały ze zlania się krwinek czerwonych, gromadki krwinek czerwonych i powstające z nich kule także fuksyną barwiące się w wakuolach w cytoplazmie komórek wątrobnych, nacieczenia ścian naczyń krwionośnych międzyzrazikowych krwinkami czerwonemi, zlewającemi się w grudki, bryłki.

Złogi szklistej, jednolitej masy pomiędzy oddzieloną ścianką naczyń włoskowatych krwionośnych a brzegiem beleczek komórek wątrobnych, jakkolwiek je spotykałem w preparatach z materyału w formalinie przez czas dłuższy przechowanego, w którym mikrochemicznej reakcyi substancyi skrobiowatej uzyskać nie można było, uważać mogę i muszę za złogi substancyi skrobiowatej, nie znamy bowiem dotąd innego stanu chorobowego w wątrobie, aniżeli skrobiawicę, w którymby pomiędzy ścianką naczyń włoskowatych krwionośnych a brzegiem komórek wątrobnych gromadziły się masy szkliste.

Obrazy te powyżej opisane skłoniły mnie do dalszych badań. Wybierałem z materyału obfitego, jakim rozporządza krakowski instytut anatomii patologicznej, przypadki rozpadowej formy gruźlicy ze staremi jamami w płucach, które to jamy można uważać za ropnie chroniczne. przypadki, w których makroskopowo ani śladu skrobiawicy w wątrobie nie było i w których nawet mikroskop wykazywał nieliczne, rozrzucone drobne ogniska substancyi skrobiowatej, a więc materyał, w którym śledzić można było początki zmiany skrobiowatej w wątrobie, która z powodu przejrzystości swej budowy do badania pod tym względem szczególnie się nadaje. W każdym przypadku badane były mikrochemicznie (jodem, jodem i kwasem siarczanym, jakoteż fioletem metylowym z dyferencyacyą kwasem octowym), preparaty tak ze świeżego, jakoteż parę dni w 2% formalinie stwardnionego materyału. Ostatnie przechowuję w octanie potasowym, w którym różnice charakterystyczne barw utrzymują się jeszcze teraz po blisko dziesięciu miesiącach.

W materyale badanym znajdowały się przypadki, w których złogi substancyi skrobiowatej znajdowały się tylko wśród zrazików wątroby, jakoteż takie, gdzie tylko międzyzrazikowe naczynia krwionośne substancyą skrobiowatą były nacieknie.

W skrawkach (niebarwionych) traktowanych jodem spotykałem wśród naczyń włoskowatych krwionośnych i w żyłach międzyzrazikowych krwinki czerwone, które przybierały barwę ciemnobrunatną, wyróżniającą je od krwinek normalnej barwy. Pod wpływem rozcieńczonego kwasu siarczanego barwa ta jednak zazwyczaj znikała. Po zabarwieniu fioletem metylowym ukazywały niektóre, wielkością i kształtem od normalną barwę okazujących krwinek nieróżniące się ciałka barwę wybitnie czerwoną, jaką substancya skrobiowata okazuje. Ciałka te wnosząc z ich wielkości i kształtu uważać muszę jako zmienione krwinki czerwone. Reszta krwinek była albo barwy normalnej, albo też szarawo-niebieskawej, a nawet niebieskiej. Wszystkie te różnie zabarwione krwinki spotykałem w jednem i temsamem naczyniu krwionośnem obok siebie leżące. W preparatach tylko fioletem metylowym barwionych prócz pojedynczych normalną barwę okazujących krwinek czerwonych, jakoteż różną barwliwość okazujących znajdowały się zlepy czerwono zabarwionych, a więc reakcyę substancyi skrobiowatej

wykażujących krwinek, kóre przylegały do wewnętrznej powierzchni ścian naczyń krwionośnych. Podobne obrazy opisuje Obrzut w swej pracy z roku 1900.

„Chcąc oceniać należycie stosunki chorobowe, należy zawsze o tem pamiętać, że już w krwi normalnej nie wszystkie krwinki czerwone są sobie równe. Ciągle a ciągle fizyologicznie część krwinek czerwonych zużywa się, a nowe młode na ich miejsce wstępują. Każda kropla krwi zawiera więc gotowe, wykształcone krwinki czerwone różnego wieku, jedne obok drugich. Łatwo więc pojąć, że wskutek tego wpływy szkodliwe na krew działające — jeżeli tylko stopień szkodliwości nie jest bardzo znaczny, pewnej miary nie przekracza, — nie mogą na wszystkie krwinki czerwone w równym stopniu działać. Te krwinki, które są mniej odporne, t. j. najstarsze ulegną wpływowi szkodliwemu, a nawet niszczeją, gdy odporniejsze utrzymują się w stanie normalnym“ słusznie powiadają Ehrlich i Lazarus (Nothnagla Specielle Pathologie t. I, 1-sza część, str. 32). Taka niejako nekrobioza krwinek czerwonych połączoną być musi ze zmianą krwinek chemiczną.

Wśród odpowiednich okoliczności i pod wpływem pewnych substancyi można myśleć o przemianie krwinek w substancyę skrobiowatą. Na zmianie chemicznej krwinek czerwonych polega przecież zjawisko polichromatofilii, z którem spotykamy się w pewnych stanach chorobowych. (Dok. nastąpi).

II. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

Rozprawka niniejsza zawiera odpowiedź na zarzuty, jakie spotkały mój przyrząd po okazaniu go na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego. Powierzchownie rzecz biorąc, mógłby ją czytelnik uważać za rodzaj polemiki: z góry się jednak zastrzegam przeciw takiemu pojmowaniu moich chęci i zamiarów. Chodzi mi tu wyłącznie o prawdę naukową. Uznając w badaniu naukowem tylko fakta i logiczne rozumowanie, poparte ile możności doświadczeniem, w dyskusyi naukowej dążę sam do ścisłej bezstronności i przedmiotowości i żądam tego samego od innych. W ocenie zatem mego wynalazku postępować będę w myśl tych zasad moich, t. j. tak, jakgdybym nie ja, lecz ktoś inny był jego twórcą, zatem: bezstronnie i sprawiedliwie. Niczego więcej też nie żądam od czytelnika niniejszej rozprawki.

I. Przewodnia myśl i cel mojego wynalazku. Przewodnią myślą i celem mojego wynalazku jest umożliwienie wykonania wszelkiej operacyi (położniczej czy chirurgicznej) z idealną aseptyką, wszędzie, nawet w najuboższym domu na prowincyi, o każdej porze, a więc i w przypadkach nagłych chirurgicznych i położniczych.

Chcąc wykonać operacyę z zachowaniem ścisłej aseptyki, należy spełnić 2 następujące warunki: 1) przystępując do operacyi, musimy mieć dokładnie wyjałowione wszelkie przedmioty, mające zetkąć się z raną, a więc: *a)* narzędzia, *b)* opatrunki, *c)* ręce operatora i asystentów, *d)* pole operacyjne, *e)* płyny, mające służyć do irygacyi rany. 2) Musimy uważać, aby aseptyczność owych, stykających się z raną przedmiotów, nie ucierpiała przez cały przeciąg operacyi aż do ostatecznego jej zakończenia przez zetknięcie się z nieczystem otoczeniem, do którego zaliczamy i zakażone powietrze.

Przyrząd mój ma na celu praktycznie rozwiązać ten problemat: czyni on zadość warunkowi pierwszemu przez to, że jest równocześnie sterylizatorem dla *a)* narzędzi, *b)* dla opatrunków, które odkaża w parze nasyconej szybko, pewnie i sucho; *c)* jest sterylizatorem dla płynu, którego, dzięki konstrukcyi kurka, wyjaławiającego się w czasie sterylizacyi możemy użyć dla: 1) obmywania rąk naszych, 2) pola operacyjnego i 3) irygacyi rany. Warunek drugi został uwzględniony w konstrukcyi przyrządu w ten sposób, że została ograniczoną do *minimum* możliwość zakażenia przez zetknięcie się z nieczystem otoczeniem wyjałowionych narzędzi, opatrunków, oraz płynu, a przez dodanie długiej rączki do klucza kurka umożliwiono odmykanie i zamykanie kurka przy myciu rąk i irygacyi rany łokciem, a nie wyjałowioną już ręką operatora; wreszcie przez dodanie do obu sit pokryw, także przez powietrze.

Uniknięcie zakażenia narzędzi, pola operacyjnego i rąk operatora w czasie operacyi przez przypadkowe dotknięcie nieczystych przedmiotów, zależy tylko od aseptycznego wyszkolenia się samego operatora i jego uwagi. Kto nie umie aseptycznie operować, temu oczywiście i mój przyrząd nie pomoże.

Opisu mojego przyrządu nie będę tu powtarzać, a czytelnika odsyłam do Nru 20 *Przeglądu lekarskiego*, z dnia 18 maja 1901, str. 278.

II. Zarzuty uczynione memu przyrządowi. Zarzuty, wypowiedziane w czasie rozprawy, przeprowadzonej w Tow. lek. lwowskiem, oraz w prywatnych rozmowach, które prowadziłem z kolegami, dadzą się zebrać w 3 grupy, które po kolei zamierzyłem roztrząsnąć:

I. Pierwszy z nich brzmi: „jest rzeczą b. wątpliwą, czy 15 minut, jak chce wynalazca, a nawet 20 minut wyjaławiania w przyrządzie jego pomysłu wystarczy do zupełnego wyjałowienia w parze opatrunków, zakażanych zarodnikami bakteryj, n. p. wąglika, oraz — do tak pewnego wyjałowienia płynu, w którym się wygotowały narzędzia, żeby go można z całym spokojem użyć, jako płynu aseptycznego do mycia rąk, pola operacyjnego i irygacyi rany“.

Chcąc dać ściśle naukową odpowiedź na ten zarzut, przeprowadziłem w uniwersyteckim Zakładzie dla higieny, wraz z Drem Pankiem, 1-ym asystentem zakładu, cały szereg doświadczeń bakteryologicznych nad siłą wyjaławiającą mojego przyrządu. — Ponieważ dawniejsza antyseptyka, a dzisiejsza aseptyka operacyjna dąży do tego celu, aby uniemożliwić występowanie chorób przyrannych po operacyach, więc należało wybrać do doświadczeń drobnoustroje, należące do grupy, wywołującej zakażenia przyranne. Dzięki badaniom ostatnich lat nauka o chorobach przyrannych należy do względnie najlepiej opracowanych w medycynie. Obecnie potrafimy je nie tylko dokładnie rozgatunkować klinicznie, ale w znacznym odsetku przypadków jesteśmy w stanie dzięki metodom badania bakteryologicznego wykazać bezpośredniego sprawcę choroby przyrannej, t. j. jej swoisty drobnoustrój. Badanie więc siły wyjaławiającej jakiegokolwiek przyrządu dla aseptyki operacyjnej jest obecnie b. ułatwione, gdyż nie potrzeba do doświadczeń używać przedmiotów, zawalanych produktami patologicznymi choroby

przyrannej o nieznanej zawartości mikrobów, ale wystarczy rozejrzeć się w znanym szeregu drobnoustrojów i z tych wybrać do doświadczeń najoporniejsze. Wiedząc z góry, z czem w danej hodowli mamy do czynienia, możemy zupełnie ściśle przeprowadzić kontrolę dokładności wyjałowienia.

Opierając się na odpowiednich pewnikach z piśmiennictwa doszliśmy z Drem Pankiem do przekonania, że najracyonalniej będzie przedsięwziąść próby z zarodnikami wąglika, największą bowiem część prób sterylizacyjnych z innymi systemami sterylizatorów przeprowadzono z zarodnikami wąglika, można więc wyniki nasze z owymi porównywać; nadto laseczniki te rosną łatwo i szybko, a badanie ich jest b. ułatwione. Co się tyczy odporności zarodników wąglika na zabójcze działanie gotującej się wody, lub 1% ługu sodowego, lub wreszcie pary wodnej o ciepłocie 100° C., to znajdują się niewątpliwie w przyrodzie odporniejsze drobnoustroje, jak n. p. znajdujące się w mleku; ale ze znanych drobnoustrojów chorobotwórczych te są najodporniejsze. W sprawie odporności zarodników wąglika na działanie pary wodnej o ciepł. 100° C. znachodzimy u różnych badaczy różne wyniki: o ile jedni podają czas 5 minut, wystarczający na ich zabicie, to inni podnoszą go do minut 20-tu. Dr. Esmarch tłómaczy tę niezgodność wyników w ten sposób, iż wytrzymałość zarodników wąglika na działanie pary wodnej o c. 100° C. jest rozmaitą, a zależy ona od bliżej nieokreślonych warunków, w jakich badana hodowla wyrosła. Również od warunków hodowli zależą i inne własności wąglika, jak stopień jadowitości, rozmaita intenzywność barwienia się w preparatach i t. d. Chcąc zatem uzyskać wyniki o ile możności pewne, należy brać do doświadczeń mięszaninę hodowli zarodnikowych różnego pochodzenia, o ile bowiem zarodniki w jednej hodowli byłyby mniej oporne, to w innych mogą być jeszcze oporniejsze.

Dlatego też do badań naszych użył Dr. Panek mięszaniny zarodników wąglika z własnych hodowli zakładowych, oraz z hodowli, pożyczonych mu z zakładu anatomii patologicznej, pochodzących z zwłok kobiety, zmarłej niedawno na zakażenie wąglikowe. Przy mikroskopowem badaniu tej mięszaniny zarodników można było stwierdzić rozmaitą intenzywność barwienia się poszczególnych pni.

Jako materyału, mającego się zakazić, a następnie w przyrządzie moim odkazić, użyto: 1) narzędzi, dających się najtrudniej oczyścić mechanicznie, a mianowicie: brudnych szczypczyków (pincet) zaciskowych z końcami rowkowanymi, kleszczyków również z końcami rowkowanymi i śrubek żelaznych. 2) Płytek bulionowych z wysianymi zarodnikami wąglika. 3) Jąder z gazy wyjałowionej, które po zamoczeniu w hodowli, zawierającej mięszaninę zarodników wąglika, obwinięto w grubą warstwę waty, otoczono z wierzchu gazą wyjałowioną i luźnie przewiązano na 4 części nitką, tworząc w ten sposób tampony z jądrem zakażonem, o rozmiarach znacznie większych, niż używane w ginekologii.

Szczypczyki (pincety) z końcami, namoczonymi w mięszaninie zarodników, pozaciskano i wraz z kleszczykami i zakażonemi śrubkami poukładano na cienkich warstewkach waty w sicie dolnem, napełnionem 1% ługiem sodowym, lub w innych doświadczeniach wodą; płytki z bulionem zakażonym, oraz tampony z jądrem zakażonem w sicie górnem, przeznaczonem dla przedmiotów, mających się wyjałowić w parze wodnej.

W pierwszem doświadczeniu, wykonywanem z 1% ługiem sodowym, wyjałowienie trwało 15 minut, licząc od chwili doprowadzenia 1% ługu do wrzenia, aż do chwili zgaszenia lampy pod przyrządem. Po zdjęciu pokrywy włożono wyżarzonymi szczypczykami zakażone jądra tamponów, w części do bulionów, w części zaś do probówek z agarem; szczypczyki zwolniono z zaciśnięcia i wraz ze śrubkami i kleszczykami powkładano do probówek z bulionem. Poczem płytki, buliony i agary z wyjałowionymi przedmiotami włożono do cieplarki (termostatu), gdzie w ciepłocie 37° C przebywały 2 doby. Badanie makroskopowe i mikroskopowe pożywek, uskutecznione po 2 dobach, dało wynik następujący: W jednym bulionie z otwartemi szczypczykami wyhodował się wąglik; na jednej z 4 płytek z bulionem, otwartej przezemnie nieostrożnie dzień przedtem w celu zajrzenia do wnętrza, wyhodowały się pleśnie i jakieś bliżej nieokreślone koki. Zresztą wszystkie inne płytki, buliony i agary, okazały się zupełnie jałowymi. Wynik ten był dla nas niespodzianką, boć przecież uchodzi za pewnik, że 1% wrzący ług sodowy zabija znacznie prędzej wszelkie drobnoustroje i ich zarodniki, niż w 15-tu minutach. Wytłómaczenie jednak tej zagadki było łatwe: Chcąc stworzyć dla wyjałowienia narzędzi możliwie najgorsze warunki, rozmyślnie pozaciskaliśmy szczypczyki, po zakażeniu ich końców mięszaniną zarodników, po ukończeniu zaś wyjałowienia rozmyślnie rozwarliśmy je i rozwarte włożyliśmy do bulionu, aby ułatwić dostęp pożywce do wszystkich zaułków szczypczyków. Z 3 przypadków jedne okazały się mimo wyjaławiania zakażonemi. Czegóż to dowodzi? Iż zaciśnięcie końców było w I-szym przypadku tak hermetyczne, iż do zarodników wąglika, zaciśniętych między karbami i rowkami, nie miał dostępu 1% wrzący ług sodowy; na te więc zarodniki działała tylko sucha ciepłota wrzącego 1% ługu sodowego przez 15 minut, co dla zabicia ich nie było wystarczającem. W każdym razie fakt ten świadczy o niepospolitej odporności zarodników wąglika na wysokie, ale suche ciepłoty. Mimo 48-godzinnego trwania hodowli, nitki wąglika nie okazywały nigdzie pod mikroskopem zarodników, z czego wnosić należy, iż wysoka ciepłota zniosła zdolność ich do zarodnikowania. Fakt, że krótkotrwałe nieostrożne otwarcie płytki z wyjałowionym bulionem, wystarczyło do zasiania się nań z powietrza pleśni, oraz jakichś, być może chorobotwórczych koków, świadczy, iż nie można lekceważyć przy konstrukcyi sił przyrządu, zakażenia przez powietrze.

Wobec stwierdzenia bakteryologicznego, iż 15-minutowe wyjałowienie w parze opatrunków zupełnie jest wystarczające, postanowiliśmy dalsze doświadczenia przeprowadzić *in minus*, t. zn. zmniejszyć czas wyjaławiania do 10 minut. Ponieważ zaś często zdarzyć się może, iż lekarzowi braknie do wyjaławiania sody, postanowiliśmy zbadać, o ile można polegać na wyjaławianiu narzędzi w czystej tylko wodzie, przez minut 10 i 15. Wreszcie, chcąc w tych doświadczeniach stworzyć warunki podobne, jak je spotykamy w praktyce, zakaziliśmy pewną część narzędzi, oraz kika jąder gazy w tamponach, zapomocą krwi myszy, padłej 18 godzin przedtem na wąglik.

Wykonaliśmy jeszcze 3 doświadczenia tym samym sposobem, jak pierwsze, w następującym porządku: wyżej wymienione przedmioty wyjaławialiśmy minut 9 (nie 10, jak zamierzyliśmy, z powodu przedwczesnego wypalenia się w lam-

pie spirytusu), 1) nalawszy do przyrządu czystej wody z wodociągu; 2) 15 minut w wodzie czystej i 3) 10 minut w 1% sodzie.

Wynik badania mikroskopowego i makroskopowego używek po 48 godzinach przebywania ich w cieplarce okazał się w zupełności korzystnym, bo tak narzędzia, jak i opatrunki, okazały się bez wyjątku zupełnie jałowymi.

Dalszych doświadczeń *in minus* nie przeprowadziliśmy, bo chodziło mi wyłącznie o cel praktyczny, t. j. o stwierdzenie wyjaławiającej sprawności mojego przyrządu, a doświadczenia przytoczone w wysokim stopniu zabierają czas, którego nie wiele mam do rozporządzenia. Dlatego, gdyby kto chciał powtórzyć i uzupełnić te doświadczenia, najchętniej służę mu moim przyrządem, do tego celu przeznaczonym.

Z doświadczeń opisanych dadzą się wysnuć następujące wnioski: 1) nie należy na ślepo ufać sile wyjaławiającej wrzącego 1% ługu sodowego, stosowanej nawet przez minut 15 na narzędzia, ale narzędzia te przed wyjałowieniem należy koniecznie porozkładać, oczyściwszy je przedtem mechanicznie, szczególnie jeżeli wyjaławiamy narzędzia zaciskowe. 2) Nie należy wahać się z wyjałowieniem narzędzi we wrzącym 1% ługu lub wodzie dłużej niż 5 minut, z obawy przed zniszczeniem narzędzi, zważywszy punkt I-szy. 3) Ponieważ 9-minutowe wyjaławianie w czystej wodzie narzędzi, zakażonych mięszaniną zarodników wąglika, oraz opatrunków podobnie zakażonych, w parze zupełnie wystarczyło do ich odkażenia, więc 10-minutowe trwanie wyjałowienia zupełnie wystarcza do celów praktyki operacyjnej, oczywiście, jeżeli z narzędziami postąpimy sobie tak, jak wyżej wspomniałem. 4) Chcąc być pewnym aseptyki, musimy uwzględnić i możliwość zakażenia wyjałowionych przedmiotów przez powietrze w czasie niekiedy bardzo długiego trwania operacyi; w tym celu do obu sit muszą być dodane pokrywy. 5) Ponieważ narzędzia po wyjałowieniu wkładaliśmy do pożywek mokre, a buliony po 48 godzinnem przebywaniu w cieplarce (termostacie) okazały się jałowemi, więc mamy dowód oczywisty, że woda, a względnie 1% ług sodowy, po wyjałowieniu były zupełnie jałowe.

II. Zarzut drugi brzmi jak następuje: nowy przyrząd, odpowiedni dla lekarza praktycznego, wykonującego operacye w domu prywatnym, jest bez wartości dla klinik i szpitali, albowiem jest on przyrządem skombinowanym, jak n. p. scyzoryk. Przyrządy zaś złożone, mające na celu umożliwienie wykonania kilku oddzielnych czynności równocześnie, nie mogą być lepszymi od przyrządów poszczególnych, służących do jednego tylko celu. Wynika z tego, iż przyrząd mój, będący równocześnie sterylizatorem w sodzie dla narzędzi, sterylizatorem parowym dla opatrunków, umywalnią aseptyczną i irygatorem aseptycznym, nie może wcale co do dobroci współubiegać się z poszczególnymi przyrządami klinicznymi dla aseptyki, t. zn. sterylizatorami dla narzędzi, opatrunków i z klinicznymi irygatorami, oraz umywalniami.

Z powyższego zaś wynika logicznie wniosek, że usiłowanie stworzenia takiego przyrządu do aseptyki, któryby umożebnił wykonać operacyę w domu prywatnym z tak ścisłą aseptyką, z jaką wykonuje się ją w dobrze urządzonej klinice, jest mrzonką, niemożliwą do spełnienia.

Chcąc wykazać wartość tego drugiego zarzutu, muszę się zastanowić nad tem, czy przyrząd mój, użyty jako sterylizator w sodzie dla narzędzi, ustępuje co do dobroci dotychczas używanym sterylizatorom klinicznym dla narzędzi, oraz, czy jako sterylizator w parze dla opatrunków ustępuje co do dobroci sterylizatorom parowym klinicznym dla opatrunków, dalej czy przyrząd mój, użyty jako umywalnia aseptyczna, lub jako irygator aseptyczny, ustępuje co do dobroci umywalniom klinicznym i irygatorom. Jeżeli mi się uda udowodnić, że przyrząd mój każdą z tych czterech czynności wyjaławiających może równie dobrze załatwić, albo nawet lepiej, niż przyrządy kliniczne, to fakt, iż przyrząd mój może równocześnie pełnić te 4 czynności, jest znakomitą jego zaletą, a nie wadą, a zatem i możliwość wykonania przy jego pomocy operacyj ze ścisłą aseptyką nie należy do mrzonek, lecz jest faktem. (c. d. n.).

III. **Oceny i sprawozdania.**

O Sanatoryach. Opracował Dr. K. Dłuski. (Warszawa 1901).

Autor, poświęcający się fizyoterapii, złożył w tej pracy swoje spostrzeżenia i uwagi krytyczne, jakie mu się nasunęły, bądź przy zwiedzaniu, bądź podczas praktykowania w sanatoryach dla chorób płucnych rozmaitych krajów. Na wstępie pracy czytamy o potrzebie zakładania sanatoryów, a między argumentami podnieść należy także i ten, że pobyt w sanatoryum jest dla chorego drogowskazem, jak ma się przez całe życie zachować pod względem higienicznym; również i ta okoliczność zasługuje na uwzględnienie, że pedantyczna czystość w sanatoryach najlepiej chroni chorych gruźliczych od wtórorzędnego zakażenia płuc, które raz rozpocząwszy się, stanowi początek końca choroby. Czytamy w dalszym ustępie o warunkach budowy sanatoryów. Autor przemawia za klimatem górskim, opierając się między innymi na tem, że statystyka wykazała liczbę uzdrowień suchot płucnych w tym klimacie korzystniejszą, niż w innym. W dalszym ciągu znajdujemy opisany sposób wewnętrznego urządzenia sanatoryów i koszta jego. Do tego interesującego ustępu dodany jest opis obowiązków lekarza zakładowego i sposoby leczenia, z których najważniejszy polega na leżeniu w wolnem powietrzu na werandach w tym celu urządzonych, czyli „werandowaniu“. Szkoda, że autor, mówiąc o tym środku leczniczym, nie uczynił uwag krytycznych, że leżenie na wolnem powietrzu jest wprawdzie dzielnym środkiem leczniczym, lecz w jego zastosowaniu należy indywidualizować i nie nadużywać dla utrzymania karności i porządku w zakładach. Chorzy w początkowym okresie zajęcia szczytów, jeżeli są zażywni, doznają przez długie leżenie nerwowego niepokoju, zwłaszcza serca; stają się neurastenikami, a w niektórych przypadkach otyłymi ze skazą moczanową. Dla nich korzystniejszy jest mierny ruch na świeżem powietrzu, a leżenie należy zalecać, jako wypoczynek po nim. Chore małokrwiste lub blednicze nie znoszą wcale leżenia w zimowem zwłaszcza wysokogórskiem powietrzu, doznają wogóle uczucia ziębnięcia i dreszczy, a stan chorobowy się nie poprawia. U chorych gorączkujących z usposobieniem eretycznem leżenie na zimnem powietrzu podnieca stan gorączkowy. Wielu zaś suchotnikom, skłonnym do nieżytu krtani i oskrzeli, „werandowanie“ w zimie, bez uwzględnienia stopnia ciepłoty, a zwłaszcza wilgotności powietrza, sprawia ciągłe nawroty nieżytu krtaniowo-oskrzelowego, co na stan chorobowy gruźliczego miąższu płucnego niekorzystnie działa. Dla wszystkich powyższych kategoryj suchotników największą korzyść przynosi leżenie w klimacie wysokogórskim, lecz nie w zimie, ale w miesiącach letnich. Na zimę należałoby dla nich budować sanatorya w górach lub puszczach afrykańskich. W ogólności można powiedzieć, że tylko $^3/_4$ suchotników znosi leżenie na wolnem powietrzu w zimie.

W ostatnich ustępach tej pracy wyliczone są istniejące obecnie sanatorya i wyniki leczenia w nich. W końcu zachęca autor do zakładania sanatoryów ludowych. Kwestya w niniejszej publikacyi rzeczowo poruszona, jest aktualną i zbyt ważną, aby nie zwróciła na siebie uwagi każdego praktycznego lekarza i inteligentnej publiczności. *J.*

IV. Wyciągi.

Dr. H. Hellendall. **O chirurgicznem znaczeniu trzeszczki, znajdującej się w bocznem ścięgnie górnego mięśnia brzuchatego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 37, r. 1901). Przy badaniu zapomocą promieni Röntgena stawu kolanowego, którego rzepka była złamaną, otrzymał autor cień wielkości bobu poza bocznym kłykciem kości udowej, który niewątpliwie pochodził od ciała kostnego, a takiem mógł być: odłamek kości, wolne ciało w stawie, lub trzeszczka. Przyjęto tę ostatnią, zwłaszcza, że prześwietlanie zdrowego kolana wykazało w zupełnie temsamem miejscu takiesame ciało. Podobne obrazy, — posługując się röntgenoskopią do rozpoznawania ciał w stawach, — otrzymał Martens i Wildt. Z obszernej o tym przedmiocie monografii Grubera wiemy, że trzeszczka pojawia się u człowieka tylko w zewnętrznem ścięgnie górnego przyczepu mięśnia brzuchatego, że powstaje z chrząstki szklistej przez jej skostnienie. Występuje ona bez względu na wiek i zatrudnienie osobnika, a znajduje się poza kłykciem zewnętrznym kości udowej, pokrytym chrząstką w tworach włóknistych. Można ją wyczuć w głębi rowka podkolanowego, lub tworzy tu widzialną wyniosłość. Nierozpoznanie trzeszczki może być powodem fałszywego przypuszczenia ciała obcego w stawie kolanowym. Posługując się promieniami Röntgena w rozpoznawaniu myszki stawowej, należy zdjąć obraz z obu kolan i porównać z sobą. *Dr. Ozga.*

Bruns (Heidelberg). **Przypadek późnego udaru mózgowego po urazie.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 37, 1901). Mężczyzna w sile wieku i zupełnie zresztą zdrowy został wśród pracy uderzony w głowę. Czy owo uderzenie było silne, czy też nie, oznaczyć nie można; — dość na tem, że wkrótce poszło w zapomnienie i to tembardziej, ponieważ zewnętrznie nie było ani śladów zranienia, a z objawów następowych nic, oprócz lekkiego bólu głowy, nie wystąpiło. W cztery dni później — człowiek ten miał właśnie udać się do pracy, — kilka razy dość silnie kichnął z powodu błahej jakiejś przyczyny i bezpośrednio potem wystąpiły nagle nudności, gwałtowne wymioty, zawrót głowy, utrata przytomności i głęboka śpiączka. Oczy miał w „słup", źrenice *ad maximum* zwężone, — sztywności jednak w karku brak, a cały ten ciężki stan chorobowy sprowadził w dniu następnym zejście śmiertelne. Prócz innych, w grę niewchodzących zmian, nekroskopia stwierdziła zupełny brak obrażenia ścian czaszki, części jej miękich lub jakichkolwiek sińców albo podbiegnięć krwawych, — natomiast wykazała, że prawa boczna komora mózgowa jest znacznie rozszerzona i wypełniona skrzepem krwi wielkości jaja kurzego; następnie tak ciałko prążkowane, jak i wzgórek wzrokowy zupełnie zmiażdżone. Po starannem wypłókaniu skrzepu widać mostkowato przebiegającą w poprzek przez zagłębienie małą tętniczkę, a otaczającą istotę mózgową całkowicie zniszczoną. Podczas gdy dalszy przebieg tej nitkowatej tętniczki był prawidłowy, — okazywała ona w miejscu ogołoconem z istoty mózgowej drobne wrzecionowate zgrubienie (2 mm.), a więc tętniak o naddartej ścianie, wypełniony skrzepłą krwią. Że więc w tym przypadku krwotok wewnątrzmózgowy stał się przyczyną śmierci, nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości; — daleko jednak trudniej określić przyczynę krwotoku. Na szczęście sprawę wyjaśniają dokładne wywiady, tem ważniejsze, że szło tu o zastosowanie ustawy o ubezpieczeniu od wypadków i o odpowiednią rentę dla wdowy. Autor więc tłómaczy cały tok w następujący sposób: cios, wymierzony na czaszkę, pociąga za sobą w najbliższej okolicy mózgu lub też, co się częściej zdarza, po przeciwległej jego stronie, skutkiem t. zw. *contre-coup,* zgniecenie, czyli rozmiękczenie istoty mózgowej prowadzące do jej obumarcia. Następstwem tego rozmiękczenia jest zmniejszony nacisk tej okolicy mózgu na przebiegające tu naczynia, przez co parcie w naczyniach krwionośnych, czyli parcie krwi, powiększa się, — (bo nie natrafia na przeciwparcie), naczynia więc się rozciągają, a ich ściany cieńczeją. Teraz więc wystarcza słaby uraz, by sprowadzić pęknięcie naczyńka; — słabym tym urazem było, w opisanym przypadku, kilkakrotne silne kichanie. Przypuszczenie zaś, jakoby tutaj ściana naczyńka była już nadwerężona skutkiem ogólnej miażdżycy, jest wykluczone, ponieważ nie znaleziono żadnych innych oznak zwapnienia tętnic, bądź w mózgu, bądź w dalszych okolicach ustroju; — tosamo, z małą zmianą, odnosi się do istniejącego drobnego tętniaka: trudno bowiem przypuścić, by ten tętniak mógł się w sposób ostry wytworzyć. *Dr. Henryk Pisek.*

Sonnenburg (Berlin). **Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego łączność z urazem ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 38). Treść da się ująć w następujące uwagi: Związek zapalenia wyrostka robaczkowego z urazem można przyjąć wówczas za uzasadniony, jeśli cierpienie już poprzednio istniało, a jedynie skutkiem urazu przybrało znamię ostrego przebiegu. Dlatego ważną jest rzeczą stwierdzić, czy dawniej, przed urazem, wystąpił bodaj raz jeden napad o charakterystycznej bolesności itd.; jeśli to miało miejsce, wtedy pojąć już łatwo, że skutkiem lekkiego nawet uderzenia, albo nadmiernego wysiłku tłoczni brzusznej, dawne ognisko zapalne na nowo wybucha, — obojętnie zresztą w jakiej postaci, czy jako pękanie owrzodzeń, przerwanie zrostów, ziepów itd. W żadnym atoli takim przypadku nie można przyjąć, że uraz stał się bezpośrednią przyczyną cierpienia; — uraz bowiem, jako taki, nigdy nie zdoła pociągnąć za sobą takich następstw, jeśli okolica uderzenia nie jest schorzała. Ogólnie rzecz wziąwszy można powiedzieć, że właśnie niestosunek, zachodzący między urazem a ciężkością stanu chorobowego, jest wprost znamiennem piętnem; — uniesienie bowiem ciężaru, nagłe schylenie się, lekkie uderzenie w okolicę prawego talerza biodrowego, upadnięcie na wznak przy równoczesnem gwałtownem napięciu mięśni brzusznych, mogą wywołać ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, atoli przypadki, podpadające pod orzeczenie sądowo-lekarskie, są po większej części tego rodzaju, które po takiem zapaleniu zakończyły się śmiercią. Otóż w tych wszystkich przypadkach uraz ma o tyle etyologiczne znaczenie, że skutkiem niego poprzednio istniejąca choroba się pogorszyła, lub pociągnęła za sobą śmierć osobnika; — ale nigdy, że uraz był bezpośrednim powodem niepomyślnego zejścia; gdyby nawet był bardzo silny, nigdy nie sprowadzi zapalenia, przedziurawienia lub zgorzeli zdrowego zresztą wyrostka robaczkowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Balacescu. **Podwiązanie naczyń śledziony.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 35, 1901). Pierwszy Lucas zaproponował podwiązanie naczyń śledziony, a to w celu, by śledzionę doprowadzić do zaniku w tych przypadkach, gdzie jest wskazane jej wycięcie, lecz z powodu zrostów lub innych okoliczności wycięcie to jest niemożliwe. Wszystkie cztery przypadki, znane w piśmiennictwie, w których podwiązano naczynia śledziony, zakończyły się śmiercią: dwa wskutek zapalenia otrzewnej, jeden bezpośrednio po operacyi, a czwarty w 45 dni po zabiegu. W ostatnich czasach kilkakrotnie proponowano w przypadkach nowotworów złośliwych, gdzie nie można już myśleć o operacyi, podwiązanie naczyń, doprowadzających krew, jako środek zmniejszający rozrost. Zabieg ten okazał się bardzo dobrym środkiem łagodzącym w przypadkach raka macicy. B. robił szereg doświadczeń nad podwiązaniem naczyń śledziony. Z 58 psów, u których B. podwiązał wszystkie naczynia śledziony wraz z więzadłem żołądkowo-śledzionowem, zdechło 46 psów, a 12 pozostało przy życiu. U psów, które zdechły, nastąpiła martwica śledziony; u psów, które pozostały przy życiu, B. stwierdził zanik śledziony, w niektórych przypadkach tak znaczny, że nawet pod mikroskopem nie można było znaleźć pierwiastków śledziony. Doświadczenia B. zgadzają się z doświadczeniami Boineta.

Zwierzęta, u których B. podwiązał tylko główne naczynia śledziony, a więzadło żołądkowo-śledzionowe zostawił, pozostały przy życiu. Można było stwierdzić u tych zwierząt zanik śledziony, lecz mały i powolny. W jednym przypadku B. przyszył śledzionę do ściany brzusznej po poprzedniem okrwawieniu; gdy śledziona przyrosła, B. następowo podwiązał naczynia śledziony i więzadło żołądkowo-śledzionowe; zanik postępował wtedy szybciej, — można było stwierdzić rozwój tkanki łącznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

Heinleth. **O nowotworach złośliwych na migdałkach.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1901, Nr. 35 i 36). Nowotwory złośliwe migdałków są wogóle rzeczą rzadką. Według statystyki Gurlta raki migdałków wynoszą 0,055% wszystkich raków spostrzeganych, a mięsaki 0,33%. Według mniejszej lecz nowszej statystyki Rapoca raki migdałków stanowią 0,25%, a mięsaki 2,1% wszystkich spostrzeganych przypadków tych nowotworów. Przebieg nowotworów migdałków jest bardzo złośliwy. Według obliczeń przeciętna długość trwania choroby wogóle w przypadkach złośliwych nowotworów wynosi dwa lata. Krönlein oblicza czas trwania choroby w przypadkach raków migdałków na 7 miesięcy, Housel 10 miesięcy dla raków, 7 dla mięsaków. Do specyalnie złośliwego przebiegu nowotworów złośliwych migdałków przyczynia się bez wątpienia utrudnienie w połykaniu w okresie późniejszym, co niekorzystnie wpływa na odżywienie. Pierwsze objawy nowotworów złośliwych migdałków

są często mało wybitne. Nieraz zwrócą uwagę chorego powiększone gruczoły na szyi; albo też chory przychodzi do lekarza z powodu bólów w uszach; nieraz, jako pierwszy objaw nowotworu występuje pewna trudność w połykaniu: mianowicie chory niemal przy każdem połknięciu dostaje skurczu mięśni gardła; pokarmy płynne przechodzą łatwiej. Tak raki, jak i mięsaki migdałków dają bardzo już wcześnie przerzuty w gruczołach szyjnych, często bardzo już wcześnie obrzękają gruczoły głębokie szyi. Śmiertelność przypadków operowanych wynosi 25%. Znane są przypadki, gdzie po siedmiu latach po operacyi nie było nawrotu. H. podaje przypadek mięsaka, w którym operował dwukrotnie w ciągu dwóch miesięcy: od chwili drugiej operacyi upłynęło dwa lata bez nawrotu.

Dr. Teofil Zalewski.

Passow. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia zwężeń kanału nosowo-łzowego.** (*Münch. med Wochs.*, Nr. 36, 1901). Autor wpadł na myśl w przypadkach nieuleczalnych zwykłą drogą zwężeń przewodu nosowo-łzowego rozszerzyć go sposobem krwawym od strony nosa. Po wyćwiczeniu się w tej operacyi na zwłokach P. wykonał ją cztery razy u trzech chorych w następujący sposób: po zakokainizowaniu wydalił zapomocą nożyczek Coopera przednią część muszli dolnej; gdy rana zagoiła się, wydalił w uśpieniu zapomocą dłuta z *crista turbinalis* górnej szczęki i z kości łzowej tyle, że odsłonił cały przewód nosowo-łzowy błoniasty; następnie przeciął cały przewód błoniasty wzdłuż i przeciągnął przez niego pasek gazy. We wszystkich trzech przypadkach (w jednym po obydwóch stronach) otrzymał wyleczenie. Operacya nie jest trudna. By się oryentować lepiej przy dłutowaniu, radzi włożyć do przewodu zgłębnik Bowmana. Można także całą operacyę, t. j. wydalenie przedniej części muszli i odsłonięcie przewodu nosowo-łzowego zrobić na jednem posiedzeniu w uśpieniu. U wytrzymalszych chorych możnaby względnie całą operacyę wykonać w znieczuleniu kokainowem. Operacyę można robić w ułożeniu głową na dół, lub w ułożeniu głowy na stronę chorą. Jeden przypadek, w ten sposób operowany, znajduje się w obserwacyi już rok. Pierwszy Killian zwrócił uwagę na możliwość otwarcia przewodu nosowo-łzowego od strony nosa. Killian operował w jednym przypadku zapomocą muszlotomu; przypadek ten jednak nie był obserwowany do końca leczenia. P. sądzi, że powinno się starać utrzymać przewód nosowo-łzowy błoniasty nieuszkodzonym. *Dr. Teofil Zalewski.*

Mensel. **Niespodzianki przy operacyi przepuklin.** (*Münch. med. Wochs.*, Nr. 36, 1901). M. opisuje dwa przypadki: jeden dotyczył mężczyzny 72-letniego, cierpiącego od dłuższego czasu na przepuklinę pachwinową, której w ostatnich czasach nie mógł sobie odprowadzić. Wystąpiły objawy uwięźnięcia. Jelita dały się odprowadzić przy operacyi przez otwór kanału pachwinowego, z wyjątkiem jednej pętli. Pętla ta była uciśnięta przez guz, wychodzący z krezki, który jelito zaciskał, lecz na niego nie przechodził. M. wyciął guz wraz z przylegającym odcinkiem jelita. Guz miał w przekroju 1½ ctm. długości i okazał się rakiem. Chory wyzdrowiał. Drugi przypadek dotyczył 4-letniego chłopca, u którego w ostatnich czasach przepuklina pachwinowa nie dała się odprowadzić. Dziecko wyglądało nędznie. Przy operacyi znaleziono w worku przepuklinowym jelita zrośnięte między sobą w kłębek. Tak otrzewna jelit, jak i otrzewna ścienna, usiane były gruzełkami. Przy rozdzielaniu jelit stwierdzono w jednej pętli pęknięcie. Autor jelito pęknięte zeszył i szew przytwierdził do szwu skórnego. Utworzyła się przetoka kałowa. Dziecko poprawiło się znacznie; wtedy M., w celu usunięcia przetoki, otworzył powtórnie moszna i ku swemu zdziwieniu ani na jelitach, ani na otrzewnej ściennej gruzełków nie znalazł i to tak w mosznach, jak i w jamie brzusznej. M. resekował cały kłębek jelit wraz z zawartem w kłębku jądrem, które okazało się później serowato zwyrodniałem. Dziecko wyzdrowiało. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Dr. O. Busse. **O zatruciu kwasami przy cukrzycy.** (*Münchener med. Wochensch.* Nr. 36, 1901). Autor w pracy swej stara się uzasadnić zmianami anatomicznemi w narządach wewnętrznych rozpowszechnione w nauce zapatrywanie, iż przyczyną t. zw. śpiączki cukrzycowej (*coma diabeticum*), oraz śmierci w jej następstwie jest zatrucie ustroju nagromadzającymi się, skutkiem niedostatecznego utlenienia kwasami, przedewszystkiem zaś kwasem β-oksymasłowym. W trzech opisanych przez autora przypadkach cukrzycy, w których śmierć nastąpiła wśród objawów śpiączki, badanie pośmiertne wykazało w sercu, nerkach i w wątrobie wysokiego stopnia zwyrodnienia miąższowe, częściowo zaś i tłuszczowe, a więc — zmiany, występujące między innemi stale w zatruciu ustroju kwasami; ponieważ zaś badanie pośmiertne nie wykazało żadnej innej przyczyny powstania tych zmian, stawia je więc autor w bezpośredniej zależności od nagromadzenia się w ustroju kwasów, zwłaszcza kwasu β-oksymasłowego, którego znaczne nagromadzenia w krwi i w narządach wewnętrznych w przebiegu cukrzycy wykazali już dawniej Magnus-Levy, Kraus i inni. *Gliński.*

Dr. Friedrich Teweles. **O odurzaniu eterem i o sposobie jego użycia.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 37 1901). Autor opisuje sposób zastosowania odurzenia eterowego i jego wyniki na podstawie używania go w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. Za najstosowniejszą maskę uważa autor t. zw. amerykańską, składającą się z wydrążonego walca, w którym brzeg, przypadający na nos, jest wycięty i pokryty drenem gumowym, aby nie ugniatał i nie dopuszczał powietrza do środka maski. Górny brzeg zamknięty jest szczelnie przykrywką, przeszkadzającą szybkiemu ulatnianiu się eteru. W środku cylindra znajduje się krzyż z jedwabiu lub cienkiego drutu mosiężnego, służący do umieszczania gazy, zwiniętej w kłębek. Jako środka znieczulającego używa autor eteru siarkowego, do którego dodaje olejku sosnowego, mianowicie 2 krople na 10 ctm³ eteru, dla złagodzenia pary eterowej, drażniącej bardzo błony śluzowe narządu oddechowego. Przed rozpoczęciem znieczulenia musi być wszystko gotowe do operacyi, ażeby operujący w jednej chwili mógł przystąpić do zabiegu. Następnie nalewa się, stosownie do wieku, od 10—30 ctm³ eteru do środka maski na gazę, każe się choremu zamknąć oczy i spokojnie oddechać. Po kilku spokojnych oddechach zakłada autor maskę i, jak tylko chory zaczyna się dusić, odejmuje ją, pozwala choremu na kilka oddechów powietrzem i znowu zakłada. Przy takiem postępowaniu po 10—15 oddechach chory zasypia i następuje odurzenie. Teraz można przystąpić do operacyi. Na 157 odurzeń trzecia część chorych robiła przy pierwszem cięciu ruchy odpychające, które jednak po dodaniu jeszcze 10 ctm³ eteru zupełnie znikały. Odurzenie takie utrzymywał autor stosownie do operacyi nieraz bardzo długo, zużywając najwyżej 110 ctm³ na godzinę. Trzeba także bardzo uważać, ażeby nie wziąść stanu podniecenia za budzenie się, gdyż w pierwszym przypadku maskę trzeba zaraz odłożyć na przeciąg kilku oddechów. Chory, odurzony eterem, leży spokojnie z zamkniętemi oczami, od czasu do czasu otwiera tylko powieki, rozglądając się, nie rusza jednak głową. Niektórzy chorzy wykonują ruchy, ale nigdy tą częścią ciała, która jest operowana. Chorzy, zapytywani po zupełnem obudzeniu o odczuwanie podczas operacyi, odpowiadali, że nie czuli żadnego bólu i nie wiedzieli, co się koło nich dzieje. Po przebudzeniu, które następuje po 8—10 oddechach, chorzy czuli się zupełnie dobrze i na 157 dwóch zaledwie miało wymioty, dłuższy czas trwające. Zwolnienia i osłabienia tętna, które opisuje Bergmann przy znieczulaniu eterowem, autor nie spostrzegł nawet w wadach i otłuszczeniach serca; zapalenie płuc również nie wydarzyło się u żadnego chorego; tylko u niektórych spostrzegano zwiększone ślinienie. Źrenice na początku odurzania zwężały się, a odruchy rogówkowe i oddziaływanie źrenic na światło były zawsze utrzymane. Duszenia, ani innych przypadków nie było, Autor używał odurzenia bez względu na wiek i rodzaj operacyi i zawsze ze skutkiem pomyślnym. Podczas operacyi, trwających przeszło godzinę, chorzy przechodzili z odurzenia w znieczulenie eterowe bez przebycia stanu podniecenia, może wskutek zmęczenia, spowodowanego długotrwającem odurzeniem. Zebrawszy wszystko razem, autor wyciąga następujące wnioski: 1) Operacyę należy zaczynać prawie równocześnie z rozpoczęciem odurzania; stanu podniecenia nie bywa; 2) zużywa się bardzo mała ilość eteru; 3) przygotowanie chorego jest czysto psychiczne i całą jego uwagę należy zwrócić na odurzenie; 4) sposób użycia jest bardzo łatwy tak, że i w praktyce prywatnej można go stosować; 5) odurzenie eterowe nie zawodzi prawie nigdy, a w najgorszym razie można prowadzić dalej znieczulenie chloroformem, które jest o wiele łatwiejsze po odurzeniu, niż bez niego; 6) odurzenie eterowe jest zupełnie bezpieczne. Co do stron ujemnych wymienia: *a)* krzyk u niektórych chorych, pomimo że bólu żadnego nie odczuwają; *b)* występujący czasami ruch odpychający przy pierwszem cięciu; *c)* ujemny wynik odurzenia eterem u niektórych chorych bardzo rozdrażnionych, lub u pijaków. Pomimo tego autor jest za odurzeniem eterowem, zwłaszcza w operacyach, nie wymagających głębokiego snu, tembardziej, że wszystkie ujemne strony dadzą się ominąć przez umiejętne zastosowanie.

Dr. Sędzielowski.

Doc. Dr. Hermann Schoffer. **Przyczynek do operacyjnego leczenia podwójnego zwężenia żołądka.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 38, 1901). W zwykłych przypadkach żołądka klepsydrowatego, w których nie można ze względów technicznych wykonać gastroanastomozy Wölflera, gastroenterostomia daje wyniki zadawalniające. Jeżeli obok przewężenia klepsydrowatego istnieje także zwężenie w odźwierniku, wtedy gastroenterostomia jest niewystarczającą, jak widać z kazuistyki Cartego i Fantino, lecz należy oba worki, pośrednio lub bezpośrednio połączyć z jelitem. Odnośne do tego sposoby operacyjne i ich kombinacye omawiał Hacker teoretycznie, a do dwóch przypadków, operowanych w myśl wniosków Hackera, przybywa przypadek autora, w którym, z powodu klepsydrowatego przewężenia z równoczesnem zwężeniem w odźwierniku, wykonał gastroplastykę (gastroanastomoza okazała się

niemożebną z powodu zrostów), następnie gastroenterostomię przednią między częścią odźwiernikową a jelitem cienkiem, zaś poniżej założył anastomozę Brauna, między do- a odprowadzającą pętlą jelita. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, tylko pewne uczucie gniecenia występowało po złem zżuciu pokarmów, czego przyczyna tkwiła w tem, że zrobiono gastroplastykę, a ta niekiedy nie przywraca prawidłowej czynności żołądka. Zamiast gastroplastyki, uwarunkowanej rozległością zrostów przy podwójnych zwężeniach żołądka, możnaby myśleć o założeniu podwójnej gastroenterostomii. Wykonanie jej jednak bywa nieraz niemożliwe z powodu trudności technicznych, lub nieodpowiedniej ściany żołądka (n. p. ścieńczenie znaczne), a raczej wtedy będzie zaleconą, gdy dno obu worków da się wyciągnąć przed powłoki brzuszne. Stosując gastroanastomozę, względnie gastroplastykę z gastroenterostomią, należy starać się, by tę zakładać na części odźwiernikowej. O ile w dobrotliwych przypadkach do każdej gastroenterostomii dodaje się anastomozę Brauna, to winno się to czynić i przy dwukrotnych zwężeniach żołądka. *Dr. Ozga.*

Dr. Ernest Schiff. **Przyczynek do hematologii noworodków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Nr. 54., 13., IV, 1, 2, II., 1901). Ciężar gatunkowy krwi noworodków okazuje w pierwszych dziesięciu dniach życia wahania między 1,080 a 1,060, a mianowicie przeważa w pierwszych sześciu dniach 1,070—1,080, a od 6-go do 10-go dnia 1,060—1,070. Ciężar gatunkowy krwi noworodków zmniejsza się stopniowo od pierwszego do dziesiątego dnia życia. Stopień zmniejszania się wynosi z dnia na dzień przeciętnie 0·001. We dnie jest on wyższy, niż w nocy. Różnica ta w pierwszych trzech dniach życia jest najwyższą (przeciętna 0·003); od tego dnia się zmniejsza stopniowo, od 0·003—0·001.

Następujące okoliczności wpływają na ciężar gatunkowy krwi noworodków: 1) Stopień rozwoju noworodków: im lepszy rozwój, tem wyższy ciężar krwi; 2) czas odcięcia pępowiny, gdyż im później odcina się pępowinę, tem wyższy jest ciężar gatunkowy krwi. Płeć, jak również okoliczność, czy płód pochodzi od pierwiastki, czy wieloródki, nie ma wpływu na ciężar gat. krwi. Żółtaczka noworodków wpływa niekorzystnie na ciężar gatunkowy krwi, gdyż przeciętnie ciężar zmniejsza się o 0·003. Stałego stosunku między liczbą ciałek krwi, zawartością hemoglobiny, a ciężarem gatunkowym krwi dopatrzeć się nie można. Autor wyraża w końcu przypuszczenie, iż narodowość ma znaczny wpływ na skład krwi, a więc i na ciężar gatunkowy, liczbę ciałek krwi i zawartość hemoglobiny.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. E. Tschudy. **Sposób zapobiegania nagłemu zwężeniu tchawicy zapomocą intubacyi.** (*Archiv für klinische Chir.* T. 64, Z. 1, 1901). Autor opisuje przypadek wola, w którym wśród operacyi wystąpiła gwałtowna duszność. Zamiast wykonać tracheotomię, włożył przez usta do tchawicy zgłębnik żołądkowy i w ten sposób uratował chorą. Przypadek dotyczył pacyentki z wolem, sięgającym od szczęki dolnej do mostka. Badaniem można było rozróżnić trzy wielkie guzy płatowe: prawy, środkowy i lewy. Objętość szyi wynosiła 53 ctm., duszność była wielka. Do operacyi przystąpiono w uśpieniu chloroformowem. Po przecięciu skóry i odsunięciu mięśni wystąpił nagle guz prawy ku przodowi i w tej chwili chora zaczęła się dusić. Odprowadzenie guza na dawne miejsce nie pomagało. Ponieważ wól pokrywał całą krtań i tchawicę na grubość 7 ctm. i był silnie unaczyniony, wykonanie tracheotomii było niemożliwe z powodu obawy wielkiego krwotoku. Wtenczas wpadł autor na myśl wprowadzenia zwykłego zgłębnika żołądkowego półtwardego przez usta do tchawicy aż do jej rozdwojenia się. Chora zaraz zaczęła dobrze oddychać, a sinica ustąpiła. Zgłębnik pozostawiono do końca operacyi, która trwała jeszcze dwie godziny. Po wyjęciu całego wola przekonano się, iż powodem duszenia było zupełne rozmiękczenie tchawicy i załamanie się jej wskutek wyskoczenia guza prawego ku przodowi. Po skończeniu operacyi zgłębnik wyjęto, a chora nie miała już potem znaczniejszej duszności. Przez następnych osiem dni głos chorej był cichy i miała lekkie zapalenie krtani. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a badanie krtani i strun głosowych wziernikiem przed wyjściem chorej ze szpitala nie wykazało żadnych zmian. Autor podaje ten sposób, gdyż dotychczas jeszcze nigdy nie był próbowany, a w razie nagłej potrzeby może być użyty zamiast tracheotomii. Za najstosowniejsze uważa autor zgłębniki kauczukowe półtwarde, o średnicy światła 6—7 mm. *Dr. J. Sędzielowski.*

Prof. Dr. Spaengel. **Przyczynek do wczesnego operowania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Archiv für klinische Chirurgie* T. 64, Z. 1, 1901). Autor zastanawia się nad wyborem czasu operowania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i jest tego zdania, że im prędzej przystępuje się do operacyi, tem wyniki są lepsze, a ogólnym błędem lekarzy chorób wewnętrznych jest przeciąganie choroby leczeniem wyczekującem, przez stosowanie okładów i makowca, wskutek czego chory z większemi już zmianami, a w gorszych warunkach, dostaje się w ręce chirurga. Jako najlepszą porę do zabiegu operacyjnego oznacza S. czas do 48 godzin po pierwszym napadzie. Na dowód swego twierdzenia przytacza on statystykę własnych operacyj. Od grudnia 1900 roku miał on 8 przypadków ostrego, a 7 przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego: cztery były operowane przed upływem 48 godzin po pierwszym napadzie z wynikiem dobrym, reszta była operowana nieco później, z tych jeden zakończył się śmiercią z powodu zapalenia otrzewnej. Następnie zestawia S. statystykę leczenia porównawczą ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego sposobem wyczekującym z statystyką leczenia operacyjnego w Niemczech, z której wynika, że śmiertelność w pierwszym przypadku wynosi 12%, a w drugim 20%. Lekarze francuscy i amerykańscy, którzy są zwolennikami jak najwcześniejszego operowania, mają zaledwie cztery do pięciu % śmiertelności po operowaniu przed upływem 48 godzin; w porównaniu więc do 12% śmiertelności przy leczeniu wyczekującem, wybór leczenia powinien się przechylić na stronę operacyjną. Dlatego autor wzywa tych, którzy są jego zdania, ażeby starali się zbierać jak najliczniejszą statystykę operacyj dokonywanych przed upływem 48 godzin po pierwszym napadzie, i tym sposobem dowiedli, że operacya wczesna daje o wiele lepsze wyniki, niż leczenie wyczekujące, gdyż zapalenie wyrostka robaczkowego jest jego ropówką, a więc chorobą chirurgiczną i jedynym pewnym środkiem leczenia jest operacya jak najwcześniejsza. W końcu podaje autor sposób, w jaki operuje. Jeżeli może wybadać dokładnie miejsce ropnia, robi tam cięcie i stara się wydobyć wyrostek robaczkowy; jeżeli nie może, to prowadzi cięcie po zewnętrznej stronie mięśnia prostego, dostaje się do jamy brzusznej, odsuwa części zdrowe, i w ten sposób dostaje się do wyrostka, wycina go i zakłada worek Mikulicza. Następnie zaszywa częściowo ranę. Po tego rodzaju operacyach autor nie spostrzegał nigdy przepukliny następowej. *Dr. J. Sędzielowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wolff. **Leczenie tryonalem.** (*Centrbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 21. V. 1901). W 3 przypadkach ostrej psychozy osiągnął W. podawaniem tryonalu zdumiewający skutek. Sen trwał około 12 dni. Pierwszego wieczoru podano 2·00, nazajutrz rano i wieczór znowu po 2·00, a potem w dniach następnych codziennie rano i wieczorem po 1·00, albo mniej tak, że chory przez cały ten czas znajdował się w stanie mrzenia. Przebudzenie następowało powoli w ciągu 1—2 dni; chorzy byli spokojni tak, że w krótkim czasie opuszczali zakład uleczeni. Wszystkie te przypadki były ostre i świeże. W ostrem lub dłużej trwającem obłąkaniu lek ten był bezskuteczny. W opisanych przypadkach W. przypisuje tryonalowi skrócenie przebiegu choroby. *Dr. Flis.*

Dr. C. G. Pfeiffenberger. **Dalsze spostrzeżenia nad epikaryną.** (*Klinisch. therap. Wochenschrift* Nr. 29. 1901). Dawniejsze pomyślne doświadczenia nad działaniem epikaryny w świerzbie i świerzbiączce popiera P. nowymi 24 przypadkami świerzbu i 6 świerzbiączki. W większej części przypadków nie było żadnych zaburzeń skórnych; w kilku tylko przy bardzo wielkiej wrażliwości skóry, wystąpił lekki wyprysk. Równocześnie spróbował P. epikaryny w łuszczycy (3 przyp.) i liszaju wyłysiającym (około 20 przypadków). Rozczyn szybko wysycha, z tego więc względu może być stosowany także i na twarzy, pozostaje bowiem po zapędzlowaniu tylko lekkie zaróżowienie skóry. Lek ten po wyschnięciu jest bezwonny. Nadaje się więc do leczenia ambulatoryjnego. Ilość pędzlowań zależy od rozległości sprawy chorobowej. W lżejszych przypadkach wystarcza 4—6. Przed pędzlowaniem należy miejsca chore kilka razy wymyć. P. poleca zatem epikarynę w świerzbie, świerzbiączce, liszaju wyłysiającym, natomiast w łuszczycy wynik leczenia jest ujemny. P. posługuje się następującym przepisem: Rp. *Epicarini 5·00, Alcoh. absol. 50·00 DS. Pędzlowanie.* Również Kaposi (*Heilkunde* Nr. 6. 1901) poleca epikarynę w świerzbie w postaci maści 10—20% zamiast naftolu: Rp. *Epicarini 10·0—20·0, Ung. simpl. 100·00, DS. Maść.* *Dr. Flis.*

Prof. Ssaweljew. **Aspiryna w wypocinowem zapaleniu opłucnej.** (*Allg. med. Centr. Zeit.* 54. 1901). Aspiryna ma tę wyższość nad kwasem salicylowym i salicylanem sodowym, że w większej części przypadków nie wpływa szkodliwie na przewód pokarmowy. Według wszelkiego prawdopodobieństwa przechodzi przez żołądek w stanie niezmienionym i dopiero w alkalicznej treści jelit rozszczepia się powolnie na swe składniki. Tem tłómaczyć można brak objawów ubocznego działania. Aspiryny używa autor od chwili pojawienia się jej w handlu, zawsze z bardzo dobrym skutkiem leczniczym. Twierdzenia swoje popiera jednym, szczegółowo opisanym przypadkiem zapalenia opłucnej. W powszech. szpi-

talu monachijskim, w oddziale Prof. Ziemssena, polecają aspirynę również w miejsce salicylanu sodowego w grypie i podnoszą jej skuteczność przy braku objawów ubocznych.

Dr. Flis.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 12 maja 1901.

Przewodniczący kol. prof Kostanecki.

I) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II) Kol. prof. Kader przedstawił 1) chorego mężczyznę po wycięciu raka krtani. Wycięto krtań i tchawicę aż po dołek nadmostkowy (jugulum), przez co głos chorego jest w wysokim stopniu upośledzony. Czy wystąpi nawrót choroby, przyszłość pokaże.

2) Chorego mężczyznę, przesłanego do kliniki chirurgiczej z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza, z powodu objawów zwężenia odźwiernika. Podczas operacyi pokazało się, że odźwiernik zrośnięty był z wątrobą i trzustką, nadto stwierdzono głębokie owrzodzenie, którego dno wypełniała otrzewna. Wykonano gastroenterostomię, operowany jest obecnie wyzdrowieńcem.

3) Chorą kobietę, przysłaną do kliniki chirurgicznej z kliniki chorób wewnętrznych z powodu guza w okolicy odźwiernika. Wykonano wycięcie odźwiernika, a wynik operacyjny jest bardzo dobry. Drobnowid wykazał utkanie rakowe *(Carcinoma infiltrans)*. Prelegent przedstawił do 1-go i 3-go przypadku odnośne preparaty.

W dyskusyi kol. Ciechanowski zwrócił uwagę, że w przypadku trzecim już gołem okiem można rozpoznać przyrodę nowotworu i podniósł, że w tych przypadkach warstwa mięsna odźwiernika jest silnie przerosłą, kol. Latkowski omówił objawy kliniczne tegoż przypadku 3-go. Badanie treści żołądkowej wykazało obecność kwasu solnego i mlekowego, a trawienie nie było upośledzone; brak wspomnianych kwasów znachodzi się tam, gdzie już występuje chera (kacheksya).

III. Kol. Gliński przedstawił: 1) okaz, demonstrujący wędrówkę kamieni żółciowych. U 70-letniej kobiety, zmarłej z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu kamicy żółciowej, badanie pośmiertne wykazało tkwiący w samem ujściu przewodu żółciowego wspólnego do dwunastnicy, kamień żółciowy wielkości orzecha laskowego, widoczny już od strony dwunastnicy. W tymże przypadku istniało zwyrodnienie włókniste szczytu woreczka żółciowego, zrośnięcie woreczka z dwunastnicą, oraz i okrężnicą, w ścianach zaś dwunastnicy i okrężnicy, w miejscach zrostu z woreczkiem żółciowym, znajdowało się po jednem zagłębieniu, które przy bliższem badaniu okazało się ujściem przetoki, biegnącej poprzez zrosty do szczytu woreczka żółciowego. Zdaniem prelegenta przetoki te są pozostałością po wędrówce kamieni żółciowych z woreczka do jelit. Tak więc w danym przypadku kamienie żółciowe trojaką drogą dostawały się do jelit: drogą naturalną przez przewody żółciowe; drogą przetoki dwunastniczo-woreczkowej i wreszcie drogą przetoki okrężniczo-woreczkowej. Główne przewody żółciowe były dość znacznie rozszerzone i w przewodzie wspólnym znajdowało się jeszcze kilka kamyków żółciowych. W obrębie wątroby widoczne było rozszerzenie tylko grubszych przewodów żółciowych, podczas gdy przewody drobniejsze rozszerzenia tego nie okazywały. Wreszcie zwraca prelegent uwagę na dość liczne, rozrzucone w wątrobie, żółcią podbarwione ogniska martwicze (nekrotyczne), odgrywające ważną rolę przy powstawaniu marskości wątroby po zamknięciu światła przewodu żółciowego wspólnego.

2) W dalszym ciągu przedstawił kolega Gliński narządy wewnętrzne, pochodzące z jednorocznego dziecka, zmarłego na białaczkę;— przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na usadowienie nacieków białaczkowych w niezwykłych miejscach. Jednocześnie przedstawił kol. G. preparaty drobnowidowe tych nacieków (przypadek w całości zostanie ogłoszony drukiem).

IV. Wreszcie kolega doc. Raczyński miał wykład: »O kwaśnym nieżycie jelit u osesków«. (przeznaczone do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy Landau, Seńkowski i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 czerwca 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytał pismo Towarzystwa uniwersytetu ludowego imienia Mickiewicza w Krakowie, podpisane przez prezesa kol. prof. Bujwida, zwracające się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego o pomoc w ułożeniu programu, oraz dostarczenie prelegentów do wykładów popularnych, mających się odbyć w jesieni b. r. i zawiadamia, że Komitet Towarzystwa na posiedzeniu w dniu 15 czerwca b. r. uchwalił pismo to odczytać na posiedzeniu Towarzystwa i zachęcić członków do wzięcia udziału w tych odczytach. Uchwalono.

III. Kol. prof. Kader przedstawił następujące przypadki pooperacyjne:

a) Chorą, u której z powodu wrzodu żołądka, zrośniętego z wątrobą, a nadto z powodu nacieku rakowego, usadowionego blizko wpustu i silnie krwawiącego, wykonano gastroenterostomię metodą Wölflera, jejunostomię pomysłu prelegenta. Krwawiące miejsce podczas operacyi przypalono, a ścianę żołądka zeszyto ze ścianą wątroby. Chorą żywiono za pośrednictwem rurki, wpuszczanej w jelito; obecnie ma się ona dobrze.

b) Preparat z chorego mężczyzny po operacyi raka rzyci, u którego pole operacyjne znieczulono metodą Corninga — Biera.

c) Chorą, liczącą lat 65, u której wykonano operacyę na wardze dolnej z powodu raka, z plastyką dorpacką. Prelegent wyłuszcza zawsze w tych przypadkach i gruczoły, położone pomiędzy tętnicami dogłowowemi.

W dyskusyi zabierali głos: o przypadku *b)*: kol. Kryński i prelegent; o przypadku *a)*: kolega Surzycki i prelegent.

IV. Kol. St. Dobrowolski miał wykład: »O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu ropni wychodzących z części rodnych kobiecych, na podstawie przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Jordana (przeznaczone do druku).

V. Kol Stankiewicz demonstrował włókniaki macicy, operowane w ostatnim roku szkolnym w klinice prof. Jordana (przeznaczone do druku).

VI. Kol. B. Wojciechowski omówił przypadek krwotoku macicznego (przeznaczone do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

36. Dr. R. Jedlička odczytuje wykład prof. Maydla (Praga): **O nowotworach żołądka.**

37. Prof. V. Janovský (Praga): **Dalsze badania nad endoskopią cewki moczowej.**

38. Docent O. Frankenberger (Praga): **Górne drogi oddechowe u młodzieży szkolnej.** W ciągu trzech lat (1897—1899) badał autor górne odcinki dróg oddechowych u 2400 chłopców i 2377 dziewcząt. W jamie nosowej znalazł nieprawidłowości (zboczenie przegrody, *crista* i *spina septi*) wprawdzie też i przed drugiem ząbkowaniem, lecz przecież daleko rzadziej, aniżeli później W 28 przypadkach napotkał rażąco małe muszle dolne, a z tych w 15 przypadkach wydzielinę wysychającą, w 1 przypadku nawet cuchnącą. Zdaniem jego przemawia to za zapatrywaniem Zaufala, według którego pierwszym warunkiem nieżytu cuchnącego (*ozaena*) jest niedostateczny rozwój muszli dolnych.

W jamie ustnej spostrzegał w 34·49% przerost migdałków, w 1·1% podniebienie wysklepione, w 32·95% przerost migdałków dodatkowych, w wysokim stopniu tylko 4%. Przytem nie zauważył żadnego wpływu stosunków higienicznych lub socyalnych na przerost migdałków dodatkowych; również co do stosunku pomiędzy przerostem migdałka tego a rozwojem zdolności umysłowych nie stwierdził żadnego ścisłego związku.

39. Dr. B. Honzák (Praga): **O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.** W pierwszem dziesięcioleciu kliniki prof. Maydla (od roku 1891) leczono tam 191 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, z których operowano 144. Z tej ostatniej grupy umarło 31 (21·5%). W stanie ostrym lub podostrym operowano 104 chorych (umarło 30), w okresie wolnym od napadów zaś 28 chorych (umarł 1). Chorzy zgłaszali się przeważnie zapóźno tak, że 9 razy ropa przebiła skórę prawego podbrzusza, 5 razy wypukłała okolicę lędźwiową, raz rozszerzyła się na udo, raz na worek mosznowy itd. Kilka razy popełniono pomyłki rozpoznawcze (rozp. przepukliny uwięzniętej itd.). Pod względem etyologicznym zapisać należy, że trzy razy znaleziono promienicę, jako przyczynę. Autor przemawia przeciw szablonowemu zastosowaniu zabiegu chirurgicznego w każdym przypadku. W większej części przypadków bowiem okres ostry ustępuje, a z drugiej strony niebezpieczeństwo zakażenia jamy otrzewnowej przy operacyi jest w tym właśnie okresie największe. Operacya zaś w czasie ukojenia objawów zapalnych jest łżejsza i nie staje się tak często źródłem przetok i przepuklin pooperacyjnych, jak operacya, dokonana podczas napadu. Przy ogólnem zapaleniu otrzewnej niema wprawdzie prawie nadziei na wyleczenie operacyjne, lecz pomimo tego wykonuje się zabieg ten zawsze. Wyrostek robaczkowy wycinają w klinice prof. Maydla tylko wtedy, jeżeli można go łatwo znaleźć (18 razy z pomiędzy 85 przypadków). Wyszukiwanie go za każdą cenę uważa autor za szkodliwe.

40. Docent K. Švehla (Praga): **Rozpadliny rzyci.** Prelegent spostrzegał 4 przypadki rozpadlin rzyci u dzieci, u których objawy tak dalece zgadzały się z obrazem zapalenia stawu biodrowego, że nawet w jednym przypadku założył chirurg opatrunek ustalający. Żadne z tych dzieci nie skarżyło się na ból przy oddawaniu stolca i u żadnego nie spostrzegano krwawienia. Autor tłomaczy cechujące ułożenie kończyny jako instynktowne w celu jak największego oddalenia od siebie pośladków. Ból, który dziecko odczuwało przy uderzeniu w piętę, powstaje przez przeniesienie się ruchu aż na pośladki. Po znieczuleniu otworu stolcowego kokainą ból ten przy uderzeniu w piętę nie występował.

41. Dr. B. Niederle (Praga): **O wynikach leczenia raka odbytnicy.** Prelegent omawia 188 przypadków raka odbytnicy, z których $^{2}/_{3}$ operowano (klin. prof. Maydla). Pomiędzy 61 przyp. leczenia doszczętnego 13 razy operowano od strony międzykrocza, w reszcie zaś przyp. drogą kości krzyżowej. Po operacyi umarło 15%, reszta zaś żyła przeciętnie przez 12 miesięcy: u jednego z chorych upłynęło od operacyi obecnie już $3^{1}/_{2}$ lat. Stosunkowo gorsze od innych wyniki dawał sposób Kraskego. Kolotomij zapobiegawczych dokonano 75, przyczem śmiertelność wynosiła 4%, przeciętnie zaś żył chory 10—11 miesięcy (najwięcej $3^{1}/_{4}$ roku) po operacyi. Ostatecznie dochodzi autor do wniosku, że przy operacyi doszczętnej powinno się stosować sposoby pojedyncze, a w przypadkach, które leżą na samych kresach leczenia doszczętnego, lepiej zadowolnić się operacyą zapobiegawczą — kolotomią.

42. Dr. J. Jerie (Praga): **Znaczenie ułożenia Walchera.** Walcher podaje, że dzięki jego sposobowi ułożenia można wydłużyć wymiar prosty wchodu miednicy o 1 ctm.; według innych badaczy wydłużenie to nie przekracza 2—3 mm. Ponieważ jednak tak małe powiększenie nie może nam wytłómaczyć korzystnego wpływu ułożenia Walchera, sądzi autor, że wpływ ten polega na zwiększonem napięciu mięśni prostych. W ułożeniu tem oddala się bowiem klatka piersiowa od przedniego brzegu miednicy, przez co mięśnie się naciągają. Ułożenie Walchera można zastosować w przypadkach poprzedzającej główki wśród miernego niestosunku porodowego. Warunki jednak są następujące: 1. główka leży centralnie lub weszła już odcinkiem małym do miednicy małej; 2. pęcherz pękł; 3. ujście dostatecznie otwarte; 4. kurcze macicy energiczne: wreszcie 5. nie powinno być poważnych objawów ze strony rodzącej. Ułożenie Walchera może trwać nie dłużej, niż $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ godzin.

43. Dr. A. Ostrčil (Praga): **O dolnym odcinku macicy.** W czasie ciąży odcinek dolny macicy nie istnieje wogóle (wbrew zapatrywaniu Küstnera i Schrödera). Światło macicy przedstawia w tym czasie jeden przestwór. Ściana macicy w kierunku ku dołowi staje się tylko powoli cieńszą. Pod koniec ciąży szyja macicy rozszerza się czasami. Podczas porodu szyja rozszerza się i wyciąga do góry. Dolny odcinek w czasie porodu nie jest czem innem, jak tylko wyciągniętą i rozszerzoną szyją.

Przekonania tego nabrał autor w klinice, w sali sekcyjnej i zapomocą mikroskopu.

44. Dr. F. Šamberger (Praga): **Przyczynek do nauki o niedokrewności kiłowej.** Na podstawie preparatów z krwi, przyrządzonych własnym sposobem, przekonał się autor, że kiła zmniejsza wytrzymałość ciałek czerwonych wobec różnych czynników, szczególnie wobec rtęci. Jednakże przez dalsze stosowanie chorym rtęci odzyskują ciałka czerwone odporność swoją na nowo. Dobrym wskaźnikiem zmian tych we krwi jest pojawienie się urobiliny w moczu. Ilość jej powiększa się bowiem w miarę rozpadu ciałek czerwonych i odwrotnie. W jednym przypadku już w przeciągu $^{1}/_{2}$ godziny po wcieraniu rtęci pokazała się urobilina w moczu, co autor przyjmuje za dowód, że tak szybkie wessanie rtęci mogło nastąpić tylko na drodze oddechowej.

45. Dr. Stan. Hejda (Praga): **Wyniki leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej.** Z badań ostatnich lat wynika, że kamica żółciowa jest chorobą miejscową, wywołaną przez drobnoustroje. Z 44 przypadków, operowanych na klinice prof. Maydla, badano bakteryologicznie 27. W liczbie tej 18 razy znaleziono *b. coli*, dwa razy *b. coli* i łańcuszkowce, trzy razy *b. coli* i gronkowca, 6 razy płyn był jałowy. Za jeden z głównych objawów uważają ogólnie żółtaczkę, lecz są przypadki, — nawet zakażenia przewodu żółciowego, przebiegające bez niej. Z zabiegów leczniczych w przyp. przewlekłej kamicy autor przemawia stanowczo za operacyą i to przedewszystkiem za cholecystostomią, gdyż ona dawała najlepsze wyniki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Od Administracyi.

Nowe zarządzenie władzy rosyjskiej nakłada cło na druki polskie, wykonane za granicą a przeznaczone dla odbiorców w państwie rosyjskiem. Prawo to rozciągnięto i na czasopisma, które obecnie dostawać się mogą w granice Rosyi tylko jako towar podlegający ocleniu. Zarządzenie to zaskoczyło Administracyę naszego czasopisma nie uprzedzoną i nie przygotowaną, co spowodowało, że N. N. 40 i 41 „Przeglądu lekarskiego“ abonenci nasi w granicach Rosyi otrzymali z większem lub mniejszem opóźnieniem. Obecnie ekspedycya „Przeglądu lekarskiego“ została już zastosowaną do wymagań wyżej wspomnianych zarządzeń i regularna rozsyłka czasopisma jest zapewniona.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 24 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo przyrodnicze im. Kopernika odbyły dnia wczorajszego posiedzenie uroczyste ku uczczeniu naukowej działalności zmarłego w Petersburgu prof. Marcelego Nenckiego.

Po wstępnem przemówieniu prezesa prof. Kostaneckiego i naszkicowaniu życiorysu przez prof. Cybulskiego, przemawiali: prof. Bujwid, docenci: Seńkowski, Wróblewski i Marchlewski oświetlając z różnych stanowisk naukowych wiekopomne prace znakomitego biologa.

* W pogrzebie ś. p. prof. Marcelego Nenckiego wzięli udział: prof. K. Kostanecki z Krakowa i prof. W. Sieradzki ze Lwowa, jako delegaci instytucyj naukowych i lekarskich tych miast

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 16 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem przewodniczący, kol. prof. Kostanecki, poświęcił gorące wspomnienie zmarłemu w czasie wakacyi członkowi Towarzystwa Drowi Janowi Buszkowi, oraz w wymownych słowach uwydatnił wielką stratę, jaką poniosła nauka przez śmierć prof. Marcelego Nenckiego, członka honorowego Towarzystwa. W dalszym ciągu zapowiedział przewodniczący, że posiedzenia do końca roku, z powodu mnogości zapowiedzianych odczytów, odbywać się będą co tydzień. Poczem nastąpiła zapowiedziana demonstracya rzadkich preparatów anatomicznych przez kol. Dra Glińskiego i odczyt kol. Dra Droby: »Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni«. W dyskusyi nad tym zajmującym wykładem zabierali głos koledzy: docent Kryński, prof. Nowak, Dr. Lewkowicz, Dr. Hirsch i Dr. Bier.

* Wydział krajowy mianował Dra Zenobiusza Lewickiego dyrektorem szpitala w Kołomyi.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego

Uniw. Jag., dopuszczając do wykładów Dra Adama Bochenka (anatomia) i Dra Franciszka Krzyształowicza (dermatologia i choroby weneryczne).

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw Jag. otrzymał Edward Witalis Goldwasser.

* Nr. 151. »Odczytów klinicznych« zawiera monografię Dra Wład Janowskiego: »Fizyologia i patologia ogólna wymiotów«.

* W projekcie prawa przemysłowego znajduje się paragraf o kasach chorych majstrów, który nadaje im prawo ubezpieczania się tylko na przypadek choroby i na koszta pogrzebu: a wyłącza ubezpieczanie się na bezpłatną pomoc lekarską; przypuszczać należy, że to ostatnie zastrzeżenie jest następstwem starań Izb i stowarzyszeń lekarskich

* Wykłady z pedyatryi w uniw. wiedeńskim objął zastępczo po zmarłym Wiederhoferze prof. A. Monti.

* Redakcya »Wiener klin. Rundschau« wydała ku uczczeniu 60-tej rocznicy urodzin prof. Nothnagla Nr. (41) jubileuszowy o 60-ciu stronach druku, zawierający 26 prac oryginalnych i ozdobiony podobizną jubilata.

* Podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu zawiązało się »Towarzystwo dla historyi medycyny i nauk naturalnych», którego przewodniczącym wybrano Dra Südhoffa. Roczna wkładka wynosi 10 Mk., lub też jednorazowo 150 Mk. Prezydyum wzywa do wpisywania się wszystkich, którzy się interesują dziejami nauk lekarskich i przyrodniczych, bez względu na narodowość. Należeć do tego Towarzystwa również mogą instytucye i stowarzyszenia. Towarzystwo będzie miało swój organ, którego pierwszy zeszyt ukaże się na początku roku 1902. Wpisy i wkładki przyjmuje na Austryę docent Max Neuburger *(Wiedeń VI, Kollergern-Gasse, 3)*.

* Od dnia 23 b. m. odbywa się w Sofii pierwszy Zjazd lekarzy bułgarskich. Jeśli wbrew uchwałom, powziętym w Paryżu i w Pradze, lekarze bułgarscy nie zaprosili na ten Zjazd innych słowian, to jest to prostem następstwem braku miejscowych warunków do wypełnienia zadań lekarskiego Zjazdu. Bułgarya przebywa okres organizowania się i nie można się dziwić, że w ciągu 25-ciu lat swej niepodległości nie wytworzyła jeszcze tych instytucyj naukowych, klinicznych i szpitalnych, bez których nie można sobie wyobrazić powodzenia Zjazdu lekarskiego.

* W całem państwie rosyjskiem praktykuje 20.092 lekarzy, 19.450 mężczyzn i 642 kobiet. Jeden lekarz przypada na 6500 mieszkańców.

Mianowania i odznaczenia. Stanowisko kierownika nowoutworzonej profesury medycyny sądowej w Wrocławiu otrzymał prof. nadzw. Dr. Lesser.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. Majewski: O zachowaniu się błękitu metylowego w ustroju. Grudziński i Konwerski: Światło jako środek leczniczy (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr 10. Biegański. O zadaniach towarzystw lekarskich prowincyonalnych. Serkowski: O kryoskopii. Handelsman: Przypadek tężca, leczonego surowicą swoistą z zejściem pomyślnem.

— *Medycyna* Nr. 42. Czaplicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (c. d.)

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim (c. d.). Zieliński: O protetycznem leczeniu braków podniebienia (c. d). Zboril: III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. Sekcya stomatologiczna (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Vitek: Paramyoclonus multiplex. Pešina: O výsledcich serotherapie při diftherii v Čechách. (c d.)

— *La Presse médicale* Nr. 83. Labbé: Porażenie nerwu sprychowego skutkiem jego naciągnięcia. Sicard: Albumosurya i odczynniki: Bence Jonesa i Jacquemeta. — Nr. 84. Brun: Odprowadzenie bezkrwawe wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym. Wskazania i rękoczyn operacyjny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Paltauf: Patologia komórkowa i odporność. Kraus i Clairmont: O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Eisenberg: O izoglutyninie i izolizynie w ludzkiej surowicy. Schläfrig: O sarcynie chorobotwórczej. Kreissl: Przyczynek do kazuistyki wąglika płuc. Schwarz: Cytogeneza komórek szpiku kostnego. Paltauf: O przemieszczeniu serca na stronę prawą klatki piersiowej z jednoczesnym jego obrotem na prawo *(dextroversio)*. Paltauf: O bruzdach poprzecznych w rdzeniu pacierzowym przy porencefalii. Tannenhain: Przyczynek do wiedzy o rzekomych kępkach żółtych elastycznych *(Pseudoxanthoma elasticum)*. Sternberg: Przypadek uwięźniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej. Sternberg: Wieloraki mięsak jelita cienkiego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 42. Loeffler: Nowa metoda leczenia raka. Becker: Przyczynek do nauki o chłoniakach. Schwarzkopf: Nagminne zapalenie gruczołu przyusznego, z niezwykle ciężkimi objawami. Martin: Rozcięcie spojenia łonowego i cięcie cesarskie. Ziemke: Dalsze przyczynki do rozróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej za pomocą surowicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42. Zibell: Dlaczego żelatyna działa tamująco na krew? Labhardt: Przyczynek do kazuistyki i leczenia przetoki żołądkowo okrężnicowej. Zahn: Przyczynek do nauki o dziecięcych rzekomych porażeniach opuszkowych i wrodzonych ogólnych zaburzeniach ruchowych. Gidionsen: Godny uwagi przypadek gruźlicy tchawiczej z jednoczesnem wytworzeniem się tamże żylaków, zakończony śmiercią. Schanz: Leczenie wrodzonej szyi skośnej przecięciem mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego i wyprostnym opatrunkiem watowym. Riecke: Przyrząd do wyjaławiania płynów, służących do miejscowego znieczulenia. Hölscher: Dwa przypadki ciała obcego w jamie bębenkowej. Woyer: Przyczynek do stosowania przetworów srebra Credégo w ginekologii i położnictwie. Kaufmann: O wartości metodycznych wdychiwań głębokich, szczególnie w chorobie morskiej. Eichel: O podskórnem urazowem krwawieniu w jamie brzusznej (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Noorden: Wroczyn jadowity *(Physostigmin)* lek przeciw zwątleniu jelit. Ewald: O ostrawem osłabieniu serca w przebiegu wad sercowych, oraz uwagi nad leczeniem chorób sercowych. Aufrecht: Gruźlica płuc i miejsca kuracyjne. Schanz: O Westphal-Piltzowskim objawie źrenicznym.

Redakcya otrzymała. Ortyński: Beitrag zur Casuistik der Impfblattern (vaccina generalisata). Lewkowicz: 1) O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego. 2) O enterokoku, jako zarazku czerwonkowym. 3) Recherches sur la flore microbienne de la bouche des nourrissons. 4) Biologie der Malariaparasiten. 5) Le Cytodiagnostic. Schaeffer: Experimentelle und kritische Beiträge zur Händedesinfectionsfrage.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 30 października, o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem mówić będą: kol. prof. Nowak *„O bacilus abortivus"*; kol. Dr. Surzycki: „Kilka uwag z doświadczeń nad stosowaniem środków nasercowych".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 2 Listopada 1901. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Profesora Dr. Ludwika Rydygiera.**

Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atykoantrotomii.

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

Z chwilą gdy przekonano się, że zwykła trepanacya lub antrotomia, których udoskonalenie i rozpowszechnienie jest zasługą bezsprzecznie Schwartzego, nie zawsze wystarczają do wyleczenia spraw ropnych w uchu środkowem, poczęto szukać nowych sposobów operacyjnych, któreby nawet w tych przypadkach, w których po trepanacyi lub antrotomii nie można spodziewać się pożądanego wyniku, pozwoliły dojść do celu, jeżeli już nie zawsze, to przynajmniej w pewnej części przypadków. Otyatrzy zdawali sobie jasno sprawę, że przez trepanacyę lub antrotomię właściwie tylko odsłaniamy i uprzystępniamy sobie te zmiany chorobowe, które mają swą siedzibę w komórkach wyrostka sutkowego lub w jamie wyrostkowej *(antrum)* a na samą sprawę patologiczną w innych częściach ucha środkowego możemy tylko wpływać pośrednio. Przepłókując np., jamę bębenkową przez otwór, zrobiony w kości, usuwamy wprawdzie wydzielinę tam nagromadzoną, ale czyż przepłókanie jamy bębenkowej przez przewód zewnętrzny uszny lub trąbkę Eustachyusza jest rzeczą niemożliwą? lub czy przynajmniej jest ono wiele niewygodniejsze? Pomijam zupełnie już to, że w przypadkach, gdzie sprawa chorobowa ogranicza się tylko do jamy bębenkowej, trepanacya lub antrotomia byłaby zabiegiem nieodpowiednim i nikt nie będzie w tych przypadkach robił trepanacyi lub antrotomii tylko w tym celu, by módz przepłókiwać jamę bębenkową. Przypadki, w których sprawa chorobowa ograniczałaby się jedynie do jamy bębenkowej, są bez wątpionia rzadkie; ale za to są dość częste takie przypadki, gdzie zmiany w jamie wyrostkowej *(antrum)* lub komórkach wyrostka sutkowego są o wiele mniejszego stopnia, niż w jamie bębenkowej i gdzie wobec tego o wiele racyonalniej by było przedewszystkiem użyć zabiegu operacyjnego przeciwko chorobie w jamie bębenkowej, tembardziej, że można mieć uzasadnioną nadzieję, że po usunięciu choroby z jamy bębenkowej sprawa chorobowa w *antrum* lub komórkach wyrostka sutkowego samoistnie wygoić się może.

Z biegiem czasu coraz częściej się przekonywano, że antrotomia i trepanacya, o ile wystarczyć mogą w sprawach ostrych, toczących się w uchu środkowem, o tyle w sprawach przewlekłych nie dają zadawalających wyników. Pod tem wrażeniem zrodziła się myśl Küstera i Bergmanna odsłonięcia ucha środkowego dalej, t. j. usunięcia tych części kostnych, które po antrotomii i trepanacyi zasłaniają nam jamę bębenkową, usunięcia tylnej ściany zewnętrznego przewodu usznego i zewnętrznej kostnej ściany jamy bębenkowej. Myśl więc atyko-antrotomii jest zasługą Küstera i Bergmanna; mniejsza o to, czy przy operacyj zwracali oni uwagę na to, by otrzymać jak najlepszy wynik co do czynności narządu słuchowego, czy nie, co im zarzucają niektórzy otyatrzy. Zarzut ten o tyle jest nie na miejscu, że jednocześnie nie wykazano im błędów, które popełnili przy operacyi, a które spowodowały lub spowodować mogły upośledzenie słuchu. Czytając opisy operacyj, wykonanych według pomysłu Küstera i Bergmanna, absolutnie nie można się dopatrzeć tej różnicy w operowaniu, którаby miała uchronić od złych następstw dla czynności narządu słuchowego. Zresztą przy tych poważnych operacyach usznych stoi na pierwszym planie wzgląd na życie i zdrowie chorego, a wzgląd na sprawność czynnościową narządu słuchowego kładzie się na drugi plan.

Przystępując do atyko-antrotomii musimy mieć na uwadze, że sama ta operacya jest zabiegiem bądź co bądź znacznym, a znane są także przypadki, że po atyko-antrotomii wystąpiło zapalenie opon mózgowych, pomimo że przed operacyą żadnych objawów ze strony opon nie było. Możliwem jest, że w wielu tych przypadkach sam zabieg nie był przyczyną zapalenia opon mózgowych, że powstało ono niezależnie od operacyi; są jednak przypadki, w których doznaje się wrażenia, że właśnie operacya przyczyniła się do wystąpienia zapalenia opon mózgowych. Dlatego atyko-antrotomię uważać musimy jako *ultimum refugium,* do którego uciekać się należy tylko w tych przypadkach, w których innymi środkami pomimo dłuższego ich stosowania wyleczenia osiągnąć nie jesteśmy w stanie.

Za pomocą atyko-antrotomii odsłaniamy sobie komórki wyrostka sutkowego, jamę wyrostkową *(antrum)* i jamę bębenkową. Nie będziemy jednak robili atyko-antrotomii w tych przypadkach, gdzie sprawa chorobowa ogranicza się do komórek wyrostka sutkowego lub jego jamy *(antrum),* te przypadki bowiem są wskazaniem do zwykłej trepanacyi lub antrotomii. Atyko-antrotomię wykonać należy wtedy, jeżeli sprawa chorobowa zajmuje całe ucho środkowe, t. j. jamę bębenkową, wyrostkową *(antrum)* i komórki wyrostka sutkowego; operacya w tych przypadkach będzie bardzo rozległą, bo otworzyć musimy całe ucho środkowe, nie wyłączając komórek wyrostka sutkowego. Mniej rozległą będzie atyko-antrotomia w tych przypadkach, gdzie sprawa chorobowa ogranicza się do jamy bębenkowej i wyrostkowej *(antrum),* gdyż w tych przypadkach odsłonimy tylko jamę bębenkową i wyrostkową pozostawiając komórki wyrostka su-

tkowego nieodsłoniętemi, lub odsłaniając je tylko o tyle, o ile jest to nieuniknionem przy otwieraniu jamy wyrostkowej. Jeżeli sprawa chorobowa ogranicza się tylko do jamy bębenkowej, to chcąc ją szeroko otworzyć, musimy otworzyć jamę wyrostkową *(antrum)*, szerokie bowiem odsłonięcie samej jamy bębenkowej bez jednoczesnego otwarcia jamy wyrostkowej *(antrum)*, jest rzeczą niemożliwą. Z tego wynika, że do atyko-antrotomii właściwie wskazane są sprawy chorobowe jamy bębenkowej, sprawy zaś chorobowe w jamie wyrostkowej i wyrostku sutkowym nadają się do antrotomii i trepanacyi.

Bezwzględnem wskazaniem do atyko-antrotomii są wszystkie te przypadki ropienia w jamie bębenkowej, względnie w uchu środkowem, w których wystąpiły groźne objawy ze strony mózgu, lub też inne objawy groźne dla chorego, np. objawy ropnicy. W tych przypadkach robimy atyko-antrotomię, by dać ropie swobodny odpływ, lub by ewentualnie wydalić samo ognisko ropiejące. W tych przypadkach istnieje wskazanie życiowe do atyko-antrotomii.

Jeżeli nawet nie istnieje wskazanie życiowe, to i tak są przypadki, w których atyko-antrotomia jest wskazana, mianowicie te przypadki ropienia w jamie bębenkowej, względnie w uchu środkowem, w których pomimo długotrwałego leczenia na drodze nieoperacyjnej wyleczenia osięgnąć nie możemy W tych przypadkach, w których zajęta jest kość, zdecydujemy się o wiele szybciej na operacyę, niż gdy sprawa chorobowa ogranicza się tylko do błony śluzowej; mniej bowiem możemy liczyć na możliwość wyleczenia w tych przypadkach, gdzie sprawa chorobowa przeszła na kość, niż w przypadkach, gdzie tylko błona śluzowa jest zajęta. Z drugiej strony niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ze strony mózgu jest o wiele większe w przypadkach, gdzie jest zajęta kość, niż wtedy, kiedy sprawa zapalna ogranicza się do błony śluzowej; nie możemy jednak zapominać, że istnieją wrodzone ubytki w kości, odgraniczającej jamę bębenkową, względnie ucho środkowe, od jamy czaszkowej tak, że na miejscach tych ubytków jama czaszkowa odgraniczona jest od jamy bębenkowej, względnie od ucha środkowego, tylko za pomocą błony śluzowej; oczywista rzecz, że niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ze strony mózgu, względnie opon mózgowych, będzie w tych przypadkach dość znaczne nawet wtedy, kiedy sama błona śluzowa jest chora. Pomimo tego w tych przypadkach nie istnieje bezwzględne wskazanie do atyko-antrotomii, gdyż operacya ta w tych przypadkach ma na celu zapobiedz wystąpieniu groźnych dla życia powikłań To niejako zapobiegawcze wskazanie było po raz pierwszy podniesione przez Tröltscha; wtedy nie znano jeszcze atyko-antrotomii i Tröltsch zalecił to wskazanie dla trepanacyi i antrotomii, wskazanie to jednak ma wartość i odnośnie do atyko-antrotomii. W miarę jak sama operacya będzie stawała się mniej niebezpieczną, wskazanie to będzie się rozszerzało na większą liczbę przypadków.

Otwierając szeroko ucho środkowe przez atyko-antrotomię ułatwiamy z jednej strony ropie możliwie swobodny odpływ, z drugiej zaś odsłaniamy sobie i uprzystępniamy do naszego leczenia i te części ucha środkowego, które przedtem nie były dostępne dla naszego wzroku. Że przez takie szerokie otwarcie ucha środkowego i przez ułatwienie odpływu ropie, a także przez to, że po takiem szerokiem otwarciu ucha środkowego możemy działać energiczniej na te miejsca, które przedtem dla naszego leczenia były zupełnie niedostępne, a przynajmiej mniej dostępne, możemy osięgnąć w niektórych przypadkach ropienia ucha środkowego, względnie jamy bębenkowej, wyleczenie, nie ulega wątpliwości; w większości jednak przypadków celem atyko-antrotomii będzie nietyle ułatwienie odpływu ropie i uprzystępnienie dla naszego leczenia części ucha środkowego, które przedtem były mniej, albo wcale niedostępne, lecz raczej celem operacyi będzie wydalenie wszystkich chorobowo zmienionych części tak w kości, jak i w błonie śluzowej ucha środkowego. Konieczność wydalenia chorej kości uznają obecnie wszyscy; natomiast wydalenia błony śluzowej ucha środkowego, a właściwie jamy bębenkowej, obawiano się ze względu na słuch, przypuszczano mianowicie, że przy takiem wydalaniu błony śluzowej jamy bębenkowej łatwo przyjść może do obrażenia błędnika i tym sposobem może nastąpić upośledzenie słuchu; sądzono, że jeżeli nawet błędnik nie zostanie przy wydalaniu błony śluzowej jamy bębenkowej uszkodzonym, to wydalenie razem z błoną śluzową strzemiączka, rzecz przy dokładnem wydaleniu błony śluzowej jamy bębenkowej prawie nieunikniona, pociągnie za sobą upośledzenie słuchu. Dzięki spostrzeżeniom i doświadczeniom Kessela i innych wiemy, że wydalenie strzemiączka nie musi pociągnąć za sobą upośledzenia słuchu i że w wielu przypadkach wydalenie to wpływało nawet dodatnio na słuch. Spostrzeżenia te i doświadczenia zgadzają się z obecnemi naszemi pojęciami o czynności kosteczek słuchowych, które dla słuchu mają wtedy tylko wartość, jeżeli są wszystkie i jeżeli są ze sobą złączone; gdy zaś której z nich brakuje, lub gdy są rozłączone, tracą swoje znaczenie fizyologiczne dla słuchu. Strzemiączko samo bez innych kosteczek jest niejako przeszkodą nawet w przedostawaniu się dźwięków do błędnika; okienko owalne bowiem po wyjęciu strzemiączka zarasta cienką błonką, która bez wątpienia stanowi mniejszą przeszkodę dla dźwięków, niż płytka strzemiączka.

Zatem obawiać się upośledzenia słuchu po wydaleniu błony śluzowej jamy bębenkowej nie potrzebujemy i w każdym przypadku atyko-antrotomii wydalić ją możemy bez obawy upośledzenia słuchu, albo samą, jeżeli tylko błona śluzowa jest zajęta, albo razem z kością, jeżeli prócz tego i kość jest chora. Nawet w tych przypadkach, w których można mieć nadzieję, że po samem tylko szerokiem otwarciu ucha środkowego może nastąpić wyleczenie, mogłoby być wskazanem wydalenie błony śluzowej, gdyż po tym zabiegu możemy liczyć na szybsze wyleczenie; zresztą przypadki takie, w których wskutek już samego szerokiego otwarcia ucha środkowego nastąpi wyleczenie, nie będą częste. Wogóle musimy przyjąć, że w pewnym okresie choroby jest rzeczą niemożliwą, by chorobowo zmieniona błona śluzowa ucha środkowego mogła wrócić do stanu prawidłowego. Do tego przypuszczenia uprawniają nas spostrzeżenia, że nieraz pomimo długiego leczenia błona śluzowa wytwarza wciąż ropę i żadnymi środkami usunąć ropienia nie jesteśmy w stanie. Tutaj przerwać można ropienie tylko w ten sposób, że usunie się błonę śluzową, t. j. źródło ropy. Podpatrzenie chwili, w której środki nasze przestają być skutecznymi, rozstrzyga o operacyi.

Do zadań leczenia pooperacyjnego należy utrzymanie takiej jamy kostnej, jaka wytworzyła się przy operacyi, a więc obejmującej nieraz nietylko jamę bębenkową i wy-

rostkową *(antrum)*, lecz i część wyrostka sutkowego w pierwotnej swej wielkości. Dążyć należy, by jama, która powstała przy operacyi, jak najszybciej pokryła się na powierzchni naskórkiem. Cel ten osięga się w rozmaity sposób. Najprzód już samą jamę kostną preparuje się w ten sposób, żeby nie było żadnych wystających nierówności kostnych, a to w celu, by ułatwić o ile możności wrastanie naskórka z brzegów rany; następnie albo tamponuje się jamę pooperacyjną mocno gazą tak, że ziarnina wyrasta tylko bardzo mało, a naskórkowi ułatwia się wrastanie do wewnątrz i pokrywanie ścian jamy; albo też wprost wycina się uszypułowane płaty skóry z otoczenia i wkłada się je do jamy kostnej w ten sposób, że powierzchnia, pokryta naskórkiem, skierowaną jest ku wewnątrz. Jeżeli postępujemy w ten sposób, to mamy odrazu część powierzchni jamy kostnej pokrytą przyskórkiem, pozostała zaś część o wiele szybcej pokryje się, gdyż mamy więcej miejsc, z których naskórek może wrastać. Proponowano także robić przeszczepianie naskórka sposobem Thierscha. Sposoby te oczywiście można dowolnie kombinować. By ograniczyć rozrost ziarniny, używa się nadto rozmaitych środków przyżegających.

Wynikiem takiego leczenia jest to, że otrzymujemy jamę, wyścieloną naskórkiem, która łączy się nazewnątrz z jednej strony przez otwór poza uchem, z drugiej przez przewód uszny zewnętrzny. Oczywiście wynik ostateczny takiego leczenia pozostawia wiele do życzenia pod względem estetycznym, dlatego rozmaici autorowie starali się zmienić w ten lub ów sposób to postępowanie, by uniknąć szpecącego utworu poza uchem. Proponowano więc, by ranę zewnętrzną zaraz po operacyi zaszyć; inni zaszywali ranę zewnętrzną dopiero później, gdy rana cała była podgojona. W obydwóch tych przypadkach tamponuje się wtedy jamę pooperacyjną tylko od strony zewnętrznego przewodu usznego. Podawane były także sposoby do zamknięcia plastycznego otworu poza uchem, gdy już cała jama jest pokryta naskórkiem i gdy prócz tego przekonano się, że jama przez dłuższy czas pozostaje suchą. Czy będziemy jednak w ten sposób postępować, czy w inny, wynik pozostanie właściwie ten sam: zawsze będziemy mieli jamę, pokrytą na powierzchni naskórkiem, obejmującą jamę bębenkową, wyrostkową *(antrum)* i część wyrostka sutkowego, tylko że raz jama ta będzie łączyła się na zewnątrz przez otwór poza uchem i przez przewód uszny zewnętrzny, drugi raz — tylko przez sam zewnętrzny przewód uszny.

Tak więc wyleczenie po atyko-antrotomii nie jest *restitutio ad integrum* nawet w najogólniejszem słowa znaczeniu; zresztą nie byłoby to specyalnie ujemną stroną operacyi, bo z tem spotykamy się w większości przypadków i przy innych operacyach.

Przypatrzmy się bliżej, czy choremu po atyko-antrotomii z jamą nieraz dość dużą, pokrytą naskórkiem, czy takiemu choremu nie grozi żadne niebezpieczeństwo ze strony tej jamy? Słuszne jest zdanie Pausego, że wszędzie, gdzie jest naskórek, musi się on łuszczyć, a gdzie znajdują się przeszkody do jego wydalania, tam musi się on nagromadzać. Na powierzchni naszego ciała złuszczony naskórek nagromadzać się nie może, bo z łatwością odpada albo sam, albo też wreszcie zostaje usunięty odzieżą lub w inny sposób mechaniczny, np przy myciu się. Pomimo tego widzimy nieraz nagromadzanie się go w większej ilości w miejscach fałdów, gdzie trudniej daje się mechanicznie usuwać. Rzecz oczywista, że i naskórek, pokrywający powierzchnię jamy pooperacyjnej, będzie się łuszczyć i nagromadzać, bo niema warunków do samoistnego wydalania się ztamtąd. Możliwem jest tylko usunięcie go za pomocą narzędzi. Nagromadzony w jamie naskórek pod wpływem wilgoci i drobnoustrojów, których osiedleniu nic na przeszkodzie nie stoi, zaczyna się rozkładać, drażni jednocześnie części miękie, pokrywające ściany jamy kostnej, i wywołuje ich zapalenie, czy to w postaci zapalenia skóry powierzchownego, czy to w postaci zmian daleko głębszych, poczynając od owrzodzeń płytkich, aż do sięgających do kości. Wskutek zapalenia powłok miękich, wyścielających jamę, następuje silniejsze wytwarzanie się naskórka, co za sobą z konieczności wywołuje obfitsze jego łuszczenie się; nieraz naskórek odpada z powierzchni w postaci całych błon. Do tworzenia się błon nie potrzeba zresztą nawet silnego zapalenia, nieraz już nieznaczne podrażnienie wystarczy do tego.

Nie wykluczoną jest też możliwość, że sprawa, która pierwotnie zaczęła się jako powierzchowne zapalenie części miękich, wyścielających jamę, ostatecznie przejdzie na kość, wywołując nanowo tę samę chorobę, dla której podejmowaliśmy operacyę, a nawet w wielu przypadkach chorobę cięższą, niż ta, która była wskazaniem do operacyi, np. w tych przypadkach, gdzie wskazaniem do operacyi były zmiany w samej tylko błonie śluzowej ucha środkowego. To jest zwykły los chorych, leczonych w ten sposób, po atyko-antrotomii. Jeżeli nawet przypadki, w których doszło do zmian w kości, są rzadkie, to za to bardzo częste są takie, w których zmiany ograniczają się do części miękich, wyścielających jamę pooperacyjną, a chyba niewiele jest takich przypadków, w których z biegiem czasu nie nagromadzi się mniejsza lub większa ilość naskórka. I jeżeli w tych przypadkach nie doszło do takich zmian, jak w innych, to tylko dlatego, że chorzy ci wcześniej zgłosili się do lekarza, który im nagromadzone masy naskórka usunął i sprawę zapalną powłok miękich, jeżeli ta była, wygoił, lub też tylko dzięki temu, że chorzy sami sobie nagromadzony naskórek z jamy wygarnęli.

Przeglądając rozmaite statystyki, stwierdzamy w rubryce wyleczonych dość znaczną liczbę przypadków. Jeżeli jednak przejrzymy historye tych przypadków, to przekonamy się, że okres spostrzegania w większości przypadków jest stanowczo zbyt krótki, żeby można mówić stanowczo o wyleczeniu; czas, który upłynął od operacyi jest za krótki, by mogła się w jamie nagromadzić znaczniejsza ilość naskórka i wywołać nawrót. Nadmienić wypada, że niektórzy autorowie nie uważają małej wydzieliny w jamie za nawrót; rzecz oczywista, że jedynie prawidłowem jest uważać za nawrót całość, bez względu, czy wydzielina jest mała, czy duża. Niektórzy autorowie skłonni są uważać nawet nagromadzony naskórek za nawrót, wychodząc z tego założenia, że nagromadzony w jamie naskórek, wiecznie bez żadnych zmian leżeć nie będzie, że po dłuższym lub krótszym czasie nawrót płynięcia z ucha prawdopodobnie wystąpi. Noltenius powiada, że to jest wszystko jedno, czy w jamie gromadzi się wydzielina „sucha“ czy „mokra“, — wszystko to jest nawrotem. Reinhard, mówiąc o leczeniu żółciołojaków *(cholesteatoma)*, oświadcza, że tworzeniu się błon naskórkowych zapobiedz się do tej pory nie udało. Hansberg wprost po-

wiada, że zapobiedz nawrotowi nie jesteśmy w stanie. Stosunki w jamie po atyko-antrotomii są podobne do stosunków, jakie mamy przy żółciołojakach: mamy także jamę wysłaną naskórkiem.

Z tego, cośmy dotąd powiedzieli wynika, że atyko-antrotomia zwykle nie jest operacyą „doszczętną“, jak ją nazwano. I jeżeli się głosy podnoszą, że operacyę przepukliny nazwano niesłusznie „doszczętną“, bo żadna ze znanych dotąd metod nie daje bezwzględnej rękojmi co do wyleczenia, choć odsetek niewyleczonych przypadków po operacyi przepuklin jest bardzo niski, to atyko-antrotomii nazwać tembardziej nie można operacyą „doszczętną“. Jedyne, co osiągamy w każdym przypadku przez tę operacyę jest to, że nadzwyczaj w swej budowie zawiłe ucho środkowe przeistaczamy w prostą jamę, co czyni dostępnem do naszego leczenia i te części, których przedtem żadnem narzędziem dosięgnąć nie było można. Także i w razie ponownego ropienia chory nie jest narażony na niebezpieczeństwo zatrzymania wydzieliny.

Zastanawiając się nad warunkami, w jakich chory po atyko-antrotomii byłby wolnym od nawrotów, musimy przyznać, że idealnem byłoby wyleczenie, gdyby naskórek, pokrywający powierzchnię jamy, nie łuszczył się; złuszczaniu temu jednak zapobiedz nie jesteśmy w stanie, zresztą jest to zjawisko fizyologiczne, którego prawdopodobnie nie możnaby powstrzymać bez szkody dla ustroju. Chorych po atyko-antrotomii można ustrzedz od nawrotu tylko w tym przypadku, gdy są pod obserwacyą lekarską, t. j. jeżeli regularnie co pewien czas przychodzą do lekarza dla kontroli i dla ewentualnego wydalenia nagromadzonych w jamie mas naskórka. W wielu przypadkach, jeżeli jama ma kształt prosty bez zaułków, może sobie sam chory, lub też inna osoba, wydalić nagromadzony w jamie naskórek. Z tego wynika, że jeżeli chory po atyko-antrotomii nie dostanie nawet nawrotu, to skazanym jest w celu jego uniknięcia na ciągłą kontrolę lekarską, bo nawet w tych przypadkach, gdzie może sobie sam nagromadzony w jamie naskórek wygarnąć, wskazaną jest od czasu do czasu kontrola lekarska.

Zastanawiając się nad sposobami, przy stosowaniu których możnaby chorego skuteczniej od nawrotów uchronić i uwolnić go od zależności od osoby trzeciej, przyznać musimy, że możliwem było by to wtedy, gdyby cała jama pooperacyjna, t. j. jama obejmująca jamę bębenkową, wyrostkową *(antrum)* i część wyrostka sutkowego, wypełniła się tkanką-łączną i w ten sposób zupełnie zarosła; wtedy uniknęlibyśmy jamy, pokrytej naskórkiem, nie mielibyśmy więc ani źródła, skąd masy naskórka pochodzić mogą, ani też miejsca, gdzieby mogły się gromadzić. Gdyby rzeczywiście można było doprowadzić jamę pooperacyjną do zupełnego zarośnięcia, to wtedy usuniętoby prawdopodobnie raz na zawsze możliwość wystąpienia ropienia, bo nie byłoby jamy, gdzieby to ropienie powstać mogło. Przeciwko jednak zupełnemu zarośnięciu jamy bębenkowej można podnieść to, na co G r u n e r t zwrócił uwagę: mianowicie, że wtedy wystąpić może upośledzenie słuchu, a to dlatego, że okienka owalne i okrągłe będą pokryte dość znaczną warstwą tkanki łącznej, która może być wielką przeszkodą w przedostawaniu się dźwięków do błędnika. Na to można odpowiedzieć, że do tego, by dźwięki mogły się swobodnie dostawać do błędnika, wystarczy, jeżeli ta część wewnętrznej jamy bębenkowej, gdzie znajdują się okienka owalne i okrągłe, pozostanie wolną, jeżeli więc tylko środkowa część jamy bębenkowej pozostanie niezarośniętą, górna zaś część jamy bębenkowej i dolna mogą bez szkody dla słuchu zarosnąć. Jeżeli jednak można wogóle podnosić pewne wątpliwości co do zarośnięcia tej części jamy pooperacyjnej, która odpowiada jamie bębenkowej, to chyba nie można twierdzić, że zarośnięcie reszty jamy, odpowiadającej jamie wyrostkowej *(antrum)* i części wyrostka sutkowego, będzie jakąkolwiek przeszkodą dla słuchu.

Jeżeliby się nam udało w ten sposób doprowadzić do zarośnięcia jamę, którą otrzymaliśmy po operacyi, to mielibyśmy poczynając od otworu zewnętrznego przewodu usznego zewnętrznego przewód wyścielony naskórkiem i prowadzący do okienek owalnych i okrągłych. Pooperacyjna jama kostna zarosnąć może tylko wtedy, jeżeli ściany jej będą wszędzie zdrowe. Dlatego to musimy przy atyko-antrotomii nadzwyczaj dokładnie usunąć ropiejącą błonę śluzową i próchniejącą kość, w przeciwnym bowiem razie po zarośnięciu jamy zostanie przetoka, prowadząca do miejsca ropiejącego. W przypadkach żółciołojaków *(cholesteatoma)* musimy bezwarunkowo dokładnie usunąć całą wyściółkę, a jeżeliby w tym celu potrzeba było, to nawet wydłutować część zdrowej kości, by tylko wszystko usunąć. Wogóle w przypadkach żółciołojaków musimy postępować, jak z nowotworami złośliwymi. Jeżeli wszystkie patologicznie zmienione części zostaną usunięte, wtedy możemy zupełnie spokojnie dążyć do tego, by jama zarosła, gdyż choremu nic stać się nie może. Pewność, że wszystkie części chorobowo zmienione zostały już usunięte, będziemy mieli wtedy, gdy jama na całej powierzchni pokryje się ładną ziarniną; gdy to się stanie, możemy bez żadnej obawy pozwolić jamie wypełniać się ziarniną i wszelkimi sposobami dążyć, by ona zupełnie zarosła. Postępowanie to zdaje się być racyonalnem choćby przez analogię z innemi kośćmi. Przecież i po trepanacyi na innych kościach, np. na kości goleniowej, dążeniem naszem będzie, by jama, jaka powstała po operacyi, wypełniła się; w utrzymaniu tej jamy nie widzielibyśmy celu. Jamę tę tamponujemy tylko o tyle, o ile to jest potrzebnem, żeby utrzymać swobodny odpływ wydzielin, a nie przeszkadzać wyrastaniu ziarniny; w miarę, jak jama wypełnia się ziarniną, tamponujemy coraz mniej. I po atyko-antrotomii według analogii z innemi kośćmi powinno być postępowanie podobne; uzasadnioną też możemy mieć nadzieję, że jak po trepanacyi na innych kościach, tak samo i po atyko-antrotomii jama, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to przynajmniej w wielu zarosnąć może. (Dok. nast.).

II. W sprawie pochodzenia substancyi skrobiowatej.

Przez

Prof. Browicza.

(Dokończenie).

Tworzenie się kul, bryłek, jednolitych pokładów szklistych, z czem się w obrazie mikroskopowym skrobiawicy spotykamy, można łatwo w ten sposób wytłomaczyć, że, o czem powyżej wspomniałem, pod wpływem czynników chemicznych zmieniających krew, a raczej krwinki czerwone wskutek wytwarzającej się lepkości zmienionych krwinek

zlewają się one w kule, bryły, pokłady stosownie do przestrzeni, wśród której przeobrażone krwinki się mieszczą. W wątrobie, w której tak często, jednak nie wyłącznie, mieszczą się złogi substancyi skrobiowatej między oddzieloną ścianką naczyń krwionośnych włoskowatych a brzegami komórek wątrobnych muszą, stosownie do przestrzeni, przybierać zlewające się krwinki czerwone te postacie, które tam spotykamy. Obrazy pierwszej seryi badań moich dowodzą, że wskutek oddzielenia się ścianek naczyń włoskowatych krwionośnych od naczyniowego brzegu beleczek komórek wątrobnych w szczeliny stąd powstałe wylew krwi nastąpić może. Wśród ścian warstwowych naczyń krwionośnych międzyzrazikowych spotykałem krwinki czerwone pojedyncze lub w grupach, a nawet liczne, formalny naciek tworzące. Obrazy takie udowadniają, że w obręb ścian naczyń krwionośnych o budowie warstwowej dostać się mogą krwinki czerwone, jestto niejako emigracya b i e r n a krwinek czerwonych przez ściany warstwowe naczyń krwionośnych. Nietylko na zewnętrznej powierzchni ścian naczyń krwionośnych, nietylko w świetle naczyń krwionośnych, ale także wśród ścian naczyń krwionośnych międzyzrazikowych pomiędzy włókienkami znajdowałem w przypadkach początkowego okresu skrobiawicy kule reakcyę substancyi skrobiowatej wykazujące, wielkością i kształtem krwinkom czerwonym odpowiadające.

Na tej podstawie, jakoteż wobec możliwości zlewania się przeobrażonych, zmienionych krwinek czerwonych w kule, bryłki, o czem powyżej wspomniałem, łatwo wytłomaczyć można obrazy, w których kule substancyi skrobiowatej wielkości i kształtu krwinek czerwonych, jakoteż bryłki, pasma, jednolite nacieki substancyi skrobiowatej w ścianach naczyń krwionośnych o warstwowej budowie są widoczne, a które powstać mogą ze zlewania się krwinek czerwonych.

Spotykałem nadto obrazy, które przypominają obrazy w pracy O b r z u t a podane, a które mimowoli przypominają obrazy dostrzegane w toku krzepnienia krwi, a szczególnie te obrazy, które tak często w toku różnych spraw chorobowych spotykamy w naczyniach krwionośnych skrzepy zawierających, tak zwane centra krzepnienia. W świetle naczyń krwionośnych, niekiedy wśród komórek ściennych znajdowały się kuliste lub nieregularnego kształtu bryłki substancyi skrobiowatej, od których na wszystkie strony wysuwały się promienisto gęsto obok siebie ułożone wypustki nitkowate, rodzaj zjawiska krystalizacyi. W świetle naczyń krwionośnych, jakoteż w przestrzeni między ścianką oddzieloną naczynia włoskowatego krwionośnego a brzegiem komórek wątrobnych znajdowały się złogi pasmowate substancyi skrobiowatej, okazujące po swej zewnętrznej stronie wypustki, wejrzenie frendzlowate, grzebieniaste. Podobne do ostatnich obrazy opisał także N o w a k (Przyczynek do nauki o zmianie skrobiowatej. „Przegląd lekarski“ 1897). Tak w świetle naczyń krwionośnych, jakoteż w przestrzeniach pomiędzy oddzieloną ścianką naczynia włoskowatego a brzegiem komórek wątrobnych spotykałem złogi nitkowate, beleczkowate substancyi skrobiowatej morfologiczne wejrzenie włóknika przedstawiające. Obrazy takie przemawiają zatem, iż krwinki czerwone skrobiowato przeobrażone przyczynić się mogą do tworzenia się włóknika, a przynajmniej rodzaju włóknika.

Badania bowiem K l e b s a, M o s s o, W e l t i e g o, Z i e g l e r a, W l a s s o w a, A r n o l d a i innych wskazały na znaczenie dezorganizacyi krwinek czerwonych w sprawie krzepnienia krwi, przyczem może biorą udział najstarsze krwinki jako najłatwiej ulegające dezorganizacyi. W tworzeniu się skrzepów czerwonych śródnaczyniowych i w krzepnieniu krwi poza naczyniami odgrywa przeto rozpad krwinek czerwonych ważną rolę i dostarcza materyału do tworzenia się włóknika. Nieodmawiając reszcie składowych części krwi udziału w tworzeniu się włóknika trzeba, na co wielu badaczy zajmujących się kwestyą krzepnienia krwi zwróciło uwagę, a co i ja sam spostrzegałem, zwrócić uwagę na ten szczegół, że w p o c z ą t k u krzepnienia krwi tak śródnaczyniowego, jakoteż i pozanaczyniowego krwinki białe żadnych, jakichkolwiekbądź zmian nie okazują. Wielka masa krwinek czerwonych także zmian nie okazuje i w skrzepie krwi wykazuje mikroskop normalnego wejrzenia krwinki czerwone. W tworzeniu się włóknika bierze udział mała tylko część, pewien mały procent krwinek czerwonych. Z tem zgadzałaby się ta okoliczność, iż włóknik w toku krzepnienia powstały nie tworzy się w tak znacznej ilości, jak się to na pierwszy rzut oka wydaje, gdyż ilość jego wynosi tylko 0·1—0·4% wagi krwi, która skrzepła. Mimo tego świeży włóknik posiada taką objętość, że w tej gąbczastej masie mieszczą się wszystkie morfologiczne części krwi i cała ilość krwi przedstawia się jako masa galaretowata.

Dawniejsi badacze twierdzili, iż substancya skrobiowata tworzy się wśród komórek tkanek jako wytwór zwyrodnienia. Nieprawdziwość tego poglądu wykazał E. W a g n e r i dzisiaj chyba nikt tego poglądu nie podziela. Spotkałem jednakże w ciągu mego badania obrazy, które zdawałyby się przemawiać za tym dawniejszym dzisiaj porzuconym poglądem. W cytoplazmie komórek wątrobnych, częściej w komórkach ściennych naczyń włoskowatych krwionośnych znajdowałem kuliste złogi substancyi skrobiowatej. Obrazy takie są jednak nieliczne w porównaniu do ilości substancyi skrobiowatej około ścianek naczyń włoskowatych, w świetle naczyń krwionośnych, w ścianach naczyń krwionośnych międzyzrazikowych, nie wchodzą one więc w rachubę tak, iż z tego powodu nie można komórek wątrobnych i ściennych naczyń włoskowatych uważać za wytwórców substancyi skrobiowatej. Obrazy takie można jednak inaczej w prosty sposób wytłomaczyć. K u p f f e r i j a wykazaliśmy równocześnie, iż komórki ścienne naczyń włoskowatych krwionośnych w zraziku wątroby pochłaniają krwinki czerwone. Pochłaniają one wogóle łatwo cząstki morfotyczne w krwi znajdujące się, jak n. p. mikroby, jak się o tem w ciągu moich badań przekonałem. Ja zwróciłem uwagę („Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę“. Rozprawy wydz. mat. przyr. Akad. Umiej. w Krakowie t. 34), że komórki wątrobne pochłaniają także krwinki czerwone, o czem przekonałem się badając wątrobę psa po wstrzyknięciu hemoglobiny Mercka, jakoteż po przetoczeniu krwi zwierzęcia innego gatunku. Nawet gromadki krwinek czerwonych spotykałem w wakuolach w cytoplazmie komórek wątrobnych. Złogi substancyi skrobiowatej w komórkach wątrobnych i ściennych naczyń włoskowatych krwionośnych spotykane, nie można więc uważać jako na miejscu powstałe, jako wytwór komórek, lecz przez komórki pochłonięte ze skrobiowato przeobrażonych krwinek powstałe.

O jednym jeszcze szczególe wspomnieć tu muszę. Ma-

teryał, na którym kwestyę pochodzenia substancyi skrobiowatej badałem, pochodził z indywiduów gruźliczych. W wątrobie znajdowały się mikroskopijne gruzełki, które leżały tuż przy ściankach naczyń włoskowatych. W gruzełkach znajdowały się rozrzucone złogi substancyi skrobiowatej. Szczegół ten niema wprawdzie bezpośredniego związku z kwestyą powstawania substancyi skrobiowatej, nie jest jednakże bez znaczenia sam przez się, jakoteż dla hypotezy, jaką sobie urobiłem do wytłomaczenia pochodzenia substancyi skrobiowatej.

Powszechnie znanym i uznanym faktem jest, że złogi substancyi skrobiowatej są w ścisłym stosunku z naczyniami krwionośnemi, mianowicie w początkowym okresie skrobiawicy. Siedzibą złogów substancyi skrobiowatej w wątrobie są przestrzenie między ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych a brzegami beleczek komórek wątrobnych. ściany naczyń krwionośnych międzyzrazikowych, światła naczyń krwionośnych śródzrazikowych.

Powyżej przytoczone obrazy dowodzą, że krew wskutek oddzielenia się ścianek naczyń włoskowatych od beleczek komórek wątrobnych w pewnych warunkach do przestrzeni tych dostać się może, iż wprost wylewy krwi do tych przestrzeni powstają. W tych właśnie przestrzeniach spotykamy złogi substancyi skrobiowatej prawie w każdym przypadku skrobiawicy wątroby.

Łatwo stwierdzić można, o czem już powyżej nadmieniłem, że oprócz zmian krwi, a raczej krwinek czerwonych, które powstają pod wpływem pewnych substancyj chemicznych, trucizn krwi, i w toku chorób zakaźnych, zmian znanych jako plasmoschisis, plasmorrhexis, plasmolysis, spotyka się także zmianę, która objawia się lepkością krwinek czerwonych i zlewaniem się tychże w kule, bryły, jednolite pokłady. Morfologia złogów skrobiowatych zgadza się znowu z formami tworów powstających ze zlania się krwinek czerwonych.

Możliwość naciekania ścian naczyń krwionośnych o budowie warstwowej krwinkami czerwonemi przemawia także za tem, iż krwinki czerwone tworzyć mogą materyał, z którego się tworzy substancya skrobiowata, skoro krwinki czerwone ulegną odpowiedniemu przeobrażeniu. Właśnie w warstwowych ścianach naczyń krwionośnych osadza się substancya skrobiowata. W obrazach ścian naczyń krwionośnych o budowie warstwowej mianowicie w początkowym okresie skrobiawicy widać kule substancyi skrobiowatej wielkości i kształtu krwinek czerwonych, jakoteż bryłki różnej wielkości, które ze zlania się krwinek czerwonych powstawać mogą.

Obrazy przedstawiające złogi substancyi skrobiowatej w postaci nitek, beleczek, tworów centra krzepnienia przypominających, przemawiałyby również za powstawaniem substancyi skrobiowatej z krwinek czerwonych.

Nietylko w przestrzeniach pomiędzy oddzielonemi ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych, a brzegami beleczek komórek wątrobnych, nietylko w ścianach warstwowej budowy naczyń krwionośnych międzyzrazikowych, ale także w świetle naczyń włoskowatych krwionośnych śródzrazikowych gromadzi się substancya skrobiowata. Naczynia krwionośne są nierzadko wypełnione substancyą skrobiowatą w postaci kul wielkości krwinek czerwonych, brył, jednolitych pokładów, a komórki wątrobne okalające naczynia krwionośne mogą być przytem zupełnie normalne, żadnych zmian nie okazują.

Obecność takichsamych różnej wielkości kulek, ziarn, którym podobne powstają w toku t. zw. plasmoschisis, plasmorrhexis krwinek czerwonych, a które obok kul i brył różnej wielkości w przypadkach skrobiawicy spotykamy okazujące mikrochemiczną reakcyę substancyi skrobiowatej, popiera również zapatrywanie, iż krwinki czerwone tworzyć mogą materyał, z którego substancya skrobiowata powstaje.

Taksamo jak pod wpływem różnych substancyj chemicznych krwinki czerwone ulegają zmianom i przybierają odmienne własności fizyczne, (różnokształtność, lepkość) i chemiczne (polichromatofilia), taksamo pewne substancye chemiczne głównie przez mikroby wytwarzane (pojawianie się skrobiawicy w przebiegu chronicznych chorób zakaźnych, jakoteż wywoływanie skrobiawicy eksperymentalne przez wprowadzenie do organizmu zwierzęcego hodowli mikrobów lub ich wytworów chemicznych wskazują na to), mogą łączyć się chemicznie ze substancyą krwinek czerwonych i przeobrażać ją w substancyę skrobiowatą. W krwi krążącej nie wykryto dotąd nigdy obecności substancyi skrobiowatej. Wśród olbrzymiej masy krwinek czerwonych trudnoby było w próbkach krwi wykazać krwinki czerwone skrobiowato przeobrażone. Bardzo przeważna ilość krwinek czerwonych nie ulega bowiem tej zmianie. Pewien tylko procent krwinek czerwonych jest wobec pewnych wpływów chemicznych mniej odpornym i uledz może przemianie. W naczyniach krwionośnych wątroby, szczególnie w naczyniach włoskowatych śródzrazikowych, gdzie łatwo zatrzymują się wszelkie domieszki morfologiczne krwi, a za takie uważać można przeobrażone krwinki czerwone, dają się łatwiej wykazać z powodu lokalnych stosunków krążenia skrobiowato i co do swych własności fizycznych przeobrażone krwinki czerwone.

Czy potrzebny lub możliwy jest udział komórek tkanek w tworzeniu się substancyi skrobiowatej?

Gdyby komórki tkanek, komórki ścienne naczyń krwionośnych włoskowatych miały jakiś udział w tworzeniu się substancyi skrobiowatej przez wytwarzanie jakichś substancyj chemicznych, musielibyśmy przyjąć, iż te różnorodne komórki tkanek, komórki ścienne [1]) naczyń włoskowatych na krwinki czerwone czy to w naczyniach krwionośnych, czy na wynaczynione krwinki jednako oddziaływują, że różnorodne komórki tkanek wydzielają jednaką substancyę, któraby na krwinki czerwone działała i takowe w substancyę skrobiowatą zmieniała. W początkowych okresach skrobiawicy nie znajdujemy żadnych mikroskopijnych śladów wytwarzania, wydzielania przez komórki tkanek jakiejkolwiek pęczliwej, jednolitej substancyi, którąby do wytwarzania substancyi skrobiowatej mogła się przyczyniać.

Substancyę skrobiowatą spotykamy przecież prawie we wszystkich tkankach i powstaje ona z pewnością czę-

[1]) Najnowsze badania wskazują, że odpowiednio do różnych funkcyj fizyologicznych w różnych narządach istnieją różnice w budowie naczyń krwionośnych włoskowatych, w budowie komórek tworzących ścianki.

ściej, aniżeli wiemy i przypuszczamy, bez jakichkolwiek śladów makroskopowych w tkankach.

Obrazy, w których obok komórek wątrobnych i komórek ściennych naczyń krwionośnych mających normalne wejrzenie, znajdują się mniejsze lub większe ilości substancyi skrobiowatej, która nawet naczynia włoskowate szczelnie zapełniać może, nie przemawiają także za jakimś udziałem komórek tkankowych w tworzeniu się substancyi skrobiowatej.

Obrazy, w których tylko gdzieniegdzie w zrazikach wątroby, albo też tylko w ścianach niektórych naczyń krwionośnych międzyzrazikowych ukazuje się substancya skrobiowata, a zraziki wątrobowe zupełnie jej nie zawierają, także nie przemawiają za jakimś udziałem komórek, a lokalizacya taka substancyi skrobiowatej godzi się z przyjęciem powstawania wynaczynień krwinek czerwonych przeobrażonych. W pewnym stopniu skrobiawicy wątroby zanikają komórki wątrobne. Zanikanie ich nie jest, zdaniem mojem, następstwem ucisku komórek wątrobnych przez złogi substancyi skrobiowatej, ale raczej następstwem trudnych warunków odżywiania się ich wskutek oddzielenia się ścianek naczyń włoskowatych krwionośnych i gromadzenia się w tak powstałej przestrzeni substancyi skrobiowatej. Odżywianie normalne komórek wątrobnych i ich funkcye zależą bowiem od ścisłego organicznego związku (Budowa ścian naczyń krwionośnych włoskowatych śródzrazikowych i ich stosunek do komórek wątrobnych. Rozprawy wydz. mat. przyr. Akad. Umiej. t. 40) komórek wątrobnych ze ściankami naczyń włoskowatych krwionośnych.

W przypadkach, gdy warunki tworzenia się substancyi skrobiowatej trwają, gromadzi się w naczyniach włoskowatych krwionośnych coraz więcej substancyi skrobiowatej, jakkolwiek komórki wątrobne coraz więcej zanikają, komórki wątrobne i komórki ścienne naczyń włoskowatych w swych funkcyach jakiejkolwiekbądź przyrody są upośledzone. Powstają wtedy obrazy, gdzie tylko ślad komórek gdzieniegdzie jest widoczny, a cały prawie zrazik złożony jest z kul, brył substancyi skrobiowatej. Wątroba powiększa się stopniowo, gdy znaczna część jej komórek już dawno zanikła.

Komórki tkanek zachowują się biernie, zanikają w końcu ze szczętem, gdy złogi substancyi skrobiowatej ciągle rosną, co nie przemawia za jakimś czynnym udziałem komórek w tworzeniu się substancyi skrobiowatej.

Uwzględniając wszystkie przytoczone i w materyale zawierającym początki skrobiawicy stwierdzić się dające szczegóły dochodzę do przekonania zgodnie z zapatrywaniem Obrzuta, iż krwinki czerwone są materyałem, z którego tworzyć się może substancya skrobiowata.

Na podstawie moich badań uważam skrobiawicę jako stan naciekania tkanek wynaczynionemi skrobiowato przeobrażonemi krwinkami czerwonemi i napełniania się niemi wskutek wolniejszego krążenia i zmienionych własności fizycznych krwinek naczyń włoskowatych krwionośnych. Zapatrywanie to, zdaje mi się, najlepiej tłomaczy lokalizacyę, morfologię złogów substancyi skrobiowatej, jakoteż ścisły ich stosunek z układem naczyniowym krwionośnym.

Nasuwa się jeszcze samo przez się pytanie, jaki stosunek istnieć może między substancyą szklistą w tkankach spotykaną i niewykazującą reakcyi substancyi skrobiowatej, t. zw. hialinem, a substancyą skrobiowatą. Substancya szklista, hialin, którą tak często w różnych stanach chorobowych spotykamy, pojawia się albo sama, albo też obok substancyi skrobiowatej, a nawet złogi szklistego wejrzenia wykazują w jednej swej części mikrochemiczną reakcyę substancyi skrobiowatej, w innej części jej niema. Szklista substancya, hialin (pojęcie ściśle nieokreślone), nieokazująca reakcyi amiloidu przylega nierzadko do złogów wybitnej substancyi skrobiowatej, albo też ją otacza.

Uwzględniając szczegół powyżej przytoczony, że krwinki czerwone pod wpływem pewnych substancyj chemicznych, trucizn krwi, ulegać mogą zmianom, zlewają się w jednolitą masę, kule, belki, pasma, uwzględniając dalej fakt dawno znany, iż substancya skrobiowata pod wpływem dłuższy czas działającego alkoholu tracić może zdolność reakcyi charakterystycznej, a pozostaje szklista substancya, co przemawiałoby za tem, iż alkohol wyciągnął jakieś rozpuszczalne składowe części substancyi skrobiowatej, uwzględniając wreszcie przytoczone powyżej spostrzeżenie Krawkowa, że wyciąg alkoholowy zawierać ma substancyę z jodem tak oddziaływującą jak substancya skrobiowata, wnosićby z tego można, iż hialin może także powstawać z krwinek czerwonych, nie przedstawia jednak okresu wcześniejszego wytwarzającej się substancyi skrobiowatej, która byłaby odrębnem, specyficznem połączeniem chemicznem substancyj pewnych krwinek czerwonych z pewnemi substancyami chemicznemi wytwarzanemi głównie przez mikroby, co jednakże tylko przy współdziałaniu badania chemicznego rozstrzygniętem być może niemniej, jak rozstrzygnięcie kwestyi, czy nie istnieją może odmiany substancyi skrobiowatej.

III. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Zadaleko zaprowadziłoby mnie opisywanie poszczególnych systemów, znanych i obecnie używanych sterylizatorów dla narzędzi, sterylizatorów parowych dla opatrunków, umywalni aseptycznych i irygatorów. Kto chce szybko zapoznać się z tymi systemami, temu radzę sprowadzić sobie od kilku firm poważnych ostatnie wydania pełnych cenników tych przyrządów dla aseptyki i porównać graficznie przedstawione tam systemy z moim przyrządem. W pierwszym rzędzie polecam do przejrzenia katalog firmy berlińskiej Dra Hermana Rohrbecka z r. 1901. Kogo zaś interesuje piśmiennictwo tego przedmiotu, ten znajdzie dokładny spis prac w „Real.-Encyklopädie der gesammten Heilkunde“ Prof. Dra Eulenburga z r. 1895, w artykule p. t. „Desinfection“.

1. Przyrząd mój, jako sterylizator dla narzędzi we wrzącym ługu sodowym lub wodzie. Jeżeli porównam z moim dotychczas znane systemy sterylizatorów w sodzie dla narzędzi, jak: Schimmelbuscha, Rohrbecka, Körtego, Hirschberga, Lassara, Jansena, Haysego, Vogla, Nowakowskiego i t. d. to widzę, że główną ich wadą jest brak chłodnicy, wskutek czego: *a)* wyjmowanie sit z narzędziami z wrzątku, choćby przy pomocy odpowiednich chwytaczy izolowanych, nie na-

leży do przyjemności; *b)* narzędzia po sterylizacyi, jako bardzo gorące, trzeba dopiero chłodzić na powietrzu, co trwa długo, lub wkładać do zimnych płynów antyseptycznych lub aseptycznych, osobno w odpowiednich naczyniach przygotowanych, aby były stosowne do użycia. Jeżeli przyjmiemy, że płyn użyty do chłodzenia narzędzi jest aseptyczny, że taca jako naczynie do chłodzenia jest aseptyczną, że przy wyjmowaniu sit i przekładaniu ich do owej tacy nie zakaziliśmy narzędzi przez przypadkowe zetknięcie się, to możemy być pewni ich aseptyczności; ale przypadek lub niedbałość służby łatwo może sprawić, że przy tylu manipulacyach z chłodzeniem narzędzi może ucierpieć ich aseptyczność. Doniosłość zastosowania chłodnicy do sterylizatora w sodzie dla narzędzi pierwszy pojął i zastosował u siebie Dr. Schauta w Wiedniu; atoli sterylizator jego dla narzędzi ma tę wadę, że chłodnica z przyrządu wyjąć się nie daje, wskutek czego też mechaniczne oczyszczenie wnętrza naczynia jest w wysokim stopniu utrudnione. Dr. Schauta po ukończeniu sterylizacyi narzędzi ostudza zapomocą chłodnicy całą zawartość i wśród operacyi wyjmuje narzędzia wprost ze sterylizatora. W moim przyrządzie po ukończeniu sterylizacyi ochladza się całą zawartość sterylizatora zapomocą chłodnicy, poczem zdejmuje się nakrywę przyrządu, która jest odpowiednio głęboką miednicą i wkłada do niej wychłodzone sito z narzędziami przykryte nakrywą. Jeżeli komu na tem koniecznie zależy, aby operować narzędziami mokremi, to może sobie ową nakrywę — miednicę — napełnić szybko płynem, wychłodzonym w przyrządzie, przez odjęcie kurka.

2. Przyrząd mój, jako sterylizator w parze dla opatrunków, odkaża je sucho i szybko, znacznie szybciej niż sterylizatory kliniczne, bo w 9 minutach, jak to udowodniły wyżej przytoczone badania bakteryologiczne; nadto, jak się poniżej przekonamy, odkaża pewnie, albowiem leży to już w jego konstrukcyi. Czemuż właściwie zawdzięcza on te swoje zalety?

Jeżeli przeglądniemy podręczniki bakteryologii, przekonamy się, iż czas potrzebny do zabicia bakteryj, oraz ich zarodników w parze o ciepłocie 100° C. pod ciśnieniem 1-ej atm., wogóle jest bardzo krótkim i dla drobnoustrojów chorobotwórczych nie wynosi nawet 10 minut. Twierdzenia, iż zarodniki wąglika wymagają dłuższego wyjaławiania w parze wodnej o ciepłocie 100° C., a mianowicie, iż potrzeba ku temu celowi 20 minutowego trwania, a nawet $^1/_2$ godzinnego (Perroncito), okazały się przy następnych badaniach przesadzonemi. Przy różnych wynikach, jakie otrzymywali różni badacze, mogła odgrywać rolę mniejsza lub większa oporność na zabicie zarodników wąglika (Esmarch), ale ja sądzę, że większą odgrywa rolę jakość przyrządu sterylizacyjnego, użytego do doświadczeń. Wbrew powyższym dowodzeniom bakteryologów, praktyka, oraz badania przeprowadzone analogicznie z mojemi okazały, iż w dużych klinicznych parowych sterylizatorach (higienicznych i dla opatrunków) potrzeba znacznie dłuższego czasu trwania wyjaławiania pomimo, iż przyrządy te odkażają przedmioty w parze o ciepłocie wyższej niż 100° C. i pod ciśnieniem wyższem niż 1 atmosfera. Trafiało się niejednokrotnie, że w dużych sterylizatorach po $^1/_2$ godzinnem trwaniu wyjaławiania nie tylko bakterye i ich zarodniki, ale nawet większe owady, jak pluskwy, nie ulegały zabiciu. Fakta te, stojące w rażącej sprzeczności z doświadczeniami bakteryologów, doczekały się wyjaśnienia dzięki badaniom takich higienistów, jak: Wolfhügl, Budd, Globig, Vogl i inni. Stwierdzono mianowicie fakt, że para nasycona ma znacznie większą siłę bakteryobójczą, niż nienasycona. Podczas gdy bowiem para nasycona zaczyna już ścinać rozczyny białkowate w ciepłocie 81,7° C., a będąc wyższą od tej ciepłoty działa na bakterye i ich protoplazmę tak, jak rozczyny soli metali ciężkich, to para nienasycona zachowuje się wobec rozczynu białka jak gorące i suche powietrze, to znaczy, że ścina białko dopiero powyżej 150° C., zaś poniżej działa tylko wysuszająco na protoplazmę bakteryj. Znaną jest zaś rzeczą, że bakterye, a szczególnie ich zarodniki, łatwo wytrzymują wysuszenie, a po doprowadzeniu wilgoci łatwo znowu budzą się z letargu i odzyskują zdolność do rozrostu. Co się tyczy zabójczego działania pary wodnej nasyconej na bakterye i ich zarodniki, to doświadczenia Globiga udowodniły, że jest ono tem większe, im wyższą jest ciepłota pary nasyconej, czyli im wyższe jest jej ciśnienie. Wreszcie przekonano się, że koniecznym warunkiem szybkiego i dokładnego wyjaławiania w parze wodnej jest bezwzględna nieobecność powietrza w przestrzeni odkażonej i w przedmiotach wyjaławianych, albowiem mięszanina powietrza i pary wodnej, choćby nasyconej, źle wyjaławia. Duncker przypuszcza, że w razie obecności powietrza w przestrzeni odkażanej bakterye i ich zarodniki są niejako osłonięte warstewką powietrza, która utrudnia parze wodnej zadziałanie na ich protoplazmę. Chcąc zatem, aby sterylizator parowy szybko wyjaławiał, musimy dołożyć wszelkich starań, 1) aby wyjaławiał w parze nasyconej; 2) aby ciepłota, a przez to i ciśnienie pary były ile możności wyższe niż ciepłota, przy której para nasycona zaczyna ścinać białko; 3) aby łatwo można z niego usunąć powietrze tak, by wyjaławianie odbywało się w samej parze wodnej, wreszcie 4) ze względu na przedmioty, wyjaławiane w parze, jest rzeczą pożądaną, a częstokroć konieczną, aby wyjaławianie odbywało się na sucho.

Przypatrzmy się teraz, o ile mój przyrząd osięga wymienione postulaty. 1. Dzięki swej konstrukcyi przyrząd mój wywiązuje zawsze tylko parę nasyconą, o ciepłocie cokolwiek przewyższającej 100° C. Para ta nasycona bezwzględnie jest ochroniona od możliwości przegrzania, albowiem dzięki sztelarzowi ciepło palnika działa tylko na część naczynia, wypełnioną wodą, a zupełnie nie dochodzi do pary wodnej, przez co możliwość tworzenia się pary nienasyconej bezwarunkowo jest wykluczona. 2. Przyrząd mój łatwo i szybko usuwa powietrze z przestrzeni odkażonej, albowiem w stosunku do niewielkiej jej pojemności wywiązuje on bardzo znaczną ilość pary wodnej nasyconej, a z chwilą, gdy powietrze jest wydalone z przestrzeni odkażanej, tak, iż w niej znachodzi się tylko para wodna nasycona, dostanie się w czasie trwania wyjaławiania nowych ilości powietrza z atmosfery do wnętrza przyrządu jest wykluczone, albowiem dzięki utrudnieniu, które wytwarza zamknięcie angielskie pokrywy z pudłem dolnem łatwemu uchodzeniu pary wodnej, oraz dzięki szybkiemu wydobywaniu się pary wodnej, w przestrzeni odkażanej powstaje ciśnienie wyższe, niż w otaczającej atmosferze.

Punkt drugi wymaga wyjaśnienia: przyrząd mój ogrzewa 3 000 grm. wody o ciepł. 10° C. do 100° C. w przeciągu minut 20-u; więc w 20-u minutach woda przyrządu otrzy-

muje 270 kaloryj, a w 1-ej minucie $13^1/_2$ kal.; do zamiany 100 grm. wody o 100° C. w parę o 100° C. potrzeba 537 kal., a pary tej będzie 1650 litrów. Wynika z tego, że 1-a kalorya da nam 3 litry pary o 100° C., zaś $13^1/_2$ kal. 40.5 litrów. Przestrzeń odkażana mojego przyrządu wynosi 42. 10. 17 = 7. 14 litra. W minucie więc przestrzeń ta zostanie wypełnioną blizko 6 razy, czyli w 10-u sekundach wytwarza mój przyrząd tyle nasyconej pary wodnej o 100° C., że jest ona w stanie całkowicie wypełnić przestrzeń odkażaną. Po upływie jakiego czasu powietrze z przestrzeni odkażanej mego przyrządu będzie zupełnie wydalone? Wyobraźmy sobie szczelnie zamkniętą przestrzeń odkażaną o pojemności 7 litrów, wypełnioną powietrzem pod ciśnieniem 1-ej atmosfery. Gdybyśmy do tej przestrzeni wprowadzili 7 litrów pary wodnej nasyconej o ciepłocie 100° C. i o ciśnieniu 1-ej atmosfery, to ciśnienie w tej przestrzeni podniosłoby się do 2 atmosfer. Gdybyśmy obecnie dopływ pary zamknęli, a mięszaninie tej otworzyli ujście do atmosfery, to ciśnienie mięszaniny spadłoby do 1-ej atmosfery, przyczem w przestrzeni odkażanej pozostałaby połowa pierwotnej ilości powietrza i połowa wprowadzonej pary. Gdybyśmy ten sam proceder powtórzyli raz 2-gi i 3-ci, to za każdym razem w przestrzeni odkażonej pozostałaby połowa poprzedniej ilości powietrza. Wyraziwszy ten fakt liczbowo, otrzymamy następujący szereg $\frac{1}{2}, \frac{1}{2^2}, \frac{1}{2^3}, \frac{1}{2^4}$ i t. p. Przypuśćmy, że wypełnienie przestrzeni odkażanej parą wodną następuje co 10 sekund, to po 1-ej minucie trwania wyjaławiania będzie w przestrzeni odkażanej powietrza $\frac{7.140 \text{ ctm.}}{2^6} = \frac{1}{64} = 111$ ctm³, po 2 minutach = 1·8 ctm³, po 3-ciej minucie 30 mm³ a po 4-tej minucie $^1/_2$ mm sześciennego i t. d.

Wyobraźmy sobie obecnie przestrzeń odkażaną, wypełnioną parą wodną nasyconą o ciśnieniu 1-er atmosfery, będącą w komunikacyi z atmosferą zapomocą otworu. Jeżelibyśmy do przestrzeni tej nie doprowadzili wcale pary wodnej, w takim razie pewna część tej pary w przestrzeni odkażanej skropli się z powodu utraty ciepła, jaką ponosi przestrzeń odkażana przez promieniowanie. Następstwem tego skroplenia będzie obniżenie się ciśnienia wewnątrz przestrzeni odkażanej poniżej 1-ej atmosfery, wskutek czego z atmosfery dostawać się będzie pewna część powietrza do wnętrza przestrzeni odkażanej, aż dopóki ciśnienie wnętrza nie wyrówna się z ciśnieniem atmosfery.

Jeżeli jednak do przestrzeni odkażanej, wypełnionej parą wodną nasyconą o ciśnieniu 1-ej atmosfery, doprowadzać będziemy stale tyle pary wodnej, ile jej skrapla się z powodu utraty ciepła przez promieniowanie, to ciśnienie w przestrzeni odkażanej pozostanie trwale na jednej wysokości, to znaczy 1-ej atmosfery, a powietrze z otaczającej atmosfery dostaćby się tam mogło chyba tylko na zasadzie dyfuzyi gazów. Jeżeli zaś do tejże przestrzeni odkażanej będziemy więcej wprowadzać pary wodnej, aniżeli jej ulega skropleniu, to pewna jej część zużyje się na podniesienie ciśnienia w przestrzeni odkażanej ponad 1-ą atmosferę. Wysokość tego ciśnienia zależy od wielkości otworu komunikacyjnego z atmosferą i od ilości pary wodnej dopływającej. Im szybsze będzie wydobywanie się pary wodnej, a im mniejszy otwór, tem ciśnienie we wnętrzu przestrzeni odkażanej będzie wyższe. Z chwilą gdy ciśnienie w przestrzeni odkażanej jest wyższe, niż ciśnienie atmosfery otaczającej, dostanie się do niej powietrza jest wykluczone. Wyniki rozumowania, opartego na powyższym przykładzie, można wprost przyjąć dla objaśnienia sposobu i szybkości wydalenia się powietrza z przestrzeni odkażanej mojego przyrządu.

Graficznie możemy uzmysłowić sobie sposób wydalania powietrza w powyższym przykładzie jako linię schodkowatą łamaną; zaś z mego przyrządu jako równie pochyłą. W rzeczywistości w moim przyrządzie zaczyna się stopniowe wydalanie powietrza z przestrzeni odkażanej wcześniej, aniżeli dopiero, gdy doprowadzimy wodę do wrzenia, albowiem już przy podnoszeniu się ciepłoty cieczy zaczyna się energiczniejsze jej parowanie, a przez to zaczyna się już wznoszenie się ciśnienia w przestrzeni odkażanej, a przy wyrównaniu się jego z atmosferą, częściowe wydalenie się powietrza z przestrzeni odkażanej. Właściwe jednak dokładne wydalenie powietrza nastąpi dopiero, gdy para wodna zacznie się gwałtownie wydobywać z powodu wrzenia płynu.

Z rozumowania tego przekonujemy się, że szybkość wydalania się powietrza z przestrzeni odkażanej zależy: 1) od szybkości wytwarzania się pary wodnej; 2) od wielkości przestrzeni odkażanej, a wreszcie, 3) od utraty ciepła przez promieniowanie z powierzchni przestrzeni odkażanej. Im większy jest dopływ pary, a im mniejsza przestrzeń odkażana, tem szybciej powietrze zostanie z niej usunięte; w moim przyrządzie stwierdziliśmy, że już w 3-ciej minucie wyjaławiania powietrze jest usunięte z przestrzeni odkażanej.

3. Przyrząd mój wyjaławia opatrunki na sucho, a zrozumienie tego faktu jest jasne, gdy się pamięta o następujących okolicznościach: *a)* że para wodna, nasycona zupełnie, nie wywołuje zamakania opatrunków; *b)* że ewentualne zamoczenie opatrunków może być wywołane wodą dwojakiego pochodzenia: 1) kondensacyjną i 2) mechanicznie porwaną w formie drobniuchnych kropelek prądem pary, gwałtownie wydobywającej się z wrzącej wody. Ta druga przyczyna zamakania opatrunków nie została przez konstruktorów parowych sterylizatorów należycie uwzględnioną. Dając z rozmysłem situ na opatrunki dno całe, nie dziurkowane, pierwszy stanowczo zapobiegłem tej szkodliwości. Co się tyczy wody kondensacyjnej, powstałej przez skroplenie się pewnej części pary wodnej, która oddała swe ciepło utajone dla pokrycia straty ciepła przez promieniowanie przyrządu, oraz dla ogrzania wnętrza i zawartości przestrzeni odkażanej, to wobec niewielkiej powierzchni i pojemności przestrzeni odkażonej, a wobec bardzo energicznego wywiązywania się pary wodnej w moim przyrządzie, tworzy się jej wogóle mało; kondensacyjna ta rosa przylega do wewnętrznych ścian przestrzeni odkażanej. A ponieważ opatrunki są umieszczone w sicie, które jest mniejsze niż przestrzeń odkażana, więc woda kondensacyjna, wytwarzając się na ścianach powierzchni przestrzeni odkażanej, nie spada własnym ciężarem na opatrunki i również nie moczy ich. Dlatego to przestrzeń odkażana w moim przyrządzie wcale nie potrzebuje pokrycia izolacyjnego, mającego ograniczać utratę ciepła przez promieniowanie, a przez to zapobiegać tworzeniu się wody kondensacyjnej, albowiem ta ilość wody kondensacyjnej, jaka się wytwarza w moim przyrządzie, wcale nie wywołuje zamakania opatrunków. Nawiasem dodaję, że fakt powstawania w moim przyrządzie niewielkiej ilości wody kondensacyjnej

wykazuje, iż wyjałowienie odbywa się istotnie w parze nasyconej.

4 Doświadczenia Globiga udowodniły, że para nasycona wyjaławia tem szybciej, im wyższe jej ciśnienie i ciepłota.

Czy spostrzeżenie to ma wartość praktyczną dla konstrukcyi przyrządów sterylizacyjnych parowych? Czy jest koniecznem wyjaławiać w autoklawach? Według mego zdania wcale nie. Dlaczego? bo *a)* wyjałowienie pod ciśnieniem wysokiem jest niebezpieczne ze względu na możebny wybuch; *b)* doświadczenia bakteryologiczne pouczają, że byle zachować pierwsze dwa warunki uprzednio wymienione, to wyjałowienie odbędzie się w czasie bardzo krótkim, choć ciśnienie nie przeniesie 1-ej atmosfery Czy wyjałowienie odbywać się będzie sekundę, czy 10 minut, praktycznie jest rzeczą obojętną. Natomiast podniesienie o małą cząstkę atmosfery ciśnienia w przestrzeni odkażanej, jak to ma miejsce w moim przyrządzie, jest rzeczą pożądaną ze względu na dokładność wypędzenia powietrza w przestrzeni odkażanej. Dlatego usiłowanie stworzenia szczelniejszego zamknięcia pokrywy z pudłem dolnem mego przyrządu przez zastosowanie np. zamknięcia wodnego, uważam za zbyteczne, zwłaszcza, iż zamknięcie angielskie ma swoje nieocenione zalety w tem, że równocześnie usztywnia całą konstrukcyę, a fabrykacyę i koszta przyrządu znacznie upraszcza

Ze względu na to, że przyrząd mój dzięki swej konstrukcyi automatycznie spełnia wszystkie kardynalne wawarunki dokładnego wyjałowienia, że dzięki tej konstrukcyi zaniedbanie ich jest wykluczone, możemy wyjałowienie opatrunków w nim przeprowadzać bez kontroli manometrów, ciepłomierzy i higrometrów, co dla uproszczenia obsługi sterylizatora jest nieocenionej doniosłości, i co daje memu przyrządowi ogromną wyższość ze względu na pewność wyjałowienia nad wszelkimi takimi systemami desinfektorów, w których możliwości przegrzania pary wodnej w przestrzeni odkażanej konstrukcyjnie nie usunięto Mam tu na myśli desinfektory parowe z ochronnymi płaszczami, okalającymi przestrzeń odkażaną tak, iż gorące gazy palnika mogą działać na ściany przestrzeni odkażanej, oraz duże desinfektory parowe z t. zw. wywiązywaczami pary *(Dampfentwickler)*.

Przyrząd mój wyjaławia opatrunki szybko, znacznie szybciej niż kliniczne, bo w 9 minutach; pewnie i sucho, bo leży to już w jego konstrukcyi; słowem, wywiązuje się idealnie ze swego zadania. W czemże ustępuje klinicznym parowym sterylizatorom? oto w tem, że, jak mu zarzucają, za mało można w nim naraz wyjałowić opatrunków. Istotnie. Dla obsługi szpitala chirurgicznego, obejmującego kilkadziesiąt łóżek, gdzie trzeba codziennie wykonać kilka większych i mniejszych operacyj, a zmienić kilkanaście opatrunków, daleko praktyczniej użyć sterylizatora dużego, w którym mogłoby się pomieścić kilka obszernych puszek, wypełnionych opatrunkami. Ale inaczej się rzecz przedstawi, gdy uwzględnimy wymagania zwykłej praktyki lekarskiej, lub też małego szpitalika prowincyonalnego. Tu wystarczy, jeżeli sito na opatrunki będzie mieć taką pojemność, aby w niem pomieścić się mogło tyle opatrunków, ile ich potrzeba do jednej operacyi. W sicie górnem mojego przyrządu da się pomieścić 200 gram. waty Brunsa i 5 metrów gazy opatrunkowej. Ilość ta zupełnie wystarcza do obandażowania n. p. nogi po amputacyi lub operowanego po laparotomii. Zresztą jeżeli wypadnie robić większą operacyę z udziałem asystentów, to każdy z lekarzy pomagających może przynieść do operacyi swój przyrząd, a wtedy będzie dość miejsca, aby wyjałowić dowolną ilość opatrunków.

Uwzględniwszy tę okoliczność, że w moim przyrządzie można mieć na poczekaniu dokładnie wyjałowioną taką ilość opatrunków, jaka wystarcza do jednej operacyi, mam to przekonanie, że nawet w zakładach, obok dużych klinicznych sterylizatorów dla odkażania przedmiotów o większej pojemności, mój system przyrządu do wyjaławiania ma przyszłość jako podręczny sterylizator dla opatrunków w leczeniu ran. Mam to przekonanie, że zwłaszcza w praktyce prywatnej, podobnie jak obecnie do każdej operacyi osobno wyjaławiamy wybrane narzędzia, tak w przyszłości będziemy do każdej operacyi równocześnie wyjaławiać odpowiednie opatrunki, nie polegając na tej aseptyczności opatrunków, z jaką wychodzą z fabryk.

Dlaczego duże sterylizatory parowe, odpowiednie dla fabryk, wyrabiających opatrunki, oraz dla celów higienicznych, t. j. dla odkażania przedmiotów o dużej pojemności, jak n. p. bielizny użytej do operacyi, ubrań, materaców, łóżek i t d. nie są odpowiednie dla podręcznego odkażania opatrunków dla ran? Dla tego, że duże sterylizatory parowe są kosztowne, wyjaławianie w nich wymaga kontroli człowieka zawodowo, obznajomionego z zasadami wyjaławiania oraz obsługą przyrządu, wyjałowienie trwa długo, a mimo to nigdy nie może być tak pewne, jak w małych przyrządach mojego systemu. (c. d. n.).

IV. Wyciągi.

Prof. Stiller (Budapeszt). **Pluskanie w żołądku i jego zwiotczenie.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 39, 1901). Na zasadzie przeprowadzonych badań i spostrzeżeń wypowiedział Elsner przed kilkoma miesiącami zdanie, że „pluskanie w żołądku jest samo przez się objawem zupełnie obojętnym, którego znaczenie praktyczne jest znikomo małe; nie przypomina sobie zresztą, by mu się kiedy nadarzył przypadek, w którymby z samego pluskania w żołądku mógł wysnuć jakieś wnioski rozpoznawcze“. Przeciw temu twierdzeniu występuje prof. Stiller z nader dosadną i do przekonania przemawiającą odpowiedzią, względnie krytyką, której myśl przewodnia da się ująć w następujące uwagi: Zwiotczenie żołądka nie jest niczem innem, jak tylko niedomogą jego mięśni, objawiające się niedokładną kurczliwością: skutkiem swej nieprawidłowej rozciągliwości poddaje się żołądek pod naciskiem swej zawartości, — dolna granica się obniża, cała pojemność się powiększa i z biegiem czasu wytwarza. się opadnięcie (ptosis). Przy samem zwiotczeniu jest tylko kurczliwość upośledzona, a nie ruch robaczkowy, — później i ten się osłabia, a czas trawienia się przedłuża, po niejakim czasie nawet do tego stopnia, że wytworzyć się mogą (ale nie muszą) zupełna niedomoga ruchowa, stały zastój treści żołądkowej, lub rozszerzeń żołądka. W większości przypadków pozostaje jedynie zwiotczenie przez długie lata, — nawet na zawsze, — bez stałej niedomogi ruchowej.

Zwiotczenie żołądka. które pod względem klinicznym objawia się w postaci „słabego żołądka“, a w szczególności upośledzoną siłą ruchową przy zadziałaniu nawet małoznaczących przyczyn, jest rzadko cierpieniem miejscowem; — daleko częściej jest ono następstwem owego wrodzonego braku odporności całego ustroju, który wywołuje nerwową niestrawność, opadnięcie jelit i ogólną neurastenię. Schorzenie to jest tylko pojedynczym objawem jednego, zbyt często pojawiającego się cierpienia, nazwanego przez autora *asthenia universalis congenita*, którego jednem z pierwszych i stałych znamion bywa zwiotczenie żołądka, objawiające się na zewnątrz charakterystycznem pluskaniem, słyszalnem w czasie trawienia, czego w prawidłowym żołądku stwierdzić nie można. W przypadkach gdzie ono występuje także i po czasie trawienia, wskazuje na upośledzenie ruchu robaczkowego, a więc na niedomogę ruchową żo-

łądka, — przy czczym żołądku na zastój i rozstrzeń. Wreszcie z rozległości pluskania można wywnioskować o położeniu, wielkości i zarysach żołądka. Trudno więc wobec tego zgodzić się na wywody Elsnera. *Dr. Henryk Pisek.*

Buch. (Willmanstrand, Finlandya). **Oznaczenie granic narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, w szczególności żołądka i jelita grubego, zapomocą opukiwania, osłuchiwania i transonacyi.** (*Deutsche med. Wochensch.* Nr. 38, 1901). W roku 1894 ogłosił Benderski na międzynarodowym kongresie lekarskim w Rzymie swój nowy sposób oznaczenia granic żołądka i jelita grubego, opierający się na zasadzie, że przy słabem opukiwaniu pustej wewnątrz przestrzeni, np. żołądka, zostaje poruszone powietrze, tam tylko się znajdujące; powstały przytem odgłos da się jedynie wysłuchać zapomocą słuchawki. Benderski używa małego lejka, połączonego zapomocą węża gumowego z kostką uszną. Autor zaś używa do osłuchiwania zamiast lejka, zwykły stetoskop, połączony z uchem również zapomocą węża gumowego. Postępowanie więc przy oznaczeniu granic pewnego narządu jest następujące: słuchawkę stawia się na takie miejsce, o którem wie się z pewnością, lub przynajmniej przypuścić można, że leży w obrębie granic badanego narządu, a opukując go następnie ku jego przypuszczalnym granicom i nie usuwając stetoskopu, słyszy się tak długo znamienny odgłos wypukowy, jak długo opukuje się w granicach narządu. Z chwilą przekroczenia granicy, odgłos albo znika zupełnie albo conajmniej tak dalece się zmienia, że nawet i mniej muzykalne ucho tę różnicę rozpozna natychmiast; dla kontroli można także ustawić słuchawkę i poza granicami narządu, a opukując znów ku granicom, również wystąpi wybitna różnica w odgłosie wypukowym przy przekroczeniu granicy. W ten sposób można z największą dokładnością oznaczyć granice płuc, serca, żołądka, wątroby, śledziony i jelita poprzecznego. *Dr. Henryk Pisek.*

Docent Dr. Dieudonné. **Doświadczalne badania nad zakażeniem gruźliczem w wieku dziecinnym.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 37, 1901). Statystyka wykazuje, iż dzieci najczęściej giną na gruźlicę przy końcu pierwszego i w końcu drugiego roku życia, a więc w okresie, kiedy najwięcej stykają się z podłogą, po której czołgają się; w pierwszych miesiącach życia, oraz po drugim roku, gruźlica u dzieci jest stosunkowo rzadszą. Ta okoliczność dała powód do rozpowszechnionego w nauce zapatrywania, iż dzieci zakażają się gruźlicą skutkiem zetknięcia z zanieczyszczoną plwociną podłogą; nikt jednakowoż dotychczas nie postarał się uzasadnić tego twierdzenia badaniem bakteryologicznem rąk, czołgających się po ziemi drobnych dzieci. Autor badał 15 dzieci rodziców gruźliczych, zwracając uwagę nietylko na ręce dzieci, lecz również na treść ich jam nosowych; z tej ogólnej liczby w dwóch przypadkach stwierdził on obecność żywych, zabijających po 5—7 tygodniach mor. świnki prątków gruźliczych na rękach, oraz w jednym z tych dwóch przypadków — również i w śluzie nosowym badanych dzieci. Już z tej nieznacznej ilości badań, zdaniem autora, możemy wyprowadzić wniosek, iż słusznem jest zdanie, że bezpośrednie stykanie się dzieci z podłogą, zanieczyszczoną gruźliczą plwociną, odgrywa wcale ważną rolę w występowaniu gruźlicy i zołzów u dzieci; z tego względu nie powinno się dzieci sadzać na gołej ziemi, lecz podkładać im przynajmniej czyste prześcieradło, zachowując jednocześnie wszelkie możliwe ostrożności ze strony rodziców i służby (jak największa czystość, używanie spluwaczek i t. d.). *Gliński.*

Mayer i Debler. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia uchyłków przełyku** (*Münch med. Wochs.* 1901, Nr. 37). Przypadek opisany dotyczy 39-letniego mężczyzny, który się skarżył na niemożność połykania większych kęsów, gdyż jedzenie po pewnym czasie wraca mu do ust; lepiej cokolwiek szło, jeżeli mięszał pokarmy stałe z płynami. Chory jest dobrze odżywiony. Przy badaniu zgłębnikiem natrafiało się na opór w odległości mniej więcej 18 ctm. od zębów; opór ten dał przezwyciężać się bardzo łatwo i dalej zgłębnik swobodnie już schodził do żołądka. Czynność żołądka prawidłwa. Badanie ezoofagoskopem wykazuje otwór po stronie prawej przełyku, w odległości mniejwięcej 22 ctm. od zębów; przez otwór ten wejść można zgłębnikiem na głębokość $3\frac{1}{2}$ ctm. Zgłębnika od zewnątrz wyczuć nie można. Rozpoznano uchyłek przełyku, wychodzący z prawej jego ściany. Chorego karmiono początkowo przez dwa miesiące tylko sondą; leczenie jednak pozostało bez skutku i chory sam prosił o operacyę, co tembwięcej było wskazane, że odżywienie zaczęło podupadać.

Z tego powodu, że zapomocą ezofagoskopu rozpoznano uchyłek po stronie prawej, poprowadzono cięcie po stronie prawej szyi, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, poczynając od kości gnykowej, aż do mostka. Operując ostrożnie, odpreparowano uchyłek, włożywszy poprzednio dla łatwiejszego oryentowania się zgłębnik do uchyłka przez usta. Szyję uchyłka podwiązano tuż przy przełyku, a uchyłek odcięto; przy podwiązywaniu postąpiono w ten sposób, jak się postępuje przy wycinaniu wyrostka robaczkowego. Rany nie szyto, gdyż się obawiano, żeby się podwiązka z kikuta nie ześliznęła i nie wytworzyło się tym sposobem zapalenie części głębokich szyi. Przez pierwsze pięć dni chory był odżywiany tylko przez odbytnicę; po pięciu dniach zaczęto podawać pokarmy płynne, przechodząc stopniowo do stałych. W trzy tygodnie rana była zagojona. Wycięty uchyłek miał trzy ctm. długości, a dwa ctm. szerokości.

Badanie mikroskopowe wykazało, że na wewnętrznej powierzchni pokryty jest uchyłek nabłonkiem płaskim, którego warstwa jest grubsza, niż w przełyku. Ściana uchyłka składa się z tkanki łącznej a w błonie podśluzowej widać mięśnie gładkie. Sama ściana ku obwodowi stopniowo cieńczeje tak, że na samym końcu uchyłka wynosi zaledwie $\frac{1}{4}$ grubości ściany przy przełyku. Mięśni prążkowanych w ścianach nie znaleziono. Pierwszy Bergmann w r. 1890 ogłosił wyleczony operacyjnie przypadek uchyłka przełyku. Najtrudniejszą częścią operacyi jest zeszyć przełyk po wycięciu uchyłka, gdyż szwy często puszczają. Autorzy nie radzą po operacyi odżywiać chorego sondą, bo przy tej manipulacyi łatwo mogą szwy puścić. *Dr. Teofil Zalewski.*

Garel. **Parę rzadkich przypadków ciał obcych w krtani.** (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.* Tom 27, Nr. 8). G. podaje cztery przypadki ciał obcych w krtani. W pierwszym przypadku 8-letni chłopak połknął gwóźdź długości 2,7 ctm. Gwóźdź wbił się główką w błonę śluzową zatoki Morganiego z strony lewej, a końcem sterczał ku górze. G. wyjął gwóźdź pensetą po uprzedniem znieczuleniu krtani. Chłopiec ten trzymał gwóźdź w ustach, a towarzysz zabaw uderzył go w plecy tak, że upadł na twarz i wtedy gwóźdź wpadł do krtani. Drugi przypadek dotyczył 37-letniego mężczyzny, cierpiącego na padaczkę. Podczas jednego napadu żona chciała mu otworzyć zęby, które silnie zacisnął i w tym celu włożyła mu między zęby przemocą łyżkę cynową. Chory zacisnął zęby tak silnie, że odgryzł koniec łyżki. Część odgryziona wynosiła połowę łyżki; część ta wpadła do krtani podczas stanu nieprzytomności. Chory miewał od czasu do czasu po tym wypadku napady duszności, które jednak przechodziły. Dopiero gdy napady duszności stały się częstszymi, zgłosił się po poradę; sam nie przypuszczał, że mógł mieć łyżkę w krtani, gdyż żona nic mu o całym wypadku nie powiedziała. G. wyjął łyżkę zapomocą pensety. W trzecim przypadku G. znalazł w krtani $4\frac{1}{2}$-letniego chłopca haczyk od trzewika. G. próbował go wyjąć śródkrtaniowo, bał się jednak, by nie zepchnąć haczyka głębiej i dlatego po kilku próbach zaprzestał, a wykonał tracheotomię. Po tygodniu G. wyjął haczyk, który się był wyśliznął, lecz zatrzymał na wypukłości rurki tracheotomijnej. Czwarty przypadek dotyczył 55-letniej kobiety, która przyszła ze skargą na bóle w krtani, trwające od dwóch dni, a które miały powstać podczas jedzenia zupy; bóle były tak silne, że chora nie mogła ani jeść, ani mówić. Badanie krtani wykazało obecność szpilki, która się wbiła w lewą stronę krtani pod nagłośnią. G. wyjął ją zapomocą pensety po uprzedniem znieczuleniu. Szpilka ma długości 3,5 ctm. *Dr. Teofil Zalewski.*

Crouzillac. **Przypadek zmian kiłowych w błędniku.** (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx,* Tom 27, Nr. 8). C. opisuje przypadek zajęcia błędnika w przebiegu kiły nabytej. Przypadek dotyczy 43-letniego mężczyzny, który w czerwcu zauważył małą rankę na członku; ranka ta wkrótce się zagoiła; w sierpniu lekarz stwierdził osutkę i kłykciny w gardle. W listopadzie pojawiły się bóle głowy, trudność w zebraniu myśli, upośledzenie słuchu, zawroty głowy, które były tak silne, że chory sam nie był w stanie chodzić; później cokolwiek wystąpiło utrudnienie w mówieniu i szum w uszach. Badanie słuchu wykazało, że przewodnictwo kostne prawie zupełnie zostało zniesione, „Rinne" — dodatni, zegarka nie słyszy. Rozpoznano zajęcie błędnika na tle kiłowem i zalecono leczenie przeciwkiłowe. Do zupełnego wyleczenia potrzeba było pięć miesięcy. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. J. Batko (*L'Egypte médicale* Nr. 3). Autor, b. asystent Zakładu dla higieny w Krakowie, obecnie zastępca dyrektora służby kwarantanowej w Aleksandryi, badał niedawno epidemię dżumy w Zagasig, a obecnie ma wiele do czynienia z odkażaniem okrętów w kierunku zarazy morowej. Podobnie jak Yorsin i Kitasato, oraz inni badacze, zgadza się Batko na spostrzeżenie, że wybuchowi zarazy często towarzyszy wielka ilość padłych szczurów. Gdzie pomieszczenia nie sprzyjają zagnieżdżeniu się szczurów, tam i moru nie bywa.

Na okrętach szczury są stałym gościem i na wytępienie ich uwaga powszechna została zwróconą. Bardzo często zdarza się bowiem, że przedewszystkiem u padłych na okrętach szczurów zara-

zek moru wykrywać się daje. Z tego więc powodu i odkażenie okrętów ma przedewszystkiem na celu wyniszczenie szczurów. Do tego celu w szczelnie zamkniętych pomieszczeniach na towary spala się znaczna ilość siarki. Po 24 godzinach wywietrza się pomieszczenie i usuwa martwe szczury, wytrute bezwodnikiem siarkawym. Następnie wrzuca się wapno niegaszone i polewa znaczną ilością wody; mleko wapienne, ztąd powstałe, po pewnym czasie wypompowywa się, a podłogę i kąty wymywa 5%-wym roczynem mydła, sody i surowego fenolu.

Najważniejszem zadaniem pozostaje niedopuścić szczurów do statku podczas ładowania. Szczury wchodzą z brzegu po linach i po mostach. Zadanie jest trudne i polega na usuwaniu o ile możności podczas nocy zetknięcia statku z lądem.

W ciągu miesiąca wytępiono na 12-tu statkach w ten sposób 1460 szczurów, nie licząc tych, które się utopiły w wodzie na dnie statku. Pomiędzy zabitymi często trafiały się zakażone morem. Najmniejsza liczba zabitych na statku szczurów wynosiła 4 — największa 300. *O. B.*

Jacob i Pannwitz (Berlin). **W sprawie powstawania gruźlicy u ludzi po spożyciu mięsa, zawierającego prątki gruźlicze.** (*Die Heilkunde*, Zeszyt 9, 1901). Autorowie stawiają na wstępie pytanie, czy też gruźlica wogóle pojawia się w mięśniach u zwierząt, przeznaczonych na rzeź. Na zasadzie więc dotychczasowego w tym względzie piśmiennictwa (Bollinger, Mc. Fadyean, Sims i t. d.) można przyjąć, że gruźlica usadawia się także i w mięśniach; podłoże to atoli jest złą pożywką dla prątków gruźliczych — Röckl n. p. podaje w swem statystycznem zestawieniu, że gruźlica mięśni wynosi 0·8% wszystkich przypadków. Wprawdzie licznie przeprowadzone badania, tyczące się szkodliwości mięsa gruźliczego, nie dają jeszcze ściśle wyczerpującej odpowiedzi w tej sprawie; w każdym razie można już teraz powiedzieć, że spożywanie surowego mięsa gruźliczych zwierząt, zarówno jak i przetworów odżywczych, wyrabianych z takiego mięsa, jest bezwarunkowo dla zdrowia szkodliwe, zwłaszcza u dzieci lub chorych. Tosamo można także odnieść do krwi, uzyskanej z zwierząt chorych na gruźlicę. *Dr. Henryk Pisek.*

N. Guleke. **Przyczynek do statystyki raka sutka.** (*Archiv Langenbecka* T. 64, Z. 3). Statystyka ta, pochodząca z kliniki Bergmanna, obejmuje 884 pacyentek, dotkniętych pierwotnym lub nawrotnym rakiem sutka, u których wykonano ogółem 946 operacyj: 577 chorych liczyło 40 do 60 lat życia, 90·5% rodziło poprzednio. W 7.3% wykazać można było uraz, jako możliwą przyczynę cierpienia. W 16·5% stwierdzono obciążenie dziedziczne. Wywiady i badanie kliniczne wykazały, że niemal rok cały rak sutka jest cierpieniem miejscowem i przerzutów do gruczołów nie daje. Z 833 operowanych zmarło skutkiem operacyi 26. Trwałe wyleczenie, t. j. utrzymujące się przynajmniej przez trzy lat, stwierdzono w 28·79%. Zresztą po krótszym lub dłuższym czasie pojawiały się nawroty. Mimoto jednak chore operowane żyją o 10·4 miesięcy dłużej, niż nieoperowane. *Herman.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe odbyte w klinice prof. Łukasiewicza w dniu 5-go lipca 1901 roku.

Przewodniczący prof. Beck. — Członków obecnych 86

I. Przewodniczący przedstawia: członka nowo przyjętego kol. Jasińskiego i gościa kol. Piotrowskiego. Przewodniczący uprasza usilnie o wyrównanie zaległych wkładek, nadmieniając, że kilku kolegów zalega oddawna z bardzo znacznemi sumami; również w imieniu kol. bibliotekarza uprasza o zwrot, względnie o zgłoszenie dawniej wypożyczonych książek.

II. Kol. Zgórski przedstawia chłopca 17-letniego z przewrotnem ułożeniem trzew klatki piersiowej i jamy brzusznej (*situs viscerum inversus*).

III. Kol. Kučera jako uzupełnienie do swoich poprzednich wykładów okazuje preparat, rekonstrukcyę raka, wykonaną metodą Bohrna (preparat jest własnością Hlavy z Pragi).

IV. Kol. Łukasiewicz przedstawia z kliniki dermatologicznej:

1) ojca i córkę z toczniem rumieniowatym (*lupus erythematosus*). U ojca, 59 lat liczącego, wystąpił początkowo naciek pod okiem prawem, a następnie ostry wyrzut na całem ciele, zajmujący stopniowo tułów, dolne i górne kończyny. Obecnie sprawa ustąpiła, pozostały tylko nacieki na twarzy, grzbiecie między łopatkami i na klatce piersiowej w okolicy mostka. U córki, 30 l., sprawa chorobowa ogranicza się na obu policzkach i grzbiecie nosa, nie przybierając postaci ostrej,

2) Dwóch chorych z pęcherzycą (*pemphigus*). W jednym przypadku wyrzut pęcherzycy zjadliwej (*pemph. exfoliativus*), zajmujący całą niemal powierzchnię skóry, błony śluzowe jamy ustnej i powiek, ustąpił przy stosowaniu kąpieli 28°, w których chory pozostawał przez 2—3 godzin dziennie. Drugi chory z silnym i świeżym wyrzutem pęcherzy odłuszczających się, z zajęciem błony śluzowej jamy ust, powiek, pozostaje w leczeniu. W miejscach, pozbawionych naskórka, spostrzedz się dają u tego chorego bujania.

3) Dwa przypadki zapalenia wrzodziejącego torebek włosowych (*folliculitis exulcerans*), uważanego dawniej za sprawę przyrody gruźliczej.

4) Dwa przypadki tocznia pospolitego (*lupus vulgaris*): jeden leczony metodą operacyjną zapomocą wyskrobania ostrą łyżeczką i wypaquelinizowania; u drugiego stosowano przez czas dłuższy opatrunek z plastrem mydlano-salicylowym. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że obu przedstawionych chorych należy uważać za uleczonych; przyjrzawszy się jednak bliżej spostrzegamy w drugim przypadku drobne guzki. Kol Ł. przypisuje pozornie dodatni wynik stosowania plastra salicylowego działaniu ucisku, wywartego przez opatrunek, i sądzi, że i metoda Finsena polega głównie na ucisku soczewki; to też zdaniem jego wyniki Finsena są tylko pozornie dodatnie.

5) Chorego z mięsakowatością skóry (*sarcomatosis cutis*). Sprawa chorobowa zajmuje głównie dolne kończyny (stopy), bądźto w postaci pojedynczych nacieków wielkości grochu, bądź też w postaci więcej jednostajnego nacieku, w którym jednakowoż odróżnić można pojedyncze guzki. Podobne guzki znajdują się na grzbiecie rąk, na palcach i na członku. Przy tej sposobności przedstawia kol. Ł. preparaty drobnowidowe z dawniejszych i obecnego przypadku mięsakowatości skóry; typowego bujania mięsakowego na preparatach tych wykazać nie można.

6) Przypadek suchej skóry barwikowej (*xeroderma pigmentosum*), zajmującej całą powierzchnię ciała. Sprawa trwa od kilkunastu lat. Na twarzy w miejscu ustępujących plam barwikowych powstały delikatne blizny i zanik skóry. W przebiegu choroby utworzył się przed dwoma laty nabłoniak (*epithelioma*) na powiece, wycięty przez kol. Uhmę, podczas zaś pobytu na klinice powstał drugi nabłoniak na końcu języka, który usunięto również przez wycięcie.

Najmłodszy brat chorego cierpi także na tęsamą chorobę; siostry są zupełnie zdrowe.

V. Kol. Jasiński demonstruje chorego, u którego wyjęto znacznie powiększoną śledzionę. (*Tumor lienis chronicus pseudoleucaemicus*).

VI. Kol. Kośmiński demonstruje chorą, dotkniętą szelestem w pochwie, *Garrulitas vulvae vel Flatus vaginae*. Sprawa wystąpiła po porodzie wskutek pęknięcia międzykrocza; chora zgłasza się do operacyi z powodu niemożności zarobkowania (wstydu), gdyż przy każdym zgięciu ciała w pasie i następowem wyprostowaniu wydobywają się z właściwym głośnym szelestem gazy z pochwy (następuje demonstracya). Kolega Kośmiński omawia mechanizm danego przypadku i etyologię cierpienia wogóle; według Löhleina szelest w pochwie powstaje wskutek pęknięcia międzykrocza, zaniku warg i dostawania się powietrza do pochwy z zewnątrz, jako następstwo ujemnego ciśnienia w pochwie przy zgięciu ciała. Według Veita wytwarzanie się gazów w samej pochwie skutkiem spraw rozkładowych jest powodem tej sprawy chorobowej.

Kol. Breiter nie zgadza się z zapatrywaniem, by samo pęknięcie międzykrocza dawało powód do powstawania szelestu w pochwie i jest zdania, iż dźwigacz rzyci musi być częściowo uszkodzony, czyli, że musi istnieć niedomykalność dźwigacza rzyci i zwieracza pochwy. Nie uważa dalej za właściwe, by podporządkowywać pod jedną nazwą: *garrulitas* — dwie zupełnie różne pod względem patogenezy i terapii choroby, — jak to czyni wielu autorów. Nazwa ta jest właściwą tylko dla tej postaci choroby, której przyczyna jest czysto natury mechanicznej, podczas gdy postać druga, polegająca na wytwarzaniu się gazów skutkiem obecności drobnoustrojów, jest najprawdopodobniej tylko lżejszą formą zapalenia pochwy rozedmowego.

VII. Kol. Breiter demonstruje preparaty z kliniki położ. 1) Macica wraz z przydatkami, usunięta metodą Döderleina, która daje rękojmię pewniejszego operowania, gdyż pęcherz moczowy zupełnie ku górze się wysuwa, — co wyklucza przypadkowe skaleczenie ściany

jego. Przeciwskazaniami są: stare sprawy zapalne okołomaciczne, jakoteż nacieki nowotworowe, przechodzące na przednie sklepienie, ewentualnie na ścianę pęcherza.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Wehr, Kośmiński i Breiter.

2) Włókniak podśluzowy wielkości dużej pięści, wyłuszczony ze swej torebki zapomocą przecięcia tylnej ściany macicy aż do jej dna, z następowem zeszyciem ściany jedwabnymi szwami węzełkowymi.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, — chora po 10-ciu dniach opuściła łóżko. Badanie wewnętrzne wykazuje: macica nieco powiększona, ruchoma, na tylnej wardze, jakoteż w sklepieniu tylnem rana zupełnie zagojona; operował prof. Mars. Kol. B. wykazuje zalety tego zachowawczego postępowania operacyjnego, zwłaszcza przy włókniakach podśluzowych o szerokich podstawach; przebieg pooperacyjny zwykle bardzo pomyślny i stosunkowo krótki.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

VI. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya pedyatryczna.

1. Heubner (Berlin): **O pląsawicy.** Wykluczywszy t. zw. pląsawicę macinniczą (*chor. hysterica*, *maladie des tics* itp.), pojęcie właściwej pląsawicy coraz bardziej się ścieśnia, a im dokładniej śledzimy, tem częściej znajdujemy pewien związek między gośćcem a pląsawicą właściwą. Spostrzegając bowiem 27 przypadków gośćca i 77 przypadków pląsawicy stwierdzono, że między pierwszymi dwa przebyły pląsawicę, a z ostatnich 32% nabyło pląsawicę po przebyciu gośćca. Dlatego autor zalicza pląsawicę właściwą do chorób gośćcowych, względnie zakaźnych. Za tem przemawia okoliczność, że pląsawica pojawia się często w rodzinach gośćcowych, że w przebiegu pląsawicy pojawiają się osutki gośćcowe i że obydwie te choroby mają skłonność do nawrotów i do przebiegu przewlekłego; prócz tego w obydwu chorobach często pojawiają się powikłania z chorobami śródsierdzia. Litten spostrzegał pląsawicę i gościec, jako powikłanie rzeżączki. Autor wskazuje na okoliczność, że prawdziwe ruchy pląsawicze prawie zawsze występują pod postacią ruchów uczuciowych i wykonanych w afekcie (*Gemüths- und Affektsbewegungen*), dlatego właściwą pląsawicę spotyka się dopiero po trzecim lub czwartym roku życia, kiedy już dzieci potrafią swe uczucia wyrażać pewnym ruchem mięśni. Uważając pląsawicę za chorobę zakaźną zaleca Heubner jako środki lecznicze, prócz arsenu, ułożenie w łóżku i leki napotne.

W rozprawach zabiega głos Soltmann (Lipsk), który uważa pląsawicę za nerwicę psychomotoryczną, przy której przez rozpromienienie popędów woli przyłączają się do ruchów dowolnych niezamierzone ruchy towarzyszące (*Mitbewegungen*), a może to powstać przez uraz, wywarty na mózg, przez działanie istot zakaźnych, oraz na drodze odruchowej (*Chorea symptomatica*, *idiopathica*, *reflectoria*). Pląsawica samoistna najczęściej powstaje po gośćcu. Autorowie francuscy przypuszczali, że drobne cząstki, porwane z śródsierdzia i usadowione w korze mózgowej, przerywają szlaki dowolnych ruchów; jeżeli siła innerwacyi nie jest należyta i występuje w nieodpowiednim czasie, powstają ruchy towarzyszące, a udowodniono to doświadczeniem przez wprowadzenie drobnych cząstek do krwiobiegu. Pląsawica samoistna jest zatem najczęściej następstwem zatoru zakaźnego.

Szontagh kładzie nacisk na ropne zapalenie gardła i płonicę, jako przyczyny pląsawicy, a Müller zauważył, że jeśli małe dzieci chorują na pląsawicę, to odznaczają się zazwyczaj wyższą inteligencyą. Heubner jeszcze raz zwraca uwagę na ropne zapalenie gardła, płonicę i odrę, jako ważne czynniki etyologiczne przy powstawaniu pląsawicy.

2. Thiemich (Wrocław): **Spostrzeżenia kliniczne nad zdolnością czynnościową pól ruchowych kory mózgowej u osesków.** Na podstawie badań doszedł prelegent do wyniku, że u osesków od 3-go lub 4-go miesiąca życia można zauważyć szereg ruchów skojarzonych (koordynacyjnych), pochodzących z kory mózgowej, jak ułożenie ręki w pięść, wydłużenie i przykurczenie kończyny dolnej tak, iż tem udowodniona została zdolność funkcyonalna pól ruchowych kory mózgowej w tym wieku życia. Niekiedy już te funkcye zauważono u noworodków. Choroby, powodujące uwiąd przedwczesny, opóźniają pojawienie się tych czynności.

3. Gutzmann (Berlin): **Dyetetyczne leczenie nerwowych zaburzeń mowy w wieku dziecięcym.** U dzieci jąkających się, pochodzących zazwyczaj z rodzin nerwowych, zauważył prelegent często zaburzenia w przewodzie pokarmowym, występujące po części z nieodpowiedniego sposobu żywienia. W tych przypadkach jąkanie się ustępowało po zmianie dyety, zmniejszeniu pokarmu mięsnego, przebywaniu na wolnem powietrzu, regularnem zmywaniu ciała, bez wszelkiego znaczniejszego ćwiczenia wymowy.

Cartens popiera to mniemanie prelegenta na podstawie spostrzegania częstych zaburzeń mowy w przebiegu duru brzusznego.

4. Ganghofner (Praga): **W sprawie rozpoznania tężyczki w pierwszych latach życia.** Kontrolując doświadczenia Thiemicha odnoszące się do oznaczania pobudliwości galwanicznej, zdołał autor wykazać na 49 przypadków 41 razy = 83% galwaniczne wzmożenie pobudliwości, gdyż już przy mniej niż 5 MA wywołał KOeZ na nerwie pośrodkowym. Prelegent jest zdania, że KOeZ jest często niewyraźne skutkiem wczesnego powstawania KSTet. i dlatego w niewątpliwych przypadkach tężyczki wynik badania galwanicznego pozornie jest ujemny. Czasowo może być brak pobudliwości mechanicznej lub galwanicznej, niekiedy znowu dłuższy czas utrzymują się jedna lub druga. Ważność praktyczna metody Thiemicha polega na tem, że wystarcza badanie jednego nerwu, prelegent atoli nie przypisuje tej metodzie wyższości nad innymi objawami utajonymi tężyczki, gdyż z obecności samej tylko galwanicznej nadpobudliwości (*galvanische Ueberregbarkeit*) rozpoznania tężyczki stawiać nie można. G. podtrzymuje zapatrywanie, że większość przypadków skurczu głośni u dzieci należy zaliczyć do tężyczki, przyjmując nawet za kryteryum przynależności do tężyczki galwaniczną nadpobudliwość.

Thiemich po przeprowadzeniu dalszych badań wyraża zapatrywanie, że wykazaniem nadpobudliwości galwanicznej można scharakteryzować pewną gromadę dzieci, z których jedne okazują wszelkie objawy tężyczki, inne tylko wyłącznie nadpobudliwość galwaniczną. Ta ostatnia zależy od odżywienia, od stopnia napełnienia żołądka, a temsamem już zostaje dana wskazówka dla leczenia.

Soltmann przyłącza się z pewnemi zastrzeżeniami do zapatrywań Ganghofnera.

5. Leo (Bonn): **Leczenie krzywicy fosforem.** L. przed niedawnym czasem miał dwa przypadki śmierci, którą odnosi do wewnętrznego podawania fosforu. Objawy kliniczne w tych przypadkach były podobne: żółtaczka, a w jednym także powiększenie wątroby. W jednym przypadku podano ogółem 0,015 fosforu, w drugim podawano z przerwami przez sześć miesięcy. Wkrótce po wystąpieniu objawów fosforzycy nastąpiło zejście śmiertelne. W pierwszym przypadku oględziny pośmiertne wykazały: zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, nerek i serca, a orzeczenie brzmiało: „zatrucie fosforem". W drugim przypadku na oględziny nie zezwolono. Autor podawał zwyczajnie stosowane dawki i był przekonany o korzystnym wpływie fosforu na stan ogólny w przebiegu krzywicy. Obecnie zaleca zaniechanie podawania fosforu, lub obniżenie dawek.

Soltmann jest zwolennikiem fosforu, gdyż wpływa na wzrost kości i na poprawę przemiany materyi; ale należy kłaść nacisk na odpowiednie podawanie fosforu w oliwie. Aptekarze winni mieć przygotowany roztwór fosforu w oliwie 1:500 (a nie 1:80), w którym fosfor się nie strąca, lecz pozostaje w roztworze. Przy ordynacyi lekarskiej 0,01:100 aptekarz bierze 5 grm. roztworu i dodaje 95 grm oliwy i to lepiej zwykłej oliwy, niż tranu, gdyż ten ostatni przeszkadza skuteczności fosforu.

Falkenheim podaje z roztworu 0,01:100 jedną dawkę dziennie, czyli 0,0005 fosforu i jest przekonany o skuteczności fosforu w krzywicy.

Gernsheim prócz lekkiej niestrawności nie widział cięższych następstw po fosforze. Zaleca przepis następujący: *Phosphori 0,01 + Ol. amygdalarum dulc. 10 + Ol. cort. aurant. gtt. IV. Ds: Podawać 3 razy dziennie po kropli, postępując stopniowo do 3 kropel.*

Thomas sądzi, że po zwykłych dawkach fosforu powstają niekiedy zaburzenia w trawieniu, lecz nie zatrucia; podanego przez Lea protokółu sekcyjnego nie uważa za dowód zatrucia.

(C. d. n.).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 31 października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Nowak mówił: *O bacilus abortivus;* w dyskusyi zabierali głos: kol. prof. Rosner i kol.

prof. Wachholz. 2) Kol. dr. Surzycki. »O działaniu środków sercowych.«

* D. 25 b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Gońki we Lwowie, w celu uzyskania *veniam legendi* z zakresu dentystyki.

* Wyszło rozporządzenie ministerstwa oświaty, ażeby od obywateli węgierskich, doktoryzujących się w uniwersytetach austryackich, wymagać takiego samego rewersu, jakiego się żąda od cudzoziemców, t. j. że nie rozpoczną praktyki lekarskiej, dopóki nie otrzymają obywatelstwa austryackiego.

* Za przyczynieniem się prof. Zuntza i na jego wniosek zapadła uchwała na Kongresie fizyologów w Turynie, ażeby na Monte Rosa, na wysokości 4560 metrów, wystawić międzynarodową pracownię fizyologiczną dla badań wpływu wysokich stref na ustrój fizyologiczny człowieka.

* Izba lekarska wiedeńska wystąpiła przeciw orzeczeniu ministerstwa spraw wewnętrznych, które oświadczyło się za dopuszczalnością adwokata do zastępstwa w sprawach, toczących się w Izbowych Radach honorowych. Izba lekarska wiedeńska jest zdania, że sprawy te dotyczą wewnętrznych zajść między lekarzami i tylko przez lekarzy winne być rozstrzygane, — bez udziału obcych, jako niezawsze pojmujących odcienia stosunków lekarskich.

* Rada m Berlina postanowiła uczcić 80-tą rocznicę urodzin Virchowa wystawieniem nowego szpitala na 1700 łóżek; zakład ten ma posiadać własne pracownie do wszelkiego rodzaju badań kliniczno-naukowych, oraz do wyrobu surowic leczniczych.

Gdy tak jubilat otrzymuje z całego świata dowody czci i uznania, pewien odłam prasy niemieckiej uważał za rzecz na czasie przypomnieć Virchowowi, że wskutek jego rzekomo mylnego rozpoznania histologicznego, na podstawie którego zaniechano operacyi, zmarł cesarz Fryderyk III na raka krtani; tak przynajmniej miał twierdzić lekarz cesarza, laryngolog Makenzie. Oczywiście zła wola tylko może zrzucać na sumienie Virchowa odpowiedzialność za śmierć cesarza Fryderyka III-go, gdyż najwcześniejsze rozpoznanie i wykonana operacya raka krtani nie daje przecież żadnej rękojmi uratowania życia a powtóre, rozpoznanie histologiczne Virchowa dotyczyło nie choroby cesarza, lecz tego skrawka, który mu dostarczył Makenzie, a Virchow przeczy, ażeby w tym skrawku były pierwiastki raka.

* Rząd w New Jersey zdecydował się wreszcie ścigać fabrykantów dyplomów lekarskich, a pobudką były mu gorszące ogłoszenia, w których podano i taksę, mianowicie, za dyplom doktora medycyny w New Jersey naznaczono 10 dolarów, a doktora medycyny i filozofii razem — 15 dolarów.

* Związek niemiecki dla higieny ludowej ustanowił na obszarze Berlina cztery stacye, w których dwa razy tygodniowo w oznaczonych dniach może niezamożna ludność informować się w sprawach higieny, dotyczących ubrania, mieszkania, pożywienia i t. d.

* W składach aptecznych w Maroko organoterapia stanowi ważny artykuł handlu. Do leków najskuteczniejszych marokanie zaliczają: kamyk żółty z wątroby wołu; tchawica wielbłądzia, zawieszona na szyi dziecka działa w zapaleniu gardła; skóra jaszczurki z Sahary w naparze leczy zimnicę; skóra i wyschłe mięso hyeny w nakadzaniu skutkuje przeciw wodnej puchlinie; wątroba psia — przeciw przerostowi gruczołów zaotrzewnowych u dzieci i t. d.

Mianowania i odznaczenia. Docent Lindenman mianowany został prof. nadzw. ogólnej patologii w Kijowie. Docent Blauberg mianowany prof. farmakologii w Odesie.

Nekrologia. Dr. Joachim Bartoszewicz zmarł w Ludziskach, w Wielkiem Księstwie Poznańskiem, licząc lat 67. Urodził się w Sandomierzu, nauki lekarskie studyował w Petersburgu. Od roku 1864 zamieszkał w Warszawie, poświęcając się praktyce. Ogłosił kilka rozpraw w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 43. Mutermilch: Marceli Nencki (wspomnienie pośmiertne). Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (dokończenie). Czaplicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Ciągliński: Parę słów o cierpieniach ośrodków nerwowych u dzieci z niezwykłym przebiegiem. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.). — Nr. 20. Moraczewski: O odczynnikach fizyologicznych. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Świętochowski: O wpływie alkoholu na krążenie krwi. Majewski: O zachowaniu się błękitu metylowego w ustroju (dok.). Grudziński i Konwerski: Światło, jako środek leczniczy (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Vitek: Paramyoclonus multiplex (dokończ.). Pešina: O výsledcich serotherapie při diftherii v Cechách. (dok.)

— *La Presse médicale* Nr. 85. Dieulafoy: Kilak w płacie czołowym mózgu z następową padaczką Jacksonowską. Cios zadany doktrynie o lokalizacyi w mózgu. — Nr. 86. Damany: Zapalenie opłucnej surowiczo-włóknikowe i zapalenia opłucnej, wychodzące z płuca, rzekomo opłucnowe.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Zuckerkandl: O operacyach kamieni pęcherzowych. Gabriel: Przyczynek do rozpoznania tętniaka tętnicy krezkowej. Barącz: Przyczynek do tracheoplastyki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 43. Fiedler: O kamieniach żółciowych i kamicy żółciowej. Ranke: O leczeniu trudnej dekaniulacyi w następstwie wybujałości ziarninowych, powstałych po intubacyi i wtórnej tracheotomii. Trumpp: O dalszych losach tracheotomowanych i intubowanych dzieci. Pfaundler: Przyczynek do nauki o »późnych zaburzeniach« po tracheotomii i intubacyi. Wolff: Praktyczna strzykawka aseptyczna do wstrzykiwań podskórnych. Zahn: Przyczynek do nauki o rzekomych porażeniach opuszkowych u dzieci i o wrodzonych ogólnych zaburzeniach ruchowych (dok.). Wassmuth i Emmerich: Porównawcze doświadczenia rozmaitych systemów do leczenia wdychiwaniami.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 43. Shiga: Badania nad nagminną czerwonką w Japonii, szczególnie ze względu na prątka czerwonki. Laqueur: Przyczynek do nauki o stanach mocznicowych. Bendix: Cytodyagnostyka zapalenia błon mózgowych. Raehlmann: O jagliczem zapaleniu woreczka łzowego i o przyczynach ostrego zapalenia woreczka łzowego wogóle. Gumprecht: Zewnętrzny zabieg dla ułatwienia wypróżnienia. Becker: Przyczynek do nauki o chłoniakach (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Simnitzky: O wpływie zastoju żółci na energię wydzielniczą gruczołów żołądka. Jahrmärker: Przypadek choroby z myślami opętującemi. Einhorn: O pozornych guzach w brzuchu. Aufrecht: Gruźlica płuc i miejsca kuracyjne (dok.). Elsner: Pluskanie w żołądku i atonia. Volland: Pluskanie w żołądku i atonia

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 6 listopada, o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. prof. Rosner: „Z kazuistyk ginekologicznych“. 2) kol. doc. Bochenek: »O drogach czuciowych rdzeniowych.“

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 9 Listopada 1901. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej *(insuf. tricuspidalis relativa)* przy zmianach w tętnicy głównej *(aorta)*.

Podał

Dr. Juliusz Marischler

asystent kliniki.

Według dzisiejszego stanu nauki wytworzenie się względnej niedomykalności zastawek serca schodzi się z powstaniem rozstrzeni komór sercowych, czyli jest dalszym ciągiem niewydolności mięśnia sercowego. Mam tu na myśli naturalnie tylko zastawki żylne, jak dwu- i trójdzielna; zastawki zaś półksiężycowe tętnicy głównej i płucnej pozostawiam na boku, gdyż względna ich niedomykalność występuje właśnie przy schorzeniach głównych tętnic, a nie mięśnia sercowego.

Niedomykalność względna zastawki trójdzielnej występuje — jak wiemy — stale, jako wynik niedomogi komory prawej przy tych sprawach chorobowych, w przebiegu których komora prawa całą siłą dłuższy czas musi pracować, a więc gdzie dla pokonania oporów w małem krążeniu serce prawe zużywa prawie całą siłę zapasową. Stosunki tego rodzaju zachodzą najczęściej w niewyrównanych wadach zastawki dwudzielnej i ujścia żylnego lewego, w schorzeniach przewlekłych płuc, jak rozedma płuc, stwardnienie miąższu płucnego, rozległych zrostach opłucnowych itd. Wszystkie te sprawy chorobowe sprowadzają zwykle przerost odśrodkowy komory prawej, a ponieważ każdy przerosły odcinek mięśnia sercowego wskutek dalszego trwania przyczyny, wywołującej przerost, zużywa coraz większą ilość swej siły zapasowej, czyli, jak się wyrażamy, pracuje mniej lub więcej „maksymalnie,“ przeto równowaga pracy mięśnia sercowego jest bardzo chwiejną i małe już dalsze wymogi mogą doprowadzić do poważnej i wzrastającej niewydolności mięśnia sercowego.

O ile niedomykalność względna zastawki trójdzielnej przy zmianach w zastawce dwudzielnej i ujściu żylnem lewem jest częstym objawem chorobowym, to o wiele rzadziej spotykamy się z tą zmianą w wadach tętniczych serca lewego. W tych wadach zastawkowych wyrównanie odbywa się przedewszystkiem przez wzmożoną czynność komory lewej. Zależnie od stanu mięśnia lewej komory dochodzi tu do mniejszej lub większej rozstrzeni tej komory, a więc w przeciwieństwie do wad żylnych należałoby się spodziewać możliwości wytworzenia się w pierwszej linii względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, co też rzeczywiście ma miejsce.

Daleko mniej zwracamy uwagi na przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, w których przychodzi do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej bez jakichkolwiek zmian pierwotnych lub następowych na zastawce dwudzielnej.

Niedomykalność względna zastawki trójdzielnej jest, jak wiemy, dalszym ciągiem obrazu niedomogi prawej komory. Wypada nam się więc zastanowić, w jaki sposób niedomykalność zastawek tętnicy głównej, bez zmian równorzędnych lub następowych w ujściu żylnem lewem lub w zastawce dwudzielnej, bez zmian w krążeniu płucnem *(emphysema, induratio, concretio pleurae cte.)* może się odbić na komorze serca prawej. Przyczyn tych może być kilka.

Przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę na stan mięśnia lewej komory. Jeżeli lewa komora przy niedomykalności zastawek tętn. głów. niedomaga i przy każdym skurczu niewypróżnia się zupełnie, lub też jeżeli mięsień sercowy w całości jest mniej lub więcej zwyrodniały, przyjść łatwo może do niedomogi tak lewej jak i prawej komory, w następstwie czego rozwija się, jak wiemy, ogólny zastój żylny.

Są znane jednak przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, gdzie nie mamy żadnych objawów niedomogi komory lewej, a mimo to występuje obraz biernego przekrwienia ogólnego, mogącego posunąć się aż do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Na te właśnie przypadki zwrócili w ostatnich czasach znowu uwagę dwaj autorowie: E. Grawitz[1]) i Eschenhagen[2]).

Autorowie ci opisują przypadki, w których pomimo zupełnie wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej spostrzegali tworzenie się biernego przekrwienia wątroby, jako pierwszego objawu ogólnego zastoju żylnego. Grawitz słusznie zwraca uwagę, że w tych przypadkach mogłyby się czasem nasunąć pewne wątpliwości co do rozpoznania tła powiększenia się wątroby, zwłaszcza wobec braku zupełnego jakiegokolwiek objawu, wskazującego na osłabienie czynności lewej komory. Radzi on w tych przypadkach uciec się do badania zapomocą promieni Röntgena, a zwłaszcza zwracać uwagę na boczne granice serca. I rzeczywiście tak Grawitz, jak i Eschenhagen znachodzili w swych przypadkach obok powiększenia serca w kierunku osiowym także znaczne powiększenie rozmiarów serca w kierunku poprzecznym. Przyczyna powiększenia serca w kierunku poprzecznym, jak i przekrwienia biernego wątroby, została wyświetloną dopiero na stole sekcyjnym. Przekonano się, że powiększenie serca w kierunku poprzecznym było spowodowane rzeczywiście rozstrzenią komory prawej; po-

[1]) E. Grawitz: Über das Zustandekommen von venösen Staungen bei völlig compensirten Insuff der Aortaklappen. (Deutsche med. Wochsch. Nr. 20 1899).

[2]) Eschenhagen: Über das Zustandekommen cyanotischer Leber schwellung bei Aorteninsuffitientz. (Inaugur. Dissert. Berlin).

jemność jej jednak nie wiele się różniła od stanu prawidłowego, lub nawet była mniejszą, a to z powodu wpuklenia się przegrody międzykomorowej do światła komory prawej. Mechanizm powstawania tej sprawy byłby więc następujący: wskutek cofania się pewnej ilości krwi podczas rozkurczu komory lewej, spowodowanego niedomykalnością zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, przychodzi do przepełnienia komory lewej na początku skurczu; mięsień komory lewej musi wskutek tego uledz przerostowi, a komora równocześnie rozstrzeni. Rozstrzeń ta w miarę dalszego trwania niedomykalności jeszcze bardziej się powiększa, a powiększając się równomiernie we wszystkich kierunkach, doprowadza przegrodę międzykomorową do wpuklenia się do przestworu komory prawej, co tem łatwiej stać się może, że już w prawidłowych warunkach ciśnienie krwi w prawej komorze jest znacznie niższe, niż w lewej. Następstwa tych stosunków są łatwe do przewidzenia. Prawa komora wskutek tego w pojemności swej pomniejszona, nie mogąc pomieścić tak łatwo, jak w stanie prawidłowym, całej ilości krwi, wpływającej za każdym skurczem przedsionka prawego, doprowadza do ogólnego zastoju żylnego, a w pierwszej linii odbijającego się na żyłach wątrobowych. W przypadkach Grawitza i Eschenbacha oprócz tych zmian, t. j. wpuklenia się przegrody międzykomorowej do przestworu komory prawej, znaczne powiększenie się serca w kierunku poprzecznym doprowadziło do ucisku na żyłę próżną dolną, a do obrzęku na kończynach dolnych nie przyszło dlatego, gdyż wytworzyło się uboczne krążenie przez żyłę nieparzystą *(v. azygos)*.

O wpuklaniu się przegrody międzykomorowej do przestworu komory prawej i o następowym zastoju żylnym wspomina już Neusser[3]) (1894), podając, że sinica zdarza się i w niedomykalności zastawek tętnicy głównej, obok innych przyczyn i wskutek pomniejszenia przestworu komory prawej, jako wyniku wpuklenia się przegrody międzykomorowej do komory prawej.

Jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, rozmaite przyczyny mogą w niedomykalności zastawek tętnicy głównej doprowadzić do sinicy, względnie do zastoju żylnego, a nieraz i do wytworzenia się niedomykalności względnej zastawki trójdzielnej.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy schorzenia samej ściany tętnicy głównej lub tętnic obwodowych nie mogłyby się odbić na komorze prawej, względnie zastawce trójdzielnej? Jak wiemy, ogólna miażdżyca tętnic obwodowych i towarzyszące zawsze tym zmianom podwyższenie ciśnienia krwi w układzie tętniczym dużym, może dać powód do przerostu komory lewej, lecz przerost ten jest t. z. dośrodkowy, t. j. bez równoczesnej rozstrzeni komory lewej. Dopiero w okresie niewydolności mięśnia lewej komory moglibyśmy spodziewać się przy miażdżycy tętnic obwodowych jakichś zmian ze strony komory prawej i zastawki trójdzielnej. Podobnie i tętniaki tętnicy głównej, niesprowadzając zwykle przerostu komory lewej, zwykle nie odbijają się na czynności prawej komory w sposób zwyczajny. Mogą one jednak swem umiejscowieniem dać powód do poważnych zaburzeń w czynności prawej komory tak, że wytworzona wskutek tego niedomykalność zastawki trójdzielnej może zająć dominujące stanowisko w zbiorze objawów w danym przypadku i może dać powód nieraz do mylnego rozpoznania.

Na te właśnie przypadki chciałbym zwrócić uwagę na podstawie spostrzeżenia, jakie miałem sposobność uczynić w lwowskiej klinice lekarskiej i którego opis w krótkości przytaczam.

Chory J. B., lat 54, urzędnik sądowy, przyjęty do kliniki 30 listopada 1899 r. Rodzice chorego nie żyją, ojciec zmarł w 56 r. ż. z powodu zapalenia płuc, matka zaś, mając lat 63, jakoby na »ogólne wyniszczenie«. Sam chory w dzieciństwie nie przebywał żadnych chorób; mając lat 24 uległ zakażeniu kiłowemu. W kilka lat później dostał, jak podaje, nieżytu pęcherza, który trwał przez cztery miesiące. W r. 1897 rzekomo wskutek przeziębienia dostał silnych dreszczów, gorączki, skarżył się na kłócie w boku prawym, przyczem męczył chorego kaszel, połączony z plwociną dość obfitą, pomieszaną z skrzepami i nitkami krwi. Leżał wtedy przez trzy tygodnie w łóżku. Od tego czasu nie czuł się już zupełnie zdrowym, gdyż przez cały rok następny ciągle pokaszliwał. W lipcu 1899 r. udał się do Szczawnicy i po sześciotygodniowym tam pobycie czuł się o tyle lepiej, że mógł się oddawać swym obowiązkom zawodowym. Dopiero trzy tygodnie przed wstąpieniem do kliniki uczuł nagle przy chodzeniu bóle w żołądku i w okolicy wątroby, połączone z uczuciem pełności w żołądku i, jak się chory wyraża, »rodzajem parcia pod piersiami«. Tym objawom towarzyszyły: nawał krwi do głowy, osłabienie chwilowe wzroku, latanie płatków i iskier przed oczyma, a przytem uczucie jakby wypychania gałki ocznej z oczodołu. Do tego dołączała się również dość znaczna duszność, zwłaszcza przy ruchach.

W dniu przyjęcia do kliniki skarżył się chory nadto na suchy kaszel, brak łaknienia i skłonność do zaparcia stolca, której ulega od trzech tygodni.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. W zakresie nerwów mózgowych zmian niema. Gałki oczne prawidłowo ruchome, źrenice na światło oddziaływają, lewa nieco lepiej, niż prawa. Na twarzy, uszach i widocznych błonach śluzowych wyraźna sinica. Żyły szyjne znacznie rozszerzone, zwłaszcza lewa i okazują wybitne tętnienie dodatnie. Tętnice dogłowowe tętnią widocznie, są miernie napięte; tętnica główna w dołku jarzmowym nie macalna.

Klatka piersiowa miernie długa, dołek nad- i podobojczykowy prawy głębszy, niż lewy. Strona prawa klatki piersiowej nieco mniej ruchoma. Wypukiem stwierdzić można lekkie stłumienie w szczycie prawym; poniżej obojczyka prawego również wypuk przytłumiony; od trzeciego żebra nieco jawniejszy, od V-go ku dołowi tłumieje, na VI-em dolnem granica nieruchoma. Tak samo i w pasze prawej odgłos wypukowy na całej przestrzeni mniej jawny, a dolna granica nieruchoma. Po stronie lewej z przodu i w pasze odgłos wypukowy jawny, dolna granica ruchoma.

Z tyłu klatki piersiowej po stronie prawej w szczycie odgłos przytłumiony, od grzebienia łopatki ku dołowi staje się jawniejszy, od dolnego kąta łopatki ku dołowi znowu tłumieje i dolna granica nieruchoma. Po stronie lewej z tyłu odgłos wypukowy jawny, mało pełny dolna granica sześć palców niżej dolnego kąta łopatki, ruchoma.

Przysłuch po stronie prawej: z przodu wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem dobrze słyszalnym; w dolnych częściach rozległe tarcie opłucnowe. Po stronie lewej z przodu wdech pęcherzykowy szorstki, wydech słyszalny, w dolnych częściach furczenia.

Z tyłu po stronie prawej w szczycie wdech pęcherzykowy szorstki z wydechem słyszalnym, poniżej grzebienia łopatki przy wdechu pęcherzykowym wyraźne tarcie opłucnowe, poniżej dolnego kąta łopatki wdech pęcherzykowy, wydech słabo słyszalny.

Po stronie lewej z tyłu wdech pęcherzykowy z wydechem słyszalnym; ku dołowi wydech staje się więcej wydłużony i przy wdechu słychać dość liczne furczenia i świsty.

Kaszel połączony jest ze skąpą plwociną śluzową; badanie plwocin na prątki gruźlicze dało wynik ujemny.

Uderzenie koniuszkowe serca widzialne i słabo wyczuwalne w V. przestworze międzyżebrowym, jeden palec na wewnątrz od linii sutkowej lewej. W dołku podsercowym widzieć można wyraźne faliste wstrząśnienie, a ręka wyczuwa tu silne, podnoszące faliste uderzenie. Stłu-

[3]) E. Neusser: Cyanose w »Interne Medicin«, wydawanej przez Draschego, 1894.

mienie serca na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do prawego brzegu mostka. Nad rękojeścią mostka wypuk jawny.

Przysłuch: nad koniuszkiem serca skurczowy szmer, drugi ton. W kierunku ku pasze lewej skurczowy szmer słabnie, ku stronie prawej zaś staje się coraz wyraźniejszy, a nad wyrostkiem mieczykowatym jest on najwyraźniejszy, dmuchający. Szmer ten nawet w pasze prawej jest dobrze słyszalny. Nad tętnicą główną słaby skurczowy szmer, II-gi ton dość silny, nad tętnicą płucną pierwszy ton z wyraźnym podmuchem, II-gi ton słabszy, aniżeli II-gi nad tętnicą główną.

Przy osłuchiwaniu tętnic dogłowowych słychać dwa tony.

Tętnice obwodowe, jak łokciowa, sprychowa, tętnią widocznie, są pokręcone, przy dotyku okazują ściany twardsze. Tętno sprychowe dość dobrze napięte, regularne, fala dość wysoka. Liczba tętna 84.

Brzuch poniżej pępka lekko wzdęty. Wątroba powiększona, sięga w linii sutkowej trzy palce niżej łuku, w środkowej trzy palce wyżej pępka, na lewo przekracza linię środkową na pięć palców. Przy dotyku jest ona miernie twardą, bolesną, o brzegu ostrym, i okazuje tętnienie równoczesne ze skurczem serca, powiększając się równomiernie we we wszystkich kierunkach. (Tętnienie wątroby)

Śledziona sięga od IV-go górnego żebra do XI-go ku przodowi, do linii pachowej przedniej, macalna, miękka, nie bolesna.

W dolnych częściach brzucha ani stłumienia, ani chełbotania wykazać nie można. Na kończynach dolnych obrzęku niema; kończyny są chłodne. Żyły skórne na dolnych i górnych kończynach rozszerzone. Odruchy kolanowe nie dają się wywołać. Ciepłota ciała zawsze 36.2—36.7° C. Mocz wysycony, c. wł. 1.027, białka ślad, w osadzie skąpe wałeczki szkliste. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Profesora Dr. Ludwika Rydygiera.

Przyczynek do nauki o postępowaniu pooperacyjnem po atyko-antrotomii.

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

(Dokończenie).

W trzech przypadkach atyko-antrotomii, których historye podaję niżej, postępowałem w leczeniu pooperacyjnem w ten sposób, jak postępujemy po trepanacyi innych kości. We wszystkich trzech otrzymałem zarośnięcie jamy pooperacyjnej. Czy były kiedykolwiek przez kogo przypadki po atyko-antrotomii w ten sposób leczone, nie mogę stanowczo powiedzieć. Przejrzałem całe dostępne mi piśmiennictwo, nigdzie jednak przypadków w ten sposób leczonych nie znalazłem. Grunert wprawdzie powiada, że przychodzi, choć rzadko, do zmniejszenia się jamy pooperacyjnej przez wypełnienie się jej ziarniną, nie mówi jednak, czy widział przypadek, w którym jama pooperacyjna zupełnie zarosła. Na tem samem miejscu Grunert wspomina, że wypełnienie się tkanką łączną jamy bębenkowej pociągnąćby mogło za sobą upośledzenie słuchu.

I. B. E. l. 16 zgłosiła się do kliniki chirurgicznej 31/III 1898 r. z próchnieniem wyrostka sutkowego po stronie prawej. Przyczyną tego próchnienia było ostre ropne zapalenie jamy bębenkowej. Tego samego dnia wykonano trepanacyę, przy której wydobyto dość znacznych rozmiarów martwiak. Z powodu tego, że zniszczenie wyrostka było dość znacznego stopnia, wydłutowano go prawie w całości. Rana w parę tygodni wypełniła się ziarniną, zupełnie jednak nie zagoiła się, lecz pozostała przetoka.

W lipcu tegoż roku chora udała się do Wiednia, gdzie wykonano atyko-antrotomię; gojenie trwało do grudnia, a więc najmniej pięć miesięcy; w grudniu chora wygojona przyjechała do domu. W październiku 1899 roku zgłosiła się powtórnie do kliniki chirurgicznej we Lwowie podając, że od grudnia 1898 roku aż do tego czasu kilkakrotnie w odstępach 2—3 miesięcznych dostawała w jamie, jaka pozostała po operacyi, bólów i »cieczenia«, które to dolegliwości po odpowiedniem leczeniu ustępowały. I teraz zmuszona jest zgłosić się do kliniki wskutek ponownego wystąpienia bólów i »cieczenia« w jamie, która pozostała po operacyi.

Badanie wykonane wtedy wykazało w jamie pooperacyjnej obecność nieznacznej ilości mas naskórka; prócz tego cała powierzchnia jamy, która z wyjątkiem kilku miejsc jest zresztą pokryta naskórkiem, wydziela ciecz nie ropną. Po kilkotygodniowem leczeniu doprowadzono do tego, że jama była »sucha«.

Chcąc zapobiedz dalszemu powtarzaniu się „cieczenia“ i uwolnić chorą od dolegliwości, które towarzyszyły nawrotowi, a które chorą bardzo rozdrażniały, wykonano 15/XI 1899 roku następującą operacyę (Dr. Zalewski): całą wyściółkę z jamy pooperacyjnej wyjęto, okrwawiwszy poprzednio brzegi otworu zewnętrznego. Za pomocą skrobaczki *(raspatorium)* i podważki *(elevatorium)* z łatwością dała się wyściółka oddzielić od kości, a resztki, jakie tu i owdzie pozostały, wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Myślą przewodnią przy tej operacyi było to, że przez takie wydalenie wyściółki otrzymamy znów obranioną powierzchnię, t. j. stworzymy warunki do wyrastania ziarniny, która ewentualnie wypełnić może całą jamę. By mieć obraz, o ile możności podobny do obrazu, jaki mamy po atyko-antrotomii, zdłutowano także trochę kości z powierzchni w tych miejscach, gdzie spodziewaliśmy się, że kość jest jeszcze dostatecznie gruba i gdzie nie było niebezpieczeństwa zranienia jakiejś ważniejszej części. W ten sposób otrzymaliśmy jamę kostną o powierzchni gładkiej i okrwawionej. Jamę wytamponowano lekko gazą jodoformową; mocniej wytamponowano tylko przez zewnętrzny przewód uszny, t. j. część odpowiadającą średniej części jamy bębenkowej.

Opatrunek zmieniano co trzeci dzień. Ziarnina wyrastała dość skąpo, w końcu jednak wypełniła jamę zupełnie. Chora 7/II 1900 r. była zupełnie wyleczona. Przez cały czas leczenia opatrywano ranę w ten sposób, że najprzód tamponowano cokolwiek silniej przez przewód uszny zewnętrzny, by nie dopuścić do zarośnięcia środkowej części jamy bębenkowej, resztę zaś jamy wytamponowano lekko przez otwór poza uchem tak, by nie przeszkadzać bujaniu ziarniny. Postępując w ten sposób, otrzymaliśmy po wygojeniu z całej jamy, jaka pozostała po pierwszej operacyi, tylko małą jamkę, odpowiadającą środkowej części jamy bębenkowej; jamka komunikuje nazewnątrz tylko przez przewód uszny zewnętrzny, stanowiąc właściwie jego bezpośrednie przedłużenie.

Co do słuchu, ten pozostał bez zmiany; szumy, na które chora skarżyła się przed operacyą, także nie znikły. Badanie słuchu wykazuje stosunki takie same, jakie były przed operacyą, mianowicie: mowę głośną chora słyszy przez długość pokoju (6 metrów), mowę cichę — na 50 ctm., zegarka przez powietrze nie słyszy wcale, tylko przez kość. Badanie kamertonami wykazuje też stosunki nie zmienione: Rinne C = (—), Schwabach C = (+), Weber C = na prawo. C przez powietrze nie słyszy wcale, C_4 gorzej cokolwiek, niż na stronie lewej.

Dnia 6 lipca 1900 r. chora zgłosiła się do kliniki w celu skontrolowania wyniku operacyi. Znaleziono stosunki zupełnie dobre; wydzieliny z ucha żadnej niema. Chora nadto podaje, że szum, który miała w uchu, ustał i słuch poprawił się. Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną słyszy przez długość pokoju (6 metrów), mowę cichą — na $1^1/_2$ metra, zegarek — na 15—20 ctm. Wynik badania kamertonami bez zmian.

Obecnie (czerwiec 1901 r.) chora ma się ogólnie dobrze, dostała jednak zapalenia ucha zewnętrznego jakoby wskutek drapania. Zapalenie to przedstawia się, jako powierzchowne zapalenie skóry, które rozszerzyło się i na część odpowiadającą pozostałej części jamy bębenkowej. Mamy tutaj do czynienia najprawdopodobniej z nawrotem.

II. L. G. l. 40. Chora zgłosiła się do lwowskiej kliniki chirurgicznej 27/IV 1900 r. Podaje ona, że dotąd wogóle była zawsze zdrowa. Przed trzema miesiącami miała przebyć różę na twarzy, po ustąpieniu której chora zauważyła, że z lewego ucha cieknie; jednocześnie z wystąpieniem tego »cieczenia« chora zauważyła upośledzenie słuchu. Szum w głowie, na który się obecnie skarży, miała mieć już podczas róży. Bólu znaczniejszego w uchu chora nie miała nigdy doznawać. Przedtem wogóle na uszy nie miała nigdy chorować. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej.

Badanie ucha wykazało obecność polipa wielkości małego orzecha włoskiego, który wysterczał nazewnątrz przez przewód uszny. Polip wydalono za pomocą pętli Wildego (Dr. Zalewski). W dniach następnych stwierdzono, że pozostała jeszcze cześć szypuły polipa, która znajdowała się w górnej części bębenka w okolicy błony Shrapnela; bębenek w tem miejscu był przedziurawiony i przez otwór można wejść było zgłębnikiem do jamy bębenkowej. Tym więc sposobem polip wychodził z jamy bębenkowej, a na zewnątrz wystąpił przez otwór w błonie Shrapnela. Bębenek jest zaczerwieniony i zgrubiały. Resztę szypuły polipa wydalono za pomocą szczypczyków podanych przezemnie. Wydalając szypułę (Dr. Zalewski), wyciągnięto razem z nią i młoteczek, którego główka okazała się zupełnie zniszczoną i na której siedział polip. Badanie dnia następnego wykazało, że bębenek w miejscu trzonu młoteczka jest przedarty, co wskazuje na to, że młoteczek przy wydalaniu szypuły polipa został niejako z bębenka wydarty. Zgłębnikiem swobodnie wejść można do jamy bębenkowej; z górnej części jamy bębenkowej dają się wygarnąć masy żółciołojakowe. Co do zmian w kości, to badanie zgłębnikiem pewności nie daje.

Z powodu tego, że leczenie więcej niż dwutygodniowe nie osiągnęło żadnego skutku, a chora w domu nie miała specyalnej opieki lekarskiej, zaproponowano chorej operacyę, na którą się zgodziła.

Badanie słuchu przed operacyą wykazało: mowę głośną chora słyszy na 2 metry, mowę cichą — na 20 ctm., zegarek — dopiero na małżowinie. Badanie kamertonami wykazało: Rinne C = (—), Schwabach C = (+), Weber C = na lewo. C słyszy o wiele gorzej na stronie lewej, niż na prawej; C_4 — słyszy dobrze.

Ucho prawe okazuje stosunki prawidłowe.

19/V 1900 r. wykonano atyko-antrotomię (Dr. Zalewski).

W jamie bębenkowej, w górnej jej części, znaleziono masy żółciołojakowe, które wydalono. Błonę śluzową jamy bębenkowej i jamy wyrostka *(antri)* wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Kość okazała się wszędzie zdrową. Plastyki nie robiono. Jamę zaprószono jodoformem i wytamponowano, cokolwiek silniej przez przewód uszny, resztę — słabiej.

23/V. Zmieniono opatrunek. Wydzielina mierna, surowiczo-ropna. Błonę śluzową, gdzie jeszcze resztki jej pozostały, wydalono za pomocą ostrej łyżeczki. Na brzegach rany części miękich zaczyna bujać ziarnina.

26/V. Zmieniono opatrunek. Wydzielina mierna, surowiczo-ropna. Usunięto jeszcze resztki błony śluzowej; usunięcie jednak w okolicy strzemiączka jest niemożliwe, gdyż chora przy dotykaniu tej okolicy doznaje zawrotu głowy. Strzemiączko obrośnięte jest zupełnie błoną śluzową tak, że go wcale nie widać, tylko czuć w głębi.

2/VI. Ziarnina bardzo żywa. Jama wyrostka *(antrum)* prawie zupełnie wypełniona jest ziarniną, która pokrywa prawie całą jamę na powierzchni.

10/VI. Dotąd nie pokryta jest ziarniną dolna część pierścienia bębenkowego *(annulus tympanicus)*; miejsce to jednak jest zupełnie ładkie. Wydzielina bez zmiany.

17/VII. Opatrunek zmieniano co trzeci dzień. Przebieg pooperacyjny zresztą był zupełnie prawidłowy; część pierścienia bębenkowego, która nie była pokryta ziarniną, wkrótce się nią pokryła, wydzielina surowiczo-ropna też znikła i chora pojechała do domu wygojona.

Chora w październiku doniosła, że ma się zupełnie dobrze.

I w tym więc przypadku cała jama, jaką otrzymaliśmy po operacyi, zarosła, z wyjątkiem tej części jamy, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej. Upośledzenia znaczniejszego słuchu zauważyć nie można. Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną słyszy na $1\frac{1}{2}$ metra, mowę cichą — na 10—15 ctm., zegarek słyszy na małżowinie. Badania kamertonami — bez zmian.

III. A. A. l. 34. Chora zgłosiła się po raz pierwszy do lwowskiej kliniki chirurgicznej w lipcu 1900 roku. Badanie wykazało obecność licznych małych polipów w uchu prawem. Polipy te usunięto szczypczykami mojego pomysłu i ostrą łyżeczką, (Dr. Zalewski). Wydzielina z ucha nadzwyczaj obfita. Początek cierpienia chora datuje od lat 18 i jako przyczynę podaje uderzenie, które otrzymała w prawe ucho.

Dnia 30/XI 1900 r. chora zgłosiła się po raz drugi do kliniki. Badanie wykazało stosunki te same: brak bębenka i kosteczek słuchowych i obecność licznych polipów małych w uchu prawem. Prócz tego widać w ścianie zewnętrznej ucbyłka wyrostkowego przetokę, przez którą można wejść do jego jamy. W jamie bębenkowej nagromadziły się masy naskórka. Wydzielina ropna bardzo obfita. Polipy wydalono i zaproponowano chorej operacyę ze względu na to, że leczenie nieoperacyjne miało mało widoków powodzenia; chora na operacyę się zgodziła.

Badanie słuchu wykazuje: mowę głośną chora słyszy na 1 metr, mowę cichą — przy małżowinie, zegarka — nie słyszy wcale, nawet przez kość. Badanie kamertonami wykazuje: Rinne C = (+), Schwabach C = (—), Weber C = na prawo. C i C_4 słyszy gorzej, niż po stronie lewej.

4/XII 1900 r. Wykonano atyko-antrotomię. Przy operacyi znaleziono, że strop jamy bębenkowej jest na przestrzeni centa zniszczony tak, że w tem miejscu opona twarda była zupełnie odsłonięta. Na tej odsłoniętej oponie twardej i między nią a kością znaleziono masy naskórkowe w niewielkiej ilości. Całą jamę wyłyżeczkowano, zaprószono jodoformem i wytamponowano najprzód przez przewód uszny, a do reszty przez otwór poza uchem. Kość była nadzwyczaj twarda tak, że z trudnością dała się tylko dłutować.

8/XII. Zmieniono po raz pierwszy opatrunek. Wydzielina z rany bardzo skąpa i surowicza; zresztą rana przedstawia się dobrze. Ranę opatrzono w ten sam sposób, jak po operacyi.

16/V. Chora jest zupełnie uzdrowiona. Opatrunek zmieniano co trzy dni. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, tylko jama wypełniała się ziarniną bardzo powoli. Wydzieliny ropnej przez cały czas gojenia nie było.

Wynik w tym przypadku jest o tyle odmienny od poprzednich, że tutaj pozostała nietylko część środkowa jamy bębenkowej niezarośnięta, ale i górna. Możliwem jest, że przyczyną tego jest słaby rozrost ziarniny i silniejsze tamponowanie. Przeciągnięcie się leczenia pooperacyjnego do przeszło 5 miesięcy ma swą przyczynę najprawdopodobniej w słabym rozroście ziarniny, a z drugiej strony przyczyniło się niewątpliwie i to, że w tym przypadku o wiele większa powierzchnia pozostałej jamy musiała się pokryć naskórkiem; nie była bowiem zarośniętą nietylko część środkowa jamy bębenkowej, ale i górna. Słuch nie okazuje upośledzenia. Badanie wykazuje: mowę głośną słyszy na 1 metr, mowę cichą — na 50 ctm., zegarek — przy małżowinie. Badanie kamertonami — bez zmian.

Tak więc postępowanie pooperacyjne w tych trzech przypadkach było odmienne od ogólnie dotąd przyjętego. Cel operacyi polegał na usunięciu o ile możności wszystkich

części chorobowo zmienionych, a celem pooperacyjnego leczenia było doprowadzenie jamy kostnej, jaką otrzymujemy po operacyi, do zupełnego zarośnięcia przez stopniowe wypełnienie się ziarniną. Usunięcie wszystkich chorobowo zmienionych części jest bez wątpienia rzeczą trudną, jest jednak rzeczą możliwą. Najlepiej świadczy o tem ostatni nasz przypadek, gdzie ropienie przed operacyą było nadzwyczaj obfite, a zmiany, jak się podczas operacyi przekonano, dość znaczne, a pomimo tego już przy pierwszym opatrunku i podczas całego leczenia pooperacyjnego nie było ani razu wydzieliny ropnej; jest to dowód, że ognisko, które było przyczyną ropienia, zostało wydalone

By jamę, która wytwarzała się po operacyi, doprowadzić do zarośnięcia, tamponowano ją we wszystkich tych przypadkach zupełnie lekko, a to w celu, by nie tamować bujania ziarniny. Cokolwiek silniej tamponowano tylko otwór zewnętrzny, by niedopuścić go do zarośnięcia lub zbytniego zmniejszenia się, zanim głębsze części jamy pooperacyjnej wypełnią się ziarniną. Wogóle postępujemy w ten sposób, że jama zarastać musi od dna i po zarośnięciu jej części głębszych, pozwalamy zarastać częściom więcej powierzchownym, a po wypełnieniu się całej jamy ziarniną pozwalamy dopiero zarosnąć i otworowi zewnętrznemu. Przy takiem postępowaniu mowy niema, żeby powstać miała jakaś jama, w której następnie mogłaby się gromadzić wydzielina, co znowu mogłoby dać powód do niepożądanych powikłań.

Chcąc zapobiedz, by po zarośnięciu jamy pooperacyjnej nie było upośledzenia słuchu, o czem słusznie wspomina Grunert, tamponowano silniej przez przewód uszny zewnętrzny tę część jamy pooperacyjnej, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej. Tym sposobem zapobieżono temu, by okna: owalne i okrągłe pokryły się znaczniejszą warstwą tkanki łącznej, a jednocześnie osiągnięto to, że dźwięk mógł bez przeszkody dochodzić do okna owalnego. Badanie słuchu przed i po operacyi wykazuje, że w żadnym z trzech przypadków nie nastąpiło upośledzenie słuchu. Oczywista rzecz, nie uprawnia to nas do twierdzenia, że przy podobnem postępowaniu w żadnym przypadku nie nastąpi upośledzenie słuchu, albo że przynajmniej w większości przypadków to nie nastąpi. Pod tym względem stosunki będą najprawdopodobniej takie same, jak po wygojeniu zwykłym sposobem, bo warunki do przewodnictwa dźwięku są mniej więcej te same. A jak dotąd, to nie możemy bynajmniej atyko-antrotomii uważać za operacyę poprawiającą słuch.

Co do samego zarastania jamy pooperacyjnej, to musimy jeszcze nadmienić, że przy opatrywaniu rany doznaliśmy wrażenia, iż główna część ziarniny, którą wypełnia się jama kostna, pochodzi z rany części miękich. Robiło to nieraz wrażenie, że ziarnina niejako wrastała od otworu zewnętrznego wgłąb jamy, pokrywając jej ściany. Podobne spostrzeżenia zrobiłem także przy zarastaniu zatoki czołowej u psów; zauważyłem mianowicie, że główna masa ziarniny, którą wypełnia się zatoka czołowa, pochodzi z części miękich. Zatoka przedtem szeroko była otwarta, a cała błona śluzowa z niej wydalona. U psów po trepanacyi zatoki czołowej można było, np. widzieć okres gojenia się, w którym ściany zatoki wszędzie były pokryte ziarniną, a tylko w części najgłębszej, t. j. w najwięcej oddalonej od powierzchni, względnie od części miękich, brak był ziarniny. Doznawało się też wrażenia, że warstwa ziarniny, pokrywająca ściany zatoki czołowej u psów, poczynając od powierzchni, stopniowo wgłąb cieńczała. Naturalną jest rzeczą, że nie chcę twierdzić, by tak po atyko-antrotomii w naszych przypadkach, jak i po trepanacyi zatoki czołowej u psów ziarnina, która wypełnia jamę, pochodziła wyłącznie z części miękich; ziarnina wyrasta także i z powierzchni samej jamy kostnej i przyczynia się do wypełnienia tejże.

Przypadki nasze dowodzą, że jama kostna, jaka powstaje po atyko-antrotomii, zarosnąć może podobnie, jak zarasta jama kostna, która powstaje po trepanacyi wyrostka sutkowego lub innej jakiej kości, jak zarasta zatoka czołowa po jej otwarciu. Dalej dowodzą te przypadki, że postępując w ten sposób, jak myśmy to w tych trzech naszych przypadkach czynili, nie potrzeba bynajmniej obawiać się upośledzenia słuchu. Pod tym więc względem sposób ten nie ustępowałby dotąd praktykowanemu, a pod względem estetycznym przewyższałby go, nie pozostawia bowiem szpecącego otworu poza uchem. O wyższości jednak jego dopiero wtedy będziemy mogli mówić, gdy będziemy w posiadaniu większego materyału klinicznego i gdy spostrzeżenie nam wykaże, że nawroty po tego rodzaju postępowaniu pooperacyjnem są rzadsze. Nie rozstrzygając więc na razie tego zagadnienia, gdyż brak nam podstawy do ostatecznego rozstrzygnięcia, postarajmy się jednak na zasadzie teoretycznych kombinacyj odpowiedzieć na pytanie: czy w przypadkach, leczonych w ten sposób, jak leczone były nasze przypadki, jesteśmy zabezpieczeni od nawrotów i co może być przyczyną nawrotów w tych przypadkach. Pytanie to usprawiedliwia nasz pierwszy przypadek, gdzie chora po 16 miesiącach zgłosiła się z zapaleniem ucha zewnętrznego. Zapalenie to według wszelkiego prawdopodobieństwa musimy uważać za nawrót, a swędzenie, o którem chora wspomina, za rzecz wywołaną zapaleniem.

Na postawione wyżej pytanie możemy odpowiedzieć tylko rozpatrując przyczyny powstawania nawrotów w jamach, które powstają po atyko-antrotomii.

Już wyżej powiedzieliśmy, że główną przyczyną powstawania nawrotów jest łuszczenie się naskórka, pokrywającego powierzchnię jamy, która pozostała po atyko-antrotomii. Łuszczeniu się naskórka zapobiedz nie jesteśmy w stanie, a z drugiej strony złuszczony naskórek z jamy samoistnie wydalić się nie może; następstwem tego jest nagromadzenie się jego w jamie pooperacyjnej. Naskórek nagromadzony ulega rozmaitym przemianom wstecznym, drażni części miękie, wyścielające jamę pooperacyjną, wywołując w nich zapalenie — i nawrót „cieczenia“. Istnieje wiele innych okoliczności, sprzyjających czy to szybszemu łuszczeniu się naskórka, czy to szybszemu rozkładowi nagromadzonych mas. Nieposlednią rolę niewątpliwie odgrywa tutaj łatwy dostęp wilgoci: nic łatwiejszego jak np. dostanie się przy myciu wody do jamy, czy to przez otwór poza uchem, czy też przez zewnętrzny przewód uszny, i zwilżenie znajdujących się tam mas naskórka; a wiadomo, jak wilgoć sprzyja rozwojowi bakteryi gnilnych.

Przypatrzmy się teraz, czy w przypadkach wyżej opisanych istnieją warunki do powstawania nawrotów. W naszych przypadkach ucho środkowe i przewód uszny zewnętrzny przedstawiają się w postaci mniej lub więcej prostego przewodu, którego część zewnętrzna odpowiada zewnętrznemu przewodowi usznemu, a część wewnętrzna — niezarośniętej

części środkowej jamy bębenkowej. Oczywista rzecz, że z całego tego przewodu naskórek łuszczyć się będzie tak, jak się łuszczy na innych częściach ciała i jak się łuszczy z powierzchni jamy pozostałej po atyko-antrotomii, leczonej w zwykły sposób. W naszych przypadkach musimy inaczej się zapatrywać na łuszczenie się naskórka w tej części przewodu, który odpowiada przewodowi usznemu zewnętrznemu, a inaczej na łuszczenie się jego w wewnętrznej części przewodu, t. j. tej części, która odpowiada niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej. Wiadomą jest rzeczą, że naskórek złuszczony z powierzchni zewnętrznego przewodu usznego w warunkach prawidłowych wydala się stale samoistnie, razem z woskowiną na zewnątrz. Okoliczności, sprzyjające temu wydalaniu się naskórka i woskowiny z przewodu usznego zewnętrznego nie są zupełnie znane; jest rzeczą prawdopodobną, że pewną rolę odgrywają tutaj ruchy szczęki dolnej i jej stosunek do przewodu usznego zewnętrznego. I w naszych przypadkach naskórek złuszczony z powierzchni zewnętrznego przewodu usznego nie będzie prawdopodobnie przyczyną nawrotów, naskórek ten bowiem prawdopodobnie będzie wydalony w ten sam sposób, jak i w przypadkach nieoperowanych. Inaczej jednak musimy się zapatrywać na łuszczenie się naskórka w tej części przewodu, która odpowiada niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej. Tutaj naskórek złuszczony może się nagromadzać, niema bowiem warunków, żeby się mógł samoistnie wydalić, podobnie jak niema warunków w jamach, pozostałych po atyko-antrotomii w przypadkach, leczonych sposobem dotychczasowym. Istniałyby więc i w naszych przypadkach warunki do powstawania nawrotów. Sądzę jednak, że pomimo to sposób ten leczenia pooperacyjnego zasługuje na pierwszeństwo przed dotychczas praktykowanym. Zwrócę tylko uwagę na to, że jednym z czynników, ułatwiających powstanie nawrotu, jest dostanie się wilgoci, np. wody podczas mycia, do jamy pooperacyjnej i zwilżenie mas naskórkowych. Że w naszych przypadkach dostanie się wilgoci do jamy, pozostałej po operacyi, jest trudniejsze, niż w przypadkach leczonych sposobem dotąd praktykowanym, jest rzeczą jasną. Być może tem można sobie wytłómaczyć, że pierwsza nasza chora po pierwszej operacyi przebyła kilkakrotnie nawrót w odstępach 2—3 miesięcznych, a po drugiej operacyi dopiero po 16 miesiącach. O ile mogę wnosić z kształtu przewodu, jaki przedstawia przewód uszny zewnętrzny i niezarośnięta część jamy bębenkowej, wydalanie nagromadzonego naskórka powinno być łatwiejsze i chory łatwiej może go sobie sam odpowiedniem narzędziem wydalić.

Nie rozstrzygając na razie tej sprawy ostatecznie, możemy jednak powiedzieć, że jeżeli w naszych przypadkach nawrót powstanie, to ostateczną przyczyną jego będzie istnienie niezarośniętej środkowej części jamy bębenkowej, tej części, którąśmy umyślnie pozostawili niezarośniętą z obawy przed upośledzeniem słuchu. W takim razie nie pozostałoby nic innego, jak pozwolić całej jamie pooperacyjnej, a więc i tej części, która odpowiada środkowej części jamy bębenkowej, zarosnąć. Wtedy nie będziemy mieli ani przyczyny do nawrotu, ani miejsca, gdzie on powstać może, gdyż cała jama bębenkowa i wyrostek sutkowy będą wypełnione tkanką łączną. Co zaś się tyczy zewnętrznego przewodu usznego, to warunki do samoistnego wydalania się złuszczonego naskórka chyba pozostaną po operacyi te same, co i przed operacyą i z tej strony prawdopodobnie jakichś powikłań obawiać się nie potrzebujemy. Musimy jednak podnieść, że takie zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej może pociągnąć za sobą upośledzenie słuchu mniej lub więcej znaczne i że wskutek tego nie w każdym przypadku moglibyśmy pozwolić na zarośnięcie całej jamy bębenkowej. Trudno ściśle określić, w których przypadkach można pozwolić zarosnąć całej jamie bębenkowej, a w których zarośnięcie jej jest ze względu na słuch przeciwwskazane, w każdym przypadku musimy rozważyć — za i przeciw. Ogólnie jednak powiedzieć należy, że możemy pozwolić na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, gdzie chory na uchu operowanem słuch zupełnie utracił; łatwiej zdecydujemy się też na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, w których chory okazuje na uchu operowanem słuch znacznie upośledzony tak, że korzyść z tego słuchu jest stosunkowo mniejsza, niż niebezpieczeństwo możliwego przyszłego nawrotu. Prędzej zdecydujemy się też na zupełne zarośnięcie jamy bębenkowej w tych przypadkach, w których tylko jedno ucho jest chore, drugie zaś posiada słuch prawidłowy i nie okazuje zmian, któreby świadczyły o możliwości upośledzenia lub utraty słuchu w przyszłości. Jeżeli atyko-antrotomię mamy wykonać po obydwóch stronach i obie strony okazują dość znaczne upośledzenie słuchu, to wskazanem jest o ile możności tę resztę słuchu choremu uratować.

Jeżeli pomimo małej ilości przypadków i niedostatecznej obserwacyi zdecydowałem się poruszyć tę sprawę, to tylko dlatego, by zwrócić uwagę tych, którzy rozporządzają większym materyałem i którzy wskutek tego łatwiej przekonać się mogą, czy sposób podany przez nas posuwa sprawę atyko-antrotomii naprzód, czy też nie. Że szukanie nowych dróg w tej dziedzinie jest wskazane, czują to wszyscy otochirurdzy, świadomi są bowiem, że operacya, która razem z innemi miała być chlubą otyatryi, nie usprawiedliwiła wszystkich nadziei, jakie w niej pierwotnie pokładano. Chcąc sprawę omawianą przez nas zbadać ściślej, podjąłem obecnie w tutejszej klinice chirurgicznej szereg doświadczeń na zwierzętach, których wynikami nie omieszkam się podzielić.

Radcy Dworu prof. Rydygierowi za odstąpienie materyału do niniejszej pracy i za pomoc w niej składam serdeczne podziękowanie.

III. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał
Dr. Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy).

Chcąc usprawiedliwić moje twierdzenia, nie mogę wdawać się w rozbiór poszczególnych systemów znanych sterylizatorów parowych, albowiem przekroczyłoby to ramy tego artykułu. Dla mojego celu wystarczy, jeżeli wymienię tu główne zasady konstrukcyi sterylizatorów. W 1-ej grupie sterylizatorów parowych do przestrzeni odkażonej doprowadza się parę wodną zapomocą rury z t. zwanych wywiązywaczy pary *(Dampfentwickler)*, lub z kotła parowego maszyny, użytej do innych celów. W drugiej grupie sterylizatorów parowych — kocioł z wodą, wywiązujący parę, jest w bezpośrednim związku z przestrzenią odkażoną, połączony z nią

w jedną całość konstrukcyjną. Sterylizatory obu tych grup odkażają przedmioty albo tylko w parze płynącej, albo też i w płynącej i stałej. Dalej, ciśnienie pary albo tylko o mało przenosi jedną atmosferę, albo też może dochodzić do bardzo wielu atmosfer w t. zwan. autoklawach. Dawniejsze systemy odkażały parą nienasyconą; nowsze usiłują umożliwić wyjałowienie parą nasyconą. Inne właściwości, odróżniające poszczególne systemy, są mniej ważne dla teoryi odkażania w parze.

Doświadczenia bakteryologów udowodniły, że znacznie większą siłę bakteryobójczą ma para wodna nasycona, aniżeli nienasycona. Jest cały szereg znanych systemów sterylizatorów parowych, gdzie możliwości tworzenia się pary nienasyconej zapobieżono konstrukcyjnie przez to, że stanowczo uchroniono przestrzeń odkażoną, wypełnioną parą wodną, od działania ciepła palnika. Mój przyrząd należy również do tej grupy. Obecnie mam zamiar wykazać, że z dwu sterylizatorów parowych jakiegokolwiek systemu, atoli odkażających tylko parą nasyconą, ten będzie szybciej i pewniej wyjaławiał, który jest mniejszy.

Z rozbioru warunków niezbędnych dla dokładnego przebiegu wyjaławiania w parze widzimy, jak wiele czynności ma do wykonania para wodna, nasycona w sterylizatorze parowym. I tak: 1) ma ona ogrzać możliwie wysoko, t. j. aż do ciepłoty wrzenia płynu *a)* przestrzeń odkażoną, *b)* przedmioty zawarte w tej przestrzeni; 2) ma wynagrodzić i uzupełnić swem ciepłem utajonem, wyzwolonem przy częściowem skropleniu się pary, straty ciepła, jakie ustawicznie ponoszą przez promieniowanie zawartość i ściany przestrzeni odkażonej w czasie trwania wyjaławiania, boć nawet przy najlepszej izolacyi ścian przestrzeni odkażonej stratom tym nie można całkowicie zapobiedz; 3) ma ona wypędzić z przestrzeni odkażonej powietrze, a załatwiwszy te czynności, ma wreszcie zadziałać bezpośrednio na protoplazmę bakteryj i ich zarodników.

Przy omawianiu sposobu, w jaki odbywa się wypieranie powietrza przez parę wodną w przestrzeni odkażonej, przekonaliśmy się dowodnie, że im większy jest w jednostce czasu napływ pary wodnej, a im mniejsza przestrzeń odkażona, tem szybciej nastąpi wyparcie powietrza. Warunek ten stosuje się i do następnych zadań. Można go więc uogólnić dla oceny działalności sterylizatorów parowych wszelkich systemów, operujących parą nasyconą, w ten sposób: z dwu sterylizatorów parowych jakiegokolwiek systemu, odkażających parą nasyconą, ten będzie szybciej i lepiej ze stanowiska aseptyki odkażał, który w stosunku do wielkości przestrzeni odkażonej będzie w jednostce czasu więcej wydobywał pary nasyconej. Prawo to jest ważne, bo daje nam nietylko doskonały probierz wartości siły odkażającej sterylizatora, — ale nawet nasuwa wyraźną wskazówkę dla dążeń konstrukcyjnych na przyszłość. Widzimy bowiem, że chcąc, by sterylizator o większej przestrzeni odkażonej, operujący parą nasyconą, równie dobrze, szybko i pewnie wyjaławiał, jak mniejszy, musimy w nim w prostym stosunku zwiększyć wydobywanie się pary. Ilość zaś wytworzonej w jednostce czasu pary zależy od ilości ciepła, doprowadzonego do wody w jednostce czasu. Ilość zaś ciepła udzielonego wodzie kotła sterylizatora zależy od kilku czynników, jak: *a)* od materyału palnego, który ma rozmaitą wartość kaloryczną; *b)* od palnika czy paleniska, które tem więcej w jednostce czasu będzie wywiązywać ciepła, im więcej w jednostce czasu materyału palnego ulegnie utlenieniu i im spalenie to będzie zupełniejsze; *c)* od takiego urządzenia wzajemnego paleniska i naczynia z wodą, aby ile możności urządzenie to zwracało kierunek działania ciepła paleniska na wodę, o ile możności ograniczało marnowanie się ciepła przez bezużyteczne promieniowanie w otoczenie.

Chcąc w sterylizatorze wykluczyć możliwość tworzenia się pary nienasyconej, musimy zrzec się urządzeń stosowanych w kotłach machin parowych, wyzyskujących do 70% ciepła materyału palnego; musimy również zrzec się płaszczów ochronnych około przestrzeni odkażonej, któreby umożliwiały wyzyskanie ciepła gazów palnych, a pozostaje nam tylko jeden sposób, mianowicie: powiększenie dna naczynia, zawierającego wodę, czyli powiększenie t. zw. powierzchni ogrzewalnej i odpowiednio do tego zwiększenia, rozszerzenie paleniska czy palnika.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę zwykłe kształty dotychczasowych systemów sterylizatorów, to łatwo obliczymy, że przy zwiększaniu wielkości sterylizatora z zachowaniem pierwotnego kształtu wzrasta przestrzeń odkażona w sześcianie (co najmniej), podczas gdy podstawa ogrzewalna tylko w kwadracie. Ilość więc ciepła doprowadzonego do wody może w najlepszym razie wzrastać w kwadracie, a nie w sześcianie. Czyli, im wyższy numer sterylizatora, tem z konieczności stosunkowo do zapotrzebowania słabiej wywiązuje parę, bo ze wzrostem wielkości przestrzeni odkażonej wzrastają w prostym stosunku zadania, jakie ma para do wykonania. Im wyższy numer systemu sterylizatora parowego, operującego parą nasyconą, tem jest on nie ekonomiczniejszy i tem gorzej funkcyonuje.

Trzebaby chyba budować duże sterylizatory tego systemu o przestrzeni odkażanej płaskiej, bo wtedy tak ta przestrzeń odkażana, jak i powierzchnia ogrzewalna mogą wzrastać proporcyonalnie, tj. w kwadracie. albo też do podręcznej szybkiej i dokładnej sterylizacyi opatrunków używać systemów małych, a duże sterylizatory dla przedmiotów pojemnych obsługiwać tanio, zapomocą wywiązywaczy pary *(Dampfentwickler)*.

Główną zaletą tej kategoryi sterylizatorów jest to, że wielkość przestrzeni odkażanej może być dowolnie dużą i byle kocioł parowy był w stanie szybko wytworzyć odpowiednią ilość pary, sterylizacyę można w nich przeprowadzić wcale dokładnie. Mają one atoli jedną wadę zasadniczą, która w wysokim stopniu utrudnia należytą obsługę przyrządu, mianowicie wywiązywacz pary *(Dampfentwickler)*, mający na celu dostarczyć w krótkim bardzo czasie tanio ogromnej ilości pary wodnej, musi być zbudowany na tych samych zasadach, co kotły parowe, t. zn. musi możliwie dokładnie wyzyskiwać ciepło materyału palnego. Niestety, da się to jak dotychczas ekonomicznie uskutecznić tylko w ten sposób, że ciepło paleniska działa nie tylko na wodę samą, ale także na wywiązaną parę wodną, wskutek czego ta zostaje przegrzaną i jako taka dostaje się do wnętrza przestrzeni odkażanej. Tu z powodu zetknięcia się z przedmiotami zimnymi może zmienić się na nasyconą, ale skoro przedmioty wewnątrz zawarte i cały przyrząd rozgrzeją się, łatwo para, doprowadzona do desinfektora, pozostaje przegrzaną i źle wyjaławia.

Chcąc aby wyjałowienie w przyrządach tego systemu postępowało prawidłowo, to znaczy parą nasyconą — bez przystępu powietrza i na sucho, trzeba jego przebieg ściśle kontrolować. Zasada obsługi tego rodzaju sterylizatora polega na następujących prawach fizycznych: 1) para nasycona cechuje się tem, że zachowuje ścisły stosunek między ciepłotą a ciśnieniem, a mianowicie para wodna nasycona o ciepł. 100°C ma ciśnienie 1-ej atmosfery, przy każdym zaś podniesieniu o 1°C ciepłoty wzrasta jej ciśnienie o $^1/_{20}$ atmosfery (mniej więcej); 2) para nienasycona, w miarę im bardziej oddala się od punktu nasycenia, tem więcej zachowuje się, jak gazy doskonałe, gdzie przy wzroście ciepłoty o 1°C ciśnienie podnosi się o $^1/_{273}$ atmosfery; 3) jeżeli naczynie, wypełnione parą wodną nasyconą, oziębiamy, to pewna część pary wodnej skrapla się, a reszta nie przestaje być nasyconą, to znaczy, że tak ciepłota, jak i ciśnienie jej równomiernie spadają, zachowując ściśle stosunek, wyrażony prawem Regnaulta. W naczyniu tem mamy obecnie mięszaninę pary wodnej nasyconej i wody kondensacyjnej, która osiada na wewnętrznych ścianach w kształcie rosy; 4) jeżeli przestrzeń odkażoną i zamkniętą, wypełnioną powietrzem pod ciśnieniem 1-ej atmosfery o ciepłocie 100°C, połączymy z kotłem parowym, wywiązującym parę wodną, to para wodna zaczyna stopniowo wypełniać i wysycać też przestrzeń odkażoną tak, jak gdyby ona była pustą, a mięszanina obu gazów, tj. pary wodnej i powietrza, będzie okazywać ciśnienie wyższe, niż 1° atmosfera, a będzie ono równe sumie ciśnień powietrza i pary wodnej, jakieby ona w danej chwili miała, gdyby przestrzeń odkażana była pustą. Gdybyśmy dopływ pary przerwali, a mięszaninie tej otworzyli ujście na zewnątrz, to ciśnienie wnętrza zrównoważy się z atmosferą, przyczem wyjdzie z przestrzeni odkażanej pewna część powietrza i pary wodnej w stosunkach, określonych ciśnieniem poszczególnych składników mięszaniny.

Znając powyższe prawa fizyczne, obsługa sterylizatora parowego z wywiązywaczem pary wydaje się być bardzo prostą, byle go zaopatrzyć w ciepłomierz i manometr. Jeżeli w czasie wyjaławiania widzimy, że ciepłota wnętrza sterylizatora jest niższą, a ciśnienie wyższe, niżby wypadało według tabliczki Regnaulta, to w sterylizatorze mamy jeszcze powietrze, zmięszane z parą wodną. Jeżeli ciepłota wnętrza odpowiada ciśnieniu w stosunku tabliczki Regnaulta, mamy w sterylizatorze parę nasyconą. Jeżeli zaś ciepłota jest wyższą, a ciśnienie niższe, niż wypada według tabliczki Regnaulta, to w sterylizatorze jest para nienasycona. Wreszcie, jeżeli ciśnienie i ciepłota spadają zachowując stosunek określony prawem Regnaulta, mamy w sterylizatorze mięszaninę pary wodnej nasyconej i wody kondensacyjnej. Zdawałoby się więc, że wystarczy tylko przy manipulacyach sterylizacyjnych uważać, aby stosunek ciepłoty i ciśnienia był zachowany — i aby ciepłota nie opadała, a wyjałowienie będzie się odbywać w parze nasyconej, a przecież suchej. Tymczasem napotyka się tu na następujące trudności: 1) z dużych sterylizatorów bardzo trudno wydalić wszelki ślad powietrza, zwłaszcza, że kontrola manometrem i ciepłomierzem może nie wystarczyć, bo łatwo może być pozornie zachowany stosunek ciśnienia i ciepłoty według Regnaulta mimo, iż mamy do czynienia nie z parą wodną nasyconą, ale z mięszaniną powietrza i pary wodnej nienasyconej. Wiedząc o tem, wprowadzono dla kontroli wnętrza sterylizatora higrometry sygnalizujące, które często zawodzą; 2) ogrzanie całego wnętrza sterylizatora i wszelkich jego zaułków, oraz wnętrza dużej ilości przedmiotów, mających się odkażać, jest trudne, wymaga dużej ilości ciepła i z powodu złego przewodnictwa przedmiotów sterylizowanych długiego czasu. Jeżeli pary wodnej nie doprowadzimy w dostatecznej ilości, łatwo wytwarza się w sterylizatorze dużo wody kondenzacyjnej, która zamoczy zawartość przyrządu tak, iż przedmioty po wyjałowieniu muszą być suszone.

W jaki sposób zapobiega się tym trudnościom, nie moją rzeczą wyjaśniać, bo to należy do nauki o obsłudze dużych sterylizatorów, a jest ona różną zależnie od różnych szczegółów konstrukcyjnych. W każdym razie czytelnik z powyższych moich uwag może wywnioskować, że nie należy powierzać wyjaławiania w dużych sterylizatorach parowych pierwszemu lepszemu słudze bez narażenia, nietylko dla aseptyki, ale wprost z obawy przed wybuchem i popsuciem kosztownego przyrządu. Obsługa dużych sterylizatorów parowych z wywiązywaczami pary wymaga zawodowej umiejętnej kontroli, gdyż w przeciwnym razie łatwo powtórzyć się mogą niespodzianki, jakie wydarzyły się Wolfhüglowi i Pfahlowi, że po kilkokwadransowem wyjaławianiu nawet pluskwy nie uległy zabiciu.

Dosłownie to samo, co powiedziałem o sterylizatorach z wywiązywaczem pary, należy zastosować i do innych systemów tych przyrządów, w których nie zapobieżono konstrukcyjnie możliwości wytwarzania się pary nienasyconej.

3. Przyrząd mój, jako umywalnia aseptyczna i irygator aseptyczny. Celem umywalni i irygatorów jest ułatwienie odkażenia rąk operatora i pola operacyjnego. Sprawa wyjałowienia rąk operatora, wielokrotnie omawiania w ostatnich czasach, nie jest jeszcze dotychczas zamkniętą. O ile w początkach ery antyseptycznej przyjmowano, polegając na wadliwie przeprowadzonych badaniach bakteryologicznych, iż samo wymycie płynem antyseptycznym wystarczy do zupełnego odkażenia rąk operatora, o tyle obecnie przekonano się, że odkażenie narządu tak złożonego, jak żyjąca skóra, wcale nie należy do zadań łatwych. Niektórzy autorowie wprost przeczą możliwości doszczętnego wyjałowienia rąk i wobec tego starają się ominąć tę trudność przez zastosowanie przy operacyach odpowiednich rękawiczek aseptycznych, przygotowanych z rozmaitych materyałów. Niestety, pominąwszy koszta na sprawianie coraz nowych garniturów, rękawiczki tamują swobodę ruchów w palcach, a co ważniejsza, przytępiają delikatność czucia, tak potrzebnego wśród operacyi, nie mówiąc już o tem, że aseptyczne rękawiczki trzeba przecież nawdziewać aseptycznemi rękami. A zatem nie tak prędko chyba mycie rąk da się czemś innem zastąpić.

Co się tyczy sztuki aseptycznego mycia rąk, to, jak dotychczas, najwięcej trafia do przekonania i najwięcej liczy zwolenników metoda Fürbringera, która wymaga spełnienia następujących warunków: 1. dokładnego oczyszczenia mechanicznego rąk z brudu przy pomocy mydła, szczotki, wody ciepłej, pilniczka, nożyczek do paznogci, przyczem szczególniejszą należy zwrócić uwagę na zaułki około — i pod paznogciami. Jest to przedwstępny akt do nastąpić obecnie mającego właściwego wyjałowienia rąk; 2. właściwe wyjałowienie rąk składa się: a) z dokładnego wymycia rąk zapomocą aseptycznych szczotek, aseptycznego mydła i ase-

ptycznej wody; wymycie to ma na celu zmiękczenie, odtłuszczenie i usunięcie mechaniczne powierzchownej warstwy zrogowaciałego naskórka, będącego głównym siedliskiem bakteryj; b) z dokładnego odtłuszczenia rąk zapomocą eteru — stwardnienia powierzchownego naskórka zapomocą wyskoku absolutnego, a wreszcie c) desinfekcyi tak przygotowanej skóry zapomocą sublimatu $1^0/_{00}$, który ponadto ma za cel stwardnić powierzchowne warstwy naskórka, tworząc w ten sposób na rękach operatora rodzaj bardzo delikatnych antyseptycznych rękawiczek.

Co się tyczy wyjałowienia pola operacyjnego, to o ile pole to jest skórą, myje się je tak, jak ręce; o ile zaś — błoną śluzową, to poprzestaje się na dokładnem usunięciu śluzu z powierzchni przy pomocy przepłókiwań płynami rozpuszczającymi śluz, oraz wycierania aseptycznymi wacikami, a następnie na przepłókaniu lub lekkiem wytarciu wacikami, napojonymi słabym roztworem antyseptyku, nie działającym na nabłonek gryząco. Błona śluzowa wogóle nie znosi tak energicznych procedur sterylizacyjnych, jak skóra, i dlatego odkażenie jej nigdy nie może być tak pewne, jak skóry.

Jak długo należy wykonywać poszczególne akty mycia rąk, i w jaki sposób, dzieje się to rozmaicie w rozmaitych klinikach, zależnie od osobniczych zapatrywań szefów. Każdy zaś z ogółu lekarskiego myje swe ręce tak, jak się tego w szkole nauczył. Ogólne atoli zasady mycia skóry są wszędzie jednakowe i jak dotychczas obowiązujące.

Czy przy pomocy mego przyrządu można aseptycznie wymyć ręce i pole operacyjne? Wykonanie dokładne przedwstępnego obmycia do mającego nastąpić właściwego odkażenia rąk i skóry pola operacyjnego nie napotyka na żadne trudności, mamy bowiem do rozporządzenia dostateczną ilość czystej wody ciepłej studziennej (nie wyjałowionej), którą uzyskuje się przy chłodzeniu przyrządu. Wodę tę zbiera się na czystą gospodarczą miednicę lub miskę. Mydło gospodarcze, szczotka, pilniczek, nożyczki i dostateczna ilość ciepłej wody są w stanie łatwo usunąć brud z rąk naszych i z pola operacyjnego.

Do właściwego wyjałowienia dokładnie wymytych rąk, w przyrządzie moim posiadamy: 1) 2 litry wody wyjałowionej, lub 2 litry $1^0/_0$ roczczynu sody, który jeszcze lepiej niż zwykła woda, usuwa i zmiękcza naskórek zrogowaciały rąk; 2) 2 szczotki dokładnie w parze wyjałowione; 3) aseptyczny pilniczek; 4) aseptyczne waciki, a ponieważ biorę z sobą do operacyi flaszkę z wyskokiem mydlanym i flaszkę z eterem, oraz pastylki sublimatowe, więc mam do rozporządzenia wszystko, czego mi potrzeba do najskrupulatniejszego wykonania wyjałowienia rąk według metody Fürbringera.

Przyrząd mój może pomieścić wygodnie 5 litrów wody. Ilość ta wylewa się ciągłym i pełnym strumieniem przez wylot w kurku w ciągu minut 10, czyli 1 litr przez minut 2. Mycie rąk mydłem, szczotką i wodą ma trwać 10 minut wogóle, licząc w to i czas zużyty na wycieranie rąk mydłem i szczotką i czas potrzebny na spłókiwanie mydła wodą. W czasie mycia rąk możemy łokciem dowolnie regulować i przerywać wypływ wody, ograniczając niepotrzebne wylewanie się wody do *minimum*. Jeżeli przyjmiemy, że w 10-ciu minutach mycia rąk, 7 minut trwać będzie wycieranie rąk mydłem i szczotką, a 3 minut opłókiwanie, to zużyjemy dopiero $1^1/_2$ litra płynu aseptycznego.

Istotnie doświadczenie pouczyło mnie, że 3 litry wody aseptycznej w przyrządzie wystarczają zupełnie do tych operacyj, jakie lekarz bez pomocy asystentów zazwyczaj podejmuje w domu prywatnym. Po dokładnem obmyciu rąk pozostaje w przyrządzie do $1^1/_2$ litra wody, która służy do obmycia pola operacyjnego i opłókiwania rąk z krwi w czasie operacyi.

W razie gdyby lekarz widział z góry, że mu 3 litry płynu aseptycznego nie wystarczą do operacyi, naprzykład, gdyby operował w asystencyi drugiego lekarza, może sobie bardzo łatwo poradzić w sposób następujący: nastawiając przyrząd z 3-ma litrami wody do operacyi, niech każe równocześnie zagotować wodę albo na kuchni, albo w samowarze. Po ukończeniu wyjałowienia i wystudzeniu przyrządu niech narzędzia wraz z sitem włoży do nakrywy przyrządu, a wodę wyleje z przyrządu do tejże nakrywy przez odjęcie kurka. Następnie, po założeniu kurka, niech wodę wrzącą z kuchennego garnka lub z samowaru wleje do przyrządu i zapomocą chłodnicy wystudzi w kilku minutach tak, aby była zdatną do użytku. Ponieważ chłodnica jest wyjmowalna, można nią w czasie chłodzenia mięszać płyn w przyrządzie, przez co chłodzenie znakomicie się przyśpiesza. W ten sposób można szybko otrzymać tyle wody letniej aseptycznej, ile się zechce.

Widzimy zatem, że przyrząd mój zupełnie zadowalniająco spełnia swe zadanie, jako umywalnia aseptyczna, a przez założenie na drugi wylot kurka wyjałowionej w parze cewki gutaperkowej z kanką szklaną — także, jako irygator aseptyczny.

Czemże przyrząd mój przewyższa dotychczas używane umywalnie i irygatory?

Chcąc, by umywalnia lub irygator istotnie odpowiedziały wymaganiom aseptyki operacyjnej, muszą one posiadać następujące warunki: 1) płyn w zbiorniku ma być aseptyczny; 2) wnętrze zbiornika i przewodu kurka, a przy irygatorze także cewka gutaperkowa i kanka muszą być aseptyczne, wreszcie 3) otwieranie i zamykanie kurka umywalni lub irygatora, czyli regulowanie odpływu wody, nie powinno odbywać się umywaną ręką.

Jeżeli przyjrzymy się dotychczasowym systemom irygatorów, oraz umywalń t. zw. aseptycznych, łatwo zauważymy, że w konstrukcyi ich drugi wyżej wymieniony warunek wcale nie jest uwzględniony. Nie mogą sobie zatem rościć pretensyi do nazwy przyrządów aseptycznych.

Fakt ten został uznany niejednokrotnie i są kliniki, gdzie zaniechano korzystać z umywalń, a ręce do operacyi aseptycznej myją w miednicach wyjałowionych, napełnionych wodą aseptyczną. Że mycie rąk, choćby w miednicy aseptycznej, napełnionej wodą aseptyczną, nie może być racyonalne, rozumie się samo przez się, boć przecież z chwilą gdy 1-szy raz opłókamy sobie ręce z mydła w tej wodzie, już woda ta i naczynie przestają być aseptycznemi. Trzebaby chyba za każdym razem odmieniać wodę i miednicę, a to po prostu ze względów praktycznych uskutecznić się nie da.

Również nie korzysta się w klinikach z irygatorów dla aseptycznego spłókiwania rany operacyjnej aseptycznej, ale wyjaławia się płyny aseptyczne w karafkach i wprost z nich się je na rany wylewa. Dlaczego? bo nikt nie ufa aseptyczności irygatorów klinicznych. Niestety nie zawsze

da się irygator zastąpić karafką z wodą aseptyczną, raczej naodwrót.

Widzimy zatem, że przyrząd mój, pojęty jako sterylizator w sodzie dla narzędzi, albo jako desinfektor parowy dla opatrunków, albo umywalnia aseptyczna, lub irygator — wcale nie potrzebuje się obawiać porównania z wyżej wymienionymi przyrządami klinicznymi dla aseptyki operacyjnej. Owszem, powyższe przyrządy kliniczne wymagają modyfikacyi w myśl konstrukcyi mojego przyrządu, albowiem, jak na teraz, pewnością co do aseptyki nie mogą się mierzyć z przyrządem moim. Wszystkie owe czynności przyrząd mój może równocześnie wykonać. Poprzednio omówiłem warunki, konieczne dla aseptycznego wykonania operacyi. Warunki te przy pomocy mego przyrządu można wykonać o każdej porze, choćby w chłopskiej chałupie; przeprowadzenie więc aseptyczne operacyi nawet w najuboższym domu na prowincyi nie napotyka na żadne trudności.

Niewątpliwie w dobrze urządzonej sali operacyjnej operuje się z większą wygodą, niż w domu prywatnym; ale posiadając przyrząd mego pomysłu można i w domu prywatnym dokonać wszelkiej operacyi chirurgicznej czy położniczej z tą samą aseptyką, o jakiej mogą marzyć tylko dobrze urządzone sale operacyjne. W czasach przedantyseptycznych lepszym był (statystycznie rzecz biorąc) ze względu na powikłania w gojeniu się ran, wynik operacyj, uskutecznianych w domach prywatnych, niż w szpitalach. Obecnie, w czasach aseptyki, stosunek się zmienił na niekorzyść mieszkań prywatnych. Mam to głębokie przekonanie, że w razie wprowadzenia w powszechne użycie mego przyrządu statystyka zmieni się znów na korzyść praktyki prywatnej, co zresztą wyjdzie na korzyść cierpiącej ludzkości i na pożytek działalności lekarskiej; nie będzie się bowiem tylu przypadków, wymagających ścisłej aseptyki, odsyłać do szpitali.

(Dokończ. nastąpi).

IV. Wyciągi.

Prof. Wolf (Berlin). **Wyniki otrzymane przez podawanie hetolu zwierzętom gruźliczym.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 28, 1901). 1) W pierwszym szeregu doświadczeń szczepiono czyste hodowle prątków gruźliczych do przedniej komory ocznej u królików, z następowemi przez całe miesiące trwającemi wstrzykiwaniami hetolu do żył, przyczem u zwierząt kontrolnych wstrzykiwań nie stosowano: różnicy wcale nie stwierdzono, czy zwierzęta były poddawane temu postępowaniu, czy też nie. 2) Szczepiono królikom prątki gruźlicze do jamy otrzewnowej i stosowano hetol otrzewnowo — wyniku nie było. 3) Zwierzęta wdychały prątki gruźlicze, a potem dostawały hetol — również żadnego skutku nie zauważono. Według dotychczasowych badań ma hetol skutkiem drażnienia tkanki łącznej sprowadzać otorbienie ognisk gruźliczych, — lecz i tego także nie stwierdzono, pomimo że wstrzykiwano hetol przez cztery miesiące.

Następnie leczono hetolem przeszło 42 suchotników, u których gruźlica przebiegała bez powikłań i bez gorączki — żadnego wpływu na sprawę miejscową nie zauważono. W końcu nadmienić należy, że drugim wielce zalecanym środkiem (Prof. Cervello-Palermo) ma być igazol (związek formaliny i jodu), — również i po nim żadnego wpływu nie widziano. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Ziemke. **Dalsze szczegóły o odróżnianiu krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą swoistej surowicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Wartość sposobu odróżniania krwi ludzkiej od zwierzęcej zapomocą sposobu Uhlenhutha-Wassermana-Schützego nie ulega dzisiaj już żadnej wątpliwości, pozostaje tylko opracować jeszcze niektóre jego zastosowania, mogące się zdarzyć w praktyce sądowo-lekarskiej, oraz sam sposób, o ile się da, uprościć. Prowadząc ciągle badania w tych kierunkach, podaje Z. następujące praktyczne szczegóły. Wobec tego, że do przygotowania swoistej surowicy zwierzęcej potrzeba krwi ludzkiej, a tej od chorych dostać nie łatwo, próbował Z. posługiwać się krwią ze zwłok i przekonał się, że zapomocą niej można otrzymać wyniki dobre, nawet jeżeli krew wzięto ze zwłok w 3—4 dni po śmierci (byleby była płynną). Wprawdzie w ten sposób uzyskana surowica jest nieco słabszą, niemniej daje wyniki lepsze, niż surowica, uzyskana zapomocą surowicy ludzkiej z wodniaków, przesączyn itd. Ważną rzeczą jest przechowywanie swoistej surowicy; ponieważ dodanie chloroformu dość szybko osłabia siłę surowicy, przeto zaleca się przechowywanie t. zw. surowicy suchej, to jest jej działających swoiście globulinów, strąconych siarkanem magnowym. Strąt ten przechowuje się w eksykatorze nad kwasem siarkowym, a w razie potrzeby rozpuszcza się go w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. W badaniach można obchodzić się dość małą ilością rozczynu krwi i surowicy, posługując się małemi probówkami, mieszczącemi 2—3 ctm.³ (o średnicy ½ ctm.). Napełniwszy je rozczynem badanej plamy krwawej w 0·6% soli, lub 0·1% sodzie, wystarczy dodać parę kropli surowicy, aby wkrótce dostrzedz powstający strąt kłaczkowaty, jeżeli badana krew jest krwią ludzką. Za bardzo znamienną cechę rozpoznawczą uważa Z. właśnie kłaczkowatą postać osadu. Przekonał się dalej Z., że także w mięszaninach krwi ludzkiej ze zwierzęcą (rozmaitych gatunków) można zawsze otrzymać sposobem Uhlenhuth-Wassermana-Schützego dodatnie wyniki. Ponieważ niekiedy bardzo stare plamy krwawe nie rozpuszczają się ani w rozczynie soli, ani w rozczynach sody (w których nie należy przekraczać granicy 1%), wówczas można jeszcze rozpuścić je w rozczynie sinku potasu. Jednakże w rozczynie takim nie udaje się już zapomocą swoistej surowicy wywołać strątu, nawet zobojętniając jego zasadowość zapomocą kwasu octowego. Natomiast odczyn zapomocą surowicy występuje, jeżeli do rozczynu dodamy tyle kryształków kwasu winnego, aby okazywał ślad zasadowości (jeżeli bowiem przekroczyć tę granicę, to z chwilą najsłabszego choćby zakwaszenia rozczyn się mąci). W końcu popiera Z. usilnie żądanie Uhlenhutha, aby wyrobem swoistej surowicy dla użytku lekarzy sądowych zajął się zakład państwowy, który zarazem miałby za zadanie sprawdzać wyniki badania w przypadkach wątpliwych. Za najwłaściwszy do tego celu uważa Z. berliński zakład sądowo-lekarski. (Możeby i u nas, nie dając się wyprzedzić zagranicy, swoistą surowicę do sądowo-lekarskich badań krwi mogły wyrabiać, choćby w małych ilościach, Zakłady wszechnic lwowskiej lub krakowskiej, czy to sądowo-lekarskie, czy też higieniczne? *Sprawozdawca).* *Z.*

M. Rabé. **O drogach wydzielania barwika w moczówce bronzowej.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 56). W moczówce bronzowej (diabète bronzé) nabłonek pokrywający przewody wydzielnicze pewnych gruczołów, jak wątroby, trzustki, gruczołów ślinowych, może być przejęty barwikiem zarówno, jak komórki miąższowe. W niektórych przypadkach naciek żółtawy obejmuje też przybłonek tchawicy i oskrzeli i śródbłonek pęcherzyków płucnych. W przypadku spostrzeganym przez Rabégo naczynia włosowate płuc wydawały się jakby nadziane zatorami barwikowymi. Bogactwo tkanki płucnej w hemosiderynę również budzi myśl, że zachodzi tam tensam proces wydalania barwika. Z tych wskazówek histologicznych wyciąga R. wniosek, że komórki miąższu gruczołowego wydalają barwik z jednej strony drogą przewodów gruczołowych, z drugiej zaś strony wydalanie to odbywa się drogą naczyń chłonnych i żylnych. Tą drogą cząstki nacieku barwikowego dochodzą do naczyń włosowatych płucnych, ztąd do pęcherzyków, z których zostają na zewnątrz wyrzucone. Inna część barwika dostaje się w duży krwiobieg, a następnie wydala ją ustrój drogą nerek. *Dr. M. Blassberg.*

H. Claude i A. Zaky. **Zastosowanie lecytyny w gruźlicy.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 78). Lecytyna, jak to z doświadczeń Claudea i Zakyego wynika, wywołuje w ustrojach gruźliczych znaczną modyfikacyę w przemianie materyi, objawiającą się bezpośrednio zmniejszonem wydzielaniem fosforu i skłonnością do zwiększania się zużytkowanego azotu. Z wyjątkiem osobników, dotkniętych zbyt ostro przebiegającą gruźlicą lub sprawą, doszłą do ostatniego stopnia rozwoju, zresztą objawia się ta przemiana widocznem wzmożeniem się łaknienia, zwiększaniem ciężaru ciała i zadziwiającem polepszeniem się stanu ogólnego. Wpływ lecytyny na zmiany miejscowe i ich przebieg nader trudno ocenić, ponieważ badania autorów zbyt krótko się odbywały, aby dozwalały na sąd w tym kierunku. Z wybitnego polepszania się wszakże stanu gruźlicy w początkowych okresach można wnioskować, że także zmiany miejscowe ulegają zanikowi. Przy bardziej wzmożonym procesie rozpadowym spostrzeżenia kliniczne dozwalały stwierdzić korzystny wpływ na przebieg choroby. Nadto należy zauważyć, że lecytyna, którą autorowie podawali 21 chorym w postaci pigułek, zawierających po 0·05 grm., jest zupełnie nieszkodliwą, że może zatem zna-

komicie wesprzeć skarbiec leków, zwłaszcza jako swoisty środek przeciwgruźliczy. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Balăcesen. **Natychmiastowy szew pęcherza po cięciu nadłonowem.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 25, 1901). Jonnesco, przenosząc w przypadkach kamieni pęcherzowych operacyę krwawą nad kruszenie, stara się możliwie uprościć leczenie następowe. Do tego celu obmyślił specyalny dość zawikłany sposób zaszywania pęcherza. Najistotniejszem w tej metodzie jest to, że z lewego brzegu rany pęcherzowej zdejmuje pasek błony śluzowej, który następnie nasuwa nad brzeg prawy. W ostatnich czasach po operacyi nie zakładał do pęcherza cewnika na stałe, lecz polecał chorym, aby sami mocz oddawali. *Herman.*

Netter. **Stosunek wrodzonej nieprawidłowości jelita esowatego do zaparcia stolca w wieku dziecięcym (choroby Hirschprunga) i do skręcenia jelita esowatego u dorosłych.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Kliniczne objawy choroby Hirschprunga są następujące: wrodzone, uporczywe, przewlekłe zaparcie stolca u osesków i małych dzieci i wzmagająca się bębnica przy równoczesnym często dobrym stanie ogólnym. W przeciwieństwie do Hirschprunga utrzymują Marfan i Johanessen, że jedyną zmianą wrodzoną jest nadmierna długość jelita esowatego i tem tłómaczą objawy kliniczne. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków: 1) U noworodków zgięcie esowate jest stosunkowo dłuższe, aniżeli u dorosłych, i przedstawia mniej lub więcej liczne zwoje, które niekiedy nie powodują żadnych objawów klinicznych. 2) Istnieje wrodzone nadmierne powiększenie jelita esowatego w kierunku długości, które może spowodować objawy choroby Hirschprunga. Jelito układa się naówczas w zwoje, jest następowo rozszerzone, a wskutek tego wytwarzają się względne zwężenia. 3) Należy więc chorobę Hirschprunga w znaczeniu anatomo-patologicznem określić jako wrodzone, nadmierne wydłużenie dolnego odcinka jelita grubego. Sposób powstawania tej zmiany nie jest dostatecznie wyjaśniony. 4) Istnieje prawdopodobnie związek między chorobą Hirschprunga u dzieci a skręceniem jelita esowatego u dorosłych. *Dr. Jan Landau.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Baum gorąco zaleca zamiast jodku potasowego jodypinę, nie wywołującej nigdy zatrucia jodem. Wewnętrznie używa się 10%-wej jodypiny w ilości trzech łyżeczek trzy razy dziennie; — do podskórnych wstrzykiwań (w pośladki) używa się 25% roztworu, w 5-cio do 10-cio gramowych dawkach. *Dr. Pisek.*

Dr. Skillmann stosował **protargol w chorobach nosa i gardła.** (*Journal of eye ear and throat diseases* Nr. 2, 1901) i przekonał się, że działa on również dobrze, jak kamień piekielny, nie drażniąc jednak, jak ten ostatni. Daje się bardzo dobrze używać do rozpylania, a plamy z niego powstałe łatwo się usuwają. Z początku leczenia należy zachować pewną ostrożność w stężeniu roztworów, pewne bowiem osoby okazują do niego idyosynkrazyę. W ostrem zapaleniu przewodu nosowego poleca rozpylania 20% (dla dzieci 0·5—1%), w przewlekłych nieżytach krtani rozpoczyna rozpylania od roztworu 2%, pomału postępując do 10%. Również dobrym okazał się protargol w przewlekłem zapaleniu połyku, natomiast mało skuteczny w ostrem zapaleniu krtani. *Dr. Flis.*

Dr. J. Braun. **Przyczynek do stosowania airolu „Roche“ w praktyce.** (*Deutsche Aerzte-Ztg.* Z. 16, 1901). Autor przypisuje airolowi specyalne wskazania w leczeniu wrzodów żylakowych, które wskutek skłonności do wyprysku nie nadają się do stosowania jodoformu. Wśród spokoju i stosowania airolu w proszku i maści goją się te uporczywe wrzody w 10—14 dniach. Po wyłyżeczkowaniu zserowaciałych gruczołów, albo w próchnicy kości, może airol zastąpić jodoform, a ma tę wyższość, że jest bezwonny, nie drażniący i nie trujący. Nawet używany tygodniami nie sprawia wyprysku. W oparzeniach używa się pod postacią zasypki 1: 10 skrobi albo maści, działa kojąco i gojąco. W zapaleniu przewodów nosowych u osób zołzowatych stosuje się pod postacią 5—10% maści, działa wysuszająco i zmniejsza wydzielinę. Szczególnie poleca autor airol w zapaleniu żołędzi i przeczosach brodawek piersiowych, które radzi obmywać roztworem nadmanganezyanu potasowego i grubo smarować 10%-wą maścią airolowo-lanolinową, albo pokryć airolowym kolodyonem. W tych przypadkach działa airol wybitnie kojąco tak, że po 1—2 dniach kobiety mogą już karmić bez bólu. W owrzodzeniach nawet przyrody kiłowej działa airol bardzo skutecznie, a we wrzodzie miękim nawet swoiście. W nieżytach szyjki i nadżerkach części pochwowej oddają znakomite usługi pręciki airolowo-kakaowe (*0·5 airoli*), codziennie wprowadzane, albo tampony z 10—20%-wą maścią airolowo-lanolinową. W końcu podnosi autor wartość airolu w owrzodzeniach gruźliczych języka, gardła i krtani. *Dr. Flis.*

Nowe prace o alboferynie. Dr. Woerz (*Wr. klin. Rundschau* 1901, Nr. 20) uzyskał, stosując alboferynę, dobre wyniki w krwotokach porodowych i przy poronieniach, w krwawieniach macicznych przy mięsakach, jak również w niedokrewnościach z innych powodów. Szczególnie podnosi łatwą strawność tego przetworu. Dr. Reichelt (*Wr. kl. Rundschau* Nr. 23 i 24) stosował **alboferynę** w 45 przypadkach pierwotnej i następowej niedokrewności, kontrolując wyniki tego leczenia oznaczaniem liczby ciałek krwi i hemoglobiny. Lek ten oddawał mu zawsze doskonałe usługi. Dr. Kluk-Kluczycki (*Med. chir. Centralblatt* 1901, Nr. 14) uważa alboferynę za dzielny lek w leczeniu niedokrewności, gdyż ulega łatwo wessaniu i pobudza łaknienie. Dr. Friedländer (*Wr. med. Blätter* 1901, Nr. 17) podnosi skuteczne działanie alboferyny w krzywicy i w upośledzonym rozwoju u dzieci. Dr. Jeż (*Med. chir. Centralblatt* 1901, Nr. 27) poleca alboferynę, jako przetwór zawierający białko (90·14%) i żelazo, związane organicznie. Dr. Kölbl (*Wr. med. Blätter* 1901, Nr. 21) stosował alboferynę z dobrym skutkiem w błednicy, niedokrewności, krzywicy, zołzach. Dr. Blum (*Klin. therap. Wochschft* 1901, Nr. 28) uważa alboferynę za znakomity przetwór w leczeniu niedokrewności, gdyż nie zobojętnia ona soku żołądkowego, który, jak wiadomo, w przypadkach niedokrewności znajduje się w małej ilości w żołądku.

Tourlet badał **fersan** co do własności jego odżywczych i leczniczych (*These pour le doctorat en medicine* Paryż, 1901), a na podstawie swoich doświadczeń klinicznych doszedł do następujących wniosków: fersan jest lekiem posiadającym dwie wybitne własności: 1) jest przetworem stałym i niezmiennym w składzie chemicznym, jak również, że 2) jest łatwo wessalnym. Autor uważa fersan za środek nietylko odżywczy, ale zarazem leczniczy, oddający rzeczywiste usługi nawet w przypadkach, w których zależy nam na podtrzymaniu sił chorego bez obciążenia trawienia. Jest to jeden z najcenniejszych środków, jakie posiadamy, zwłaszcza w leczeniu niedokrewności, błednicy, neurastenii i wogóle we wszystkich cherach, jak np. gruźlica, której przebieg wskutek podawania fersanu bywa zawsze złagodzonym.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 16 października 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o piśmie Dra Rotha z podziękowaniem za przesłane mu życzenia w dniu jego jubileuszu. Przyjęto do wiadomości.

III. Dalej zawiadamia przewodniczący o uchwale Komitetu, by nowozawiązanemu Towarzystwu lekarskiemu w Częstochowie przesłać na ręce prezesa, Dra. Biegańskiego, serdeczne życzenia rozwoju i powodzenia. Przyjęto jednogłośnie.

IV. Przewodniczący zawiadamia o liście prof. Becka ze Lwowa, w sprawie współdziałania obu Komisyj przemysłowo-lekarskich w Krakowie i Lwowie i wyjaśnia, że list ten odesłał do załatwienia do kol. prof. Korczyńskiego, jako przewodniczącego Komisyi przemysłowo-lekarskiej naszego Towarzystwa. Przyjęto do wiadomości.

V. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie zmarłemu koledze ś. p. Dr. Buszkowi dodając, że zmarły, jako jeden z najstarszych członków, nie zapomniał w ostatnich chwilach życia o Towarzystwie, zapisując mu bogaty zbiór książek treści lekarskiej. Na pogrzebie reprezentował przewodniczący Towarzystwo lekarskie, od którego też złożono wieńce na trumnie. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

VI. Przewodniczący zawiadomił o nieodżałowanej i niczem niepowetowanej stracie z powodu śmierci profesora Dra. Marcelego Nenckiego. Jakkolwiek losy nie pozwoliły zmarłemu pracować u swoich, to jednak był on całą duszą Polakiem, czego dowody złożył na różnych polach obywatelskiego życia. Po ukończeniu studyów medycznych w Berlinie przeniósł się do Berna, gdzie wkrótce został docentem, a potem profesorem. Ztąd w r. 1891 powołano go na katedrę chemii fizyologicznej do Petersburga. Liczne a doniosłe jego prace zjednały mu uznanie i sławę wszechświatową. Od roku 1884 był człon-

kiem krak. Akademii Umiej., nadto członkiem honorowym naszego Tow., a w roku zeszłym otrzymał honorowy doktorat Uniwersytetu Jagiellońskiego z okazyi 500-nego Jubileuszu. W lipcu zeszłego roku przybył Nencki na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Krakowa i uświetnił go swym odczytem na pierwszem ogólnem posiedzeniu. Wspominał wtedy, że chciałby teraz zużytkować swą długoletnią pracę i stworzyć z niej niejako całokształt: niestety nieubłagana śmierć stanęła temu na przeszkodzie, wydzierając społeczeństwu naszemu i nauce przedwcześnie tak znakomitego uczonego i nauczyciela. Zebrani, stojąc, wysłuchali przemówienia.

VII. Kol. Gliński przestawił:

1) Okaz trzustki dodatkowej. U 43-letniego mężczyzny, zmarłego na gruźlicę płuc, na tylno-górnej ścianie dwunastnicy w odległości 4 ctm. poniżej odźwiernika znajdował się twór wielkości migdała, o budowie makroskopowo zrazikowej, okazujący pod drobnowidem utkanie trzustki; zraziki gruczołowe tworzą większe skupienia, leżące głównie pomiędzy warstwą mięsną zewnętrzną (podłużną) a otrzewną, oraz w obrębie warstwy mięsnej zewnętrznej, częściowo nawet zachodzące i do w. mięsnej wewnętrznej (okrężnej). Miejscami, jak to wskazują preparaty drobnowidowe, które również prelegent przedstawia, znajdują się dość liczne, dochodzące wcale znacznej grubości przewody. Mniej więcej w środkowej części tego tworu od strony dwunastnicy znajduje się niewielkie wzniesienie, a w jego środku drobny otworek, w który na okazie świeżym udało się wprowadzić cienką szczecinkę; otwór tên uważa prelegent za ujście wspólnego przewodu wyprowadzającego. Trzustka właściwa posiada kształt i wielkość prawidłową, jej przewód (d. Wirsunggianus) uchodzi wspólnie z przewodem żółciowym wspólnym na dolno-tylnej ścianie dwunastnicy w odległości 5 ctm. poniżej trzustki dodatkowej; przewodu dodatkowego (d. Santorini) nie znaleziono. Zgodnie z wypowiedzianymi już dawniej zapatrywaniami, uważa prelegent znaleziony twór za rzeczywistą trzustkę dodatkową, która rozwinąć się musiała z jednego z pierwotnych zawiązków trzustki w warunkach zwykłych nie rozwijającego się dalej i stąd nie uczestniczącego w wytwarzaniu trzustki właściwej.

2) 3 okazy przełyków z niezwykle silnie rozwiniętymi t. z. gruczołami wpustowymi w górnej części przełyku. Do niedawna jeszcze histologowie w obrębie przełyku opisywali tylko gruczoły śluzowe, rozrzucone w zmiennej ilości w błonie podśluzowej i to głównie w górnej części przełyku. Badania lat ostatnich wykazują, iż prócz gruczołów śluzowych, znajdują się i inne gruczoły, usadowione w obrębie samej błony śluzowej i cechami swemi (obecność 2 rodzajów komórek, głównych i okładowych) odpowiadające gruczołom w części wpustowej żołądka. Ogniska takie, jak to wykazał Schaffer, znajdują się głównie w 2 miejscach; *a)* tuż ponad wpustem, *b)* w t. z. zatokach bocznych w początkowej części przełyku, mogą jednakie spotykać się i w innych częściach przełyku, jak to miało miejsce w przypadku Ebertha, który znalazł takie ognisko w początkowej części dolnej połowy przełyku. Ogniska takie u człowieka mogą niekiedy dochodzić znacznych rozmiarów, a wtedy ponad nimi nie znajdujemy już wielowarstwowego nabłonka płaskiego, lecz jednowarstwowy nabłonek wałeczkowy i ogniska te utkaniem swem odpowiadają wtedy raczej błonie śluzowej żołądka, niż bł. śluzowej przełyku. Tego właśnie rodzaju ogniska znajdują się w przedstawionych przez prelegenta okazach. Okaz pierwszy pochodzi ze zwłok 14-letniego chłopca ze starym ropniem w mózgu i z następowem ropnem zapaleniem opon mózgowych; okaz drugi znaleziono u 55-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu gruźlicy płuc, wreszcie przypadek trzeci dotyczy 24 letniego mężczyzny z ogólną gruźlicą prosówkową. We wszystkich tych przypadkach omawiane ogniska znajdują się w obrębie zatok bocznych na wysokości chrząstki obrączkowej i 4 pierwszych chrząstek tchawiczych; w przypadku pierwszym znajdujemy jedno ognisko o wymiarach $1^1/_3 \times {}^3/_4$ ctm., po stronie prawej, w przypadku trzecim 2 ogniska symetryczne o wymiarach: prawe $1^1/_2 \times {}^3/_4$ ctm., lewe $2^1/_2 \times {}^3/_4$ ctm., wreszcie w przypadku drugim, po stronie prawej dobrze wykształcone ognisko $1^1/_2 \times {}^1/_2$ ctm., po stronie zaś lewej zaledwo zaznaczone. Wszystkie te ogniska posiadają kształt owalny, długą swą osią odpowiadają długiej osi przełyku, już wejrzeniem makroskopowem silnie odbijają od otaczającej prawidłowej błony śluzowej przełyku; są zabarwione więcej różowo, posiadają powierzchnię lekko ziarnistą, od otoczenia są ostro odgraniczone i na pierwszy rzut oka robią wrażenie powierzchownych nadżerek; ogniska, leżące w lewej zatoce bocznej są wogóle nieco niżej położone, niż leżące po stronie prawej. Co się tyczy pochodzenia tych ognisk, to jedynie uwzględniając historyę rozwoju przełyku oraz anatomię porównawczą, możemy zrozumieć ich obecność w przełyku, co zresztą w swoim czasie wyjaśnił już Schaffer.

3) Okaz trzeci przedstawia nowotworowo zmienioną nerkę, usuniętą operacyjnie przez prof. Trzebicky'ego u 67 letniego mężczyzny, który na kilka miesięcy przed operacyą zauważył krew w moczu, a na 3 miesiące w okolicy lędźwiowej powiększający się stale guz. Makroskopowo nerka jest w całości znacznie powiększona o powierzchni nierównej, guzowatej, a na rozkroju widoczne są bardzo liczne różnej wielkości guzy o niejednolitem wejrzeniu; już to bardzo blade, prawie białe, już też więcej różowe, unaczynione, już wreszcie niektóre w częściach środkowych obumarłe, rozpadające się; guzy te są tak liczne, iż tylko miejscami pomiędzy nimi utrzymały się resztki właściwej substancyi nerkowej. Badanie drobnowidowe wykazuje, iż wszystkie te guzy okazują zasadniczo jednakową budowę, a mianowicie przedstawiają obraz t. z. nadnerczaka (hypernephroma), t. j. nowotworu, wychodzącego z ognisk o budowie nadnercza, spotykanych w nerce; różnica między rozmaicie makroskopowo się przedstawiającymi ogniskami polega tylko na silniejszem lub słabszem ich unaczynieniu, na obecności lub braku wynaczynień, lub wreszcie jest zależną od tego, iż niektóre partye uległy obumarciu. Ogniska o utkaniu nadnercza w obrębie nerki spotykają się względnie często i, jak świadczy właśnie okaz, mogą być punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, mogących tworzyć przerzuty w najrozmaitszych narządach.

Do kategoryi ognisk zarodkowych dają się również zaliczyć i ogniska wymienione po 1) i 2). Ogniska te również mogą być punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, których budowa bez znajomości tych ognisk byłaby dla nas niejednokrotnie całkowicie niezrozumiałą. Że zaś ogniska mogą rzeczywiście dać powód do powstania nowotworów złośliwych, świadczą dość wymownie obrazy drobnowidowe z jednego z wyżej opisanych ognisk w przełyku (ze zwłok 24 l. mężczyzny), gdzie znajdujemy już tylko częściowo charakterystyczne utkanie, podane przez Schaffera, poza tem zaś widzimy utkanie siatkowate z ogniskami nabłonkowymi, a więc obraz rozpoczynającego się bujania nowotworowego (rakowego). Takie i tym podobne ogniska, pochodzące z życia zarodkowego, spotykają się w najrozmaitszych częściach ustroju znacznie częściej, niż to ogólnie przypuszczamy, najczęściej jednakowoż uchodzą one naszej uwagi ze względu na swoją nieznaczną wielkość; częste zaś spotykanie tych ognisk oraz niejednokrotnie wykazany bezpośredni ich związek z nowotworami przemawia bez wszelkiej wątpliwości na korzyść teoryi zarodkowego pochodzenia jeśli nie wszystkich, to w każdym razie znacznej ilości nowotworów. Ogniska opisane pod l. 2) zasługują na uwagę i z innych względów, a mianowicie, jak to wykazał Schaffer, w związku z nimi pozostają spotykane niekiedy w przełyku wrzody okrągłe, (powstają one tutaj pod wpływem działania wytworzonego na miejscu soku żołądkowego), wreszcie ogniska te jako loci minoris resistentiae łatwo dać mogą powód po powstania uchyłków pulsyjnych; i rzeczywiście statystyka Haeckermanna to potwierdza (na 27 dokładnie opisanych takich uchyłków, 22 razy uchyłek znajdował się w obrębie zatok bocznych przełyku, a więc w miejscu, gdzie zazwyczaj znajdujemy i opisane ogniska).

VIII. Kol. Droba miał odczyt na temat: »Pasorzyt gruźliczy i jego właściwe miejsce w systemie pleśni« (Streszczenie odczytu przeznaczone do druku). Wykład nagrodzono oklaskami. W dyskusyi nad tym zajmującym wykładem zabierali głos koledzy: doc. Kryński, prof. Nowak, Lewkowicz, Hirsch i Bier.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna

46. Dr. Č. Roháč (Praga). **Miednica przy obustronnem zwichnięciu wrodzonem stawu biodrowego i miednica z kręgosłupem zsuniętym** (*spondylolisthesis*). Oba te rodzaje niepra-

widłowej miednicy mogą być tak do siebie podobne, że w rozpoznaniu łatwą jest pomyłka, jak to w jednym przypadku prelegent miał sposobność się przekonać. Podobieństwo obu tych miednic pochodzi ztąd, że tak w jednej, jak i drugiej nieprawidłowości główną rolę odgrywa ucisk tułowia na ostatni krąg lędźwiowy. Dla rozpoznania zmian w miednicy ze zwichnięcia ważnem jest wykazanie, że główki kości udowych znajdują się poza stawem; dla rozpoznania zaś kręgosłupa zsuniętego (*spondylolisthesis*) jest znamiennem wymacanie obniżonego kręgu zapomocą badania wewnętrznego. Rokowanie w pierwszym razie jest wogóle dobre; przy kręgosłupie zaś zsuniętym zależy ono od stopnia zwężenia.

47. Dr. J. Veverka (Praga). **O zapobieganiu rzeżączkowemu zapaleniu oczu u noworodków zapomocą protargolu.** Na 1100 noworodków, u których stosowano protargol w klinice prof. Rubeška, tylko cztery razy wystąpiło zapalenie rzeżączkowe spojówki i to w 7-mym dniu po porodzie. Bezpośrednio, lub wkrótce po porodzie nie zachorowało żadne dziecko. Na podstawie tego spostrzeżenia należy gorąco polecić protargol (20%), jako środek zapobiegawczy.

48. Dr. K. Schwarz (Praga). **Nowoczesne leczenie zboczenia kręgosłupa** (*scoliosis*). Opisanie starych i nowych sposobów ortopedycznych wraz z demonstracyą odpowiednich przyrządów.

49. Dr. V. Kopfstein (Ml. Boleslav). **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia śródpiersia przedniego.** Ogólne przedstawienie sposobów powstania obrazu klinicznego i metod operacyjnych leczenia choroby wymienionej, do czego autor dołącza krótki opis czterech przez siebie spostrzeganych przypadków:

1. Dziewczyna 13-letnia: próchnica mostka, ropień w śródpiersiu, trepanacya i wycięcie mostka. Wyzdrowienie.
2. Ropień śródpiersiowy po urazie u mężczyzny 33-letn. przebija na zewnątrz między 3-cim a 4-tym żebrem na prawo. Nacięcie ropnia, wycięcie brzegu mostka i żeber. Zagojenie.
3. Ropówka (*phlegmone*) śródpiersia po wyjęciu zęba. Smierć z powodu ropnicy.
4. Zapalenie ropne śródpiersia po durze brzusznym u mężczyzny 18-letniego. Ropa przebiła się w kilku miejscach, rozszerzyła się naokoło osierdzia i spowodowała otok ropny lewej jamy opłucnowej, a jednak po wycięciu żebra nastąpiło wyzdrowienie.

50. Dr. E. Friedmann (Praga). **Najnowsze sposoby stosowania przetworów rtęci.** Żadna z najnowszych metod (woreczek Welandera z szarą maścią, lub Ahmanna z merkuryolem, *mercolinth* Blaschko, zastąpienie tłuszczu przez resorbinę, *ung. colloidale*, *vasogen*) nie może się wykazać lepszem działaniem od szarej maści Jedne tylko wstrzykiwania Łukasiewicza odznaczają się dobrem działaniem, wadą ich jednak jest znaczny ból po nich występujący.

51. Dr. J. Franta (Praga). **Leczenie przewlekłych zapaleń błony śluzowej macicy i przydatków zapomocą wstrzykiwań Grammatikatiego.** Metodę tę wypróbował F. w 20-tu przypadkach przewlekłego zapalenia, pochodzącego przeważnie z porodu lub rzeżączki. Wszystkie te chore były już leczone przedtem ³/₄ roku, a nawet dłużej, rozmaitymi innymi sposobami, jednak bez skutku. Pod wpływem wstrzykiwań Grammatikatiego, wykonywanych ambulatoryjnie trzy razy na tydzień, cztery przypadki zostały wyleczone w zupełności, 16 zaś doznało znacznej poprawy. Wynik taki zasługuje tembardziej na uwagę, ponieważ dotyczy on chorych biednych, które nie mogły się odpowiednio zaszanować. Autor jednak nie radzi używać tego leczenia u osób schorzałych, niedokrewnych i histerycznych.

52. Dr. A. Brabec (Praga). **O niezwykłej postaci promienicy u człowieka.** Promienica u człowieka występuje zwykle w postaci ropówki (phlegmone) twardej, do której prowadzą liczne przetoki, wydzielające ropę z charakterystycznemi ziarnkami. Obraz, zupełnie zbaczający od tego typu, widział B. w jednym ze swoich przypadków, w którym promienica przedstawiała się jako ściśle odgraniczony nowotwór jamy brzusznej. Guz ten siedział na sieci wielkiej, zrośnięty z poprzecznicą, przednią ścianą otrzewnej i z koniuszkiem wyrostka robaczkowego, w którym jednak żadnych śladów promienicy nie znaleziono. Na przekroju guz ten okazywał tkankę zbitą i jamy wypełnione treścią śluzową. Grzybka samego wykrył B. dopiero przy pomocy drobnowidu.

Postać ta, — zwykła to forma promienicy u bydła, — jest nader rzadką u człowieka (przypadek opisany jest 7-my z rzędu); przez Hofmeistra została nazwaną „actinomycoma intramurale“, i może wystąpić w ustroju i w każdem innem miejscu.

53. Dr. F. Messany (Praga). **O podwiązkach wielkich naczyń.**

54. Dr. K. Komárek (Praga). **Sprawa cięcia cesarskiego.** Cięcie cesarskie przy należytem oczyszczeniu jest poprostu zwykłą laparotomią, która nie przedstawia dla rodzącej nadzwyczajnego niebezpieczeństwa, zwłaszcza jeżeli jej poprzednio nie badano wewnętrznie zbyt często. Cięcie to najczęściej wykonuje się w pierwszym okresie porodu przy rozszerzonej szyjce, utrzymanym pęcherzu i dobrych bólach. Kierunek cięcia macicznego niema znaczenia; polecić można cięcie podłużne Sängera. Dla tamowania krwi nie trzeba żadnych zabiegów (uciskanie szyi rurą elastyczną, czy też ręką), a zupełnie wystarczają dobre skurcze macicy; stosowanie ergotyny jest zbyteczne. Do szycia najlepiej nadaje się katgut chromowy (szew węzełkowy).

55. Dr. J. Elgart (Berno). **Zapalenie szpiku kostnego u noworodku.** Przypadek dotyczy dziecka przedwcześnie (w 8-mym miesiącu) urodzonego, u którego w 2-gim tygodniu życia rozwinęło się ostre zapalenie szpiku kostnego w prawej kości goleniowej. Po dokonanej nekrotomii i zgojeniu w 13-tu miesiącach pozostało skrócenie kończyny dotkniętej o ³/₄ ctm. Przyczyną mógł tu być gościec stawowy matki, który przebywała cztery tygodnie przed porodem, lub też wyprysk ropny, który rozwinął się u dziecka z początkiem 2-go tygodnia. W pierwszym razie drobnoustroje byłyby się przedostały do ustroju dziecka już podczas życia płodowego.

56. Dr. V. Maxa (Praga). **Wartość nowych przetworów srebrowych w leczeniu rzeżączki.** Protargol okazał się (na oddziale prof. Janowskiego), jako dobry środek w tych przypadkach, w których nie wywołuje on nieżytu łuszczącego się, lub wielkich dolegliwości (pieczenia). Ilość gonokoków zmniejsza się wkrótce, lecz pod koniec zawsze potrzeba stosować dawne leki ściągające, lub nierozpuszczalne sole srebra.

Ichtargan znosi się dobrze w rozczynie 0·02—0·05: 200, również nie niszcząc jadowitości doszczętnie; zmniejsza jednak wkrótee wydzielanie, które traci zupełnie charakter ropny.

57. Dr. O. Polák (Praga). **O stosunku opilstwa do chirurgii.** Z pomiędzy 5431 chorych, leczonych w ostatnich 10-ciu latach na klinice prof. Maydla z powodu urazów, ropówki i zgorzeli, było 390 opilców (385 mężczyzn, pięć kobiet). W okresie ostrego zatrucia przyjęto opilców 83, z których żaden z tego powodu nie umarł. Opilstwo nie wpływa na przebieg gojenia, a tylko nieznacznie wpływa na uśpienie chloroformem. Pijaków nałogowych było 307 (piwo i wódka). W przeważnej liczbie przypadków tych uśpienie było utrudnione, gdyż łatwo występowała zamartwica, dwóch nawet zmarło podczas uśpienia (jeden na śmiertelne zemdlenie (*syncope*), drugi na porażenie ośrodka oddech.). Natomiast znieczulanie rdzeniowe zapomocą eukainy α znosili chorzy tacy dobrze. Pijacy nałogowi skłonni są daleko więcej (o 7%) do ropienia, niż niealkoholicy, a sprawy ropne przebiegają u nich daleko burzliwiej. Najwybitniejszem jest usposobienie alkoholików do zgorzeli z jakichbądź przyczyn. Najważniejszem powikłaniem przewlekłego pijaństwa jest obłęd opilczy (25 przypadków, z których umarło 10-ciu); ma on bowiem bardzo niekorzystny wpływ na gojenie, a chory sam sobie może być niebezpiecznym z powodu braku czucia.

58. Dr. O. Polák (Praga). **Przyczynek do leczenia tężca.** Autor starał się w myśl teoryi Ehrlicha wzmocnić działanie surowicy przeciwtężcowej przez wyszukanie i dodanie odpowiedniego „komplementu“. Jak dotąd, udało mu się podnieść działanie surowicy przez dodanie rozczynu fizyologicznego.

59. Dr. J. Landr (Praga). **Przyczynek do etyologii czarnej choroby u noworodków (melaena neonatorum).** W największej części przypadków czarnej choroby noworodków (krwotoki z przewodu pokarmowego) jest kiła i posocznica, wychodząca z pępka, lub z innego miejsca zranionego. Z reszty przypadków oznaczamy niektóre, jako chorobę Buhla, inne jako chorobę Winckla, lub jako *melaena neonatorum vera*. We wszystkich wymienionych chorobach objawy i zmiany anatomiczne bardzo są do siebie podobne, a przyczynę wszystkich upatrują autorowie w zakażeniu z kiszek. Podobnie tłómaczy autor sam i swój przypadek. Zakażenie to powoduje prawdopodobnie rozkładająca się woda płodowa, która przedostać się może do przewodu pokarmowego dziecka.

60. Prof. J. Doyl (Praga). **Znaczenie pola widzenia w akromegalii.**

61. Dr. E. Weidenhofer (Praga). **Przyczynki do** ***siderosis*** **oka.**

62. Dr. K. Bailoni (Praga). **Badanie nad szerzeniem się jaglicy w Czechach.** W latach 1891—1900 leczono w klinice prof. Schöbla 3156 przypadków jaglicy z Czech (oprócz chorych w klinice niemieckiej), co wobec ogólnej liczby ambulantów 73.513, wynosi 4·29%. Porównując następnie liczby chorych w pojedyńczych powiatach, wylicza autor okolice, w których jaglica jest rzadką (0·01—0·1: 10.000), a z drugiej strony miejsca z wielką liczbą cho-

rych (0·7—1: 10.000); wogóle jednak jaglica jest chorobą w Czechach niezbyt częstą. Największy odsetek wykazuje Praga i jej okolica (gęsta ludność i niziny nad rzekami). W Pradze samej okazał się znaczniejszy przyrost w roku 1892—93, co autor odnosi do powodzi w roku 1890. Walka z jaglicą nie doprowadziła dlatego do wielkich wyników, ponieważ stosunków higienicznych w miastach i fabrykach nie można zmienić odrazu, a również dlatego, że jaglica jest przeważnie chorobą ludności uboższej.

63. Dr. F. Zahradnický (Něm. Brod.). **Statystyka usypiań w celach operacyjnych.** Autor zebrał 32.092 uśpień; w liczbie tej zdarzyła się 132 razy zamartwica i 9 razy śmierć, czyli na 243 uśpień jedna zamartwica, a na 3585 jeden przypadek śmierci. Używano:

chloroformu	24.377	razy,	72	zamartw.,	8	razy	śmierć.
eteru	1.408	„	4	„	0	„	„
z początku chloroformu, później eteru . . .	192	„	6	„	0	„	„
chlorof. + eteru aa . .	392	„	4	„	0	„	„
chlorof. + *spirith. terebinth*	421	„	2	„	0	„	„
mięszanki Billrotha .	5.124	„	44	„	1	„	„
brometylu	142	„	0	„	0	„	„

Autor wypowiada prośbę do wszystkich kolegów czeskich, polskich, słoweńskich, kroackich i serbskich, ażeby zechcieli statystykę tę uzupełniać tak, aby na IV-tym Zjeździe mowa liczb była jeszcze wyraźniejszą.

64. Dr. Čipek (Praga). **O opatrywaniu pępka.** Ażeby zapobiedz zakażeniom ze strony pępka, należy jaknajbardziej ułatwiać jego fizyologiczne oddzielanie się (mumifikacyę) — dlatego niektórzy radzą, aby dziecka nie kąpać, albowiem dla utrzymania czystości wystarczy zupełnie przewijanie i zmiana mokrej bielizny. W czeskiej szkole położniczej są pod tym względem wyniki dobre.

8. Dr. M. Čačković (Zagrzeb). **Dyagnostyka ogólnego zmniejszenia żołądka.** W przypadku przez autora spostrzeganym (*cirrhosis ventr.*) spotkano następujący szereg objawów: chory zjada tylko nieznaczną ilość pokarmów na raz, a wymiotując wydala również tylko małą ilość. Bóle nie są zależne ani od jedzenia, ani od wymiotowania, bo żołądek utracił zdolność kurczenia się, a wymiotowanie jest poprostu przeciskaniem się z przepełnionego żołądka. Stolec przeważnie zaparty. Wkrótce występuje zapad sił. Przedmiotowo okolica żołądka jest zapadła, brak odgłosu wypukowego. Czasami wyczuć można pod lewym łukiem opór lub guz. Przez nadymanie nie można żołądka rozszerzyć i czuć wtedy napięte jego ściany. Zgłębnik żołądkowy wchodzi nieco niżej wpustu, za którą już napotyka na przeszkodę. Przez zgłębnik dęty wydobyć można bardzo mało, lub wogóle nic, treści żołądkowej, a tosamo dzieje się odwrotnie przy wlewaniu płynów.

(Koniec sprawozdania z sekcyi chirurgicznej).

VIII. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya chorób dzieci.

(Ciąg dalszy).

6. Bókay (Peszt): **Obecny stan nauki o intubacyi.** Na podstawie własnych 1261 przypadków, oraz wyników zebranych z piśmiennictwa już z góry zaznacza B., że intubacya, jako zabieg mniej niebezpieczny, a przytem łatwiej wykonalny i bezkrwawy, zasługuje na pierwszeństwo przed tracheotomią. W przebiegu dławca intubacya nie może zastąpić tracheotomii w przypadkach, *a)* w których obok zwężenia krtani jest wysokiego stopnia zwężenie gardła i *b)* jeżeli z powodu obrzęku wstępu do krtani nie można się spodziewać skutku po intubacyi. Intubacyę wykonuje prelegent dopiero wtedy, jeżeli zwężenie krtani jest trwałe i grozi dziecku uduszeniem. Od czasu wprowadzenia surowicy (1894) uniknięto zabiegu operacyjnego w 37% przypadków zwężenia i dlatego nie powinno się za wcześnie intubować, gdyż niekiedy i intubacya sprowadza pewne nieprzyjemne objawy uboczne. Intubacyę można wykonywać zarówno w praktyce prywatnej, jak i u chorych szpitalnych. W praktyce na wsi, gdzie chory pozostaje bez nadzoru lekarza, zaleca prelegent wykonanie tracheotomii na leżącym tubusie, gdyż to ułatwia operacyę. Co do związku między intubacyą a zapaleniem płuc u osobników intubowanych, nie widzi B. w intubacyi głównej przyczyny zapalenia. Bardzo rzadko występują zapalenia płuc zachłystowe.

Dla leczenia owrzodzeń, powstałych po intubacyi na chrząstce pierścieniowatej, zaleca B., na podstawie dobrych wyników w sześciu własnych przypadkach, polecone przez O'Dwyera wprowadzanie rurek z bronzu o wązkich szyjkach; rurki te są napojone (impregnowane) ałunem i powleczone żelatyną. Obecnie B. używa tych rurek w każdym przypadku, w którym rurka ma leżeć przeszło 100 godzin i jeżeli objawy wskazują na obecność owrzodzeń skutkiem ucisku.

7. Siegert (Strassburg): **Intubacya i tracheotomia w błonicy od czasu stosowania surowicy.** Na podstawie materyału wyłącznie szpitalnego, obejmującego 22.600 przypadków, leczonych w 93 szpitalach europejskich z miast, z liczbą mieszkańców powyżej 50.000, dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Tracheotomia i intubacya w szpitalu daje w 11.104 przypadkach tracheotomii i 11.511 przypadkach intubacyi, śmiertelność 34·24 względnie 34·27%, czyli śmiertelność jest jednaka. 2) Dla osiągnięcia tego wyniku intubacya wymaga pomocy pierwotnej i następowej tracheotomii. 3) Przez zastąpienie tracheotomii intubacyą śmiertelność się nie zmniejszyła. 4) Wyłączna tracheotomia, a w wyższym stopniu wyłączna intubacya, nie mają racyi bytu. 5) Tylko użycie obu zabiegów daje najlepsze wyniki.

Wyliczając wady i zalety tracheotomii S. nie zaprzecza, że w przypadkach, w których intubacya wystarcza, nie należy robić tracheotomii, gdyż jestto zabieg cięższy. Ażeby jednak módz wydać ostateczny sąd co do korzyści zabiegów operacyjnych w błonicy krtani, należy: 1) zebrać dokładne wiadomości kliniczne o materyale szpitalnym z uwzględnieniem przypadków dławca operowanych i nie operowanych; 2) oznaczyć dokładnie wskazania dla intubacyi i dla tracheotomii pierwotnej i 3) określić dokładnie warunki i czas, w którym tracheotomia następowa ma być wykonana. Wtedy dopiero będziemy się mogli spodziewać lepszych wyników w leczeniu błonicy.

8. Pels-Leusden (Berlin): **O zwężeniu z intubacyi.** Spostrzeżenie dotyczy trzech przypadków, w których po intubacyi wykonano tracheotomię, duszność jednak mimo to nie ustąpiła. Siedzibą zwężenia była większa część chrząstki pierścienio-tarczykowej i górnych pierścieni tchawicy. Zabieg operacyjny polega tu na wycięciu blizny, na plastycznem pokryciu ubytku, wprowadzeniu kaniuli Schimmelbuscha, a wreszcie po kilku miesiącach usuwa się kaniulę. Dzieci te mówią głosem grubym, męzkim.

9. Müller (Berlin): **Przyczynek do statystyki śmiertelności z błonicy w Niemczech.** Statystyka obejmuje lat dwanaście, a mianowicie: sześć lat przed używaniem surowicy (1889—94) i sześć lat z surowicą (1895—900 włącznie) i polega na materyale 90 miast z liczbą około 10 milionów mieszkańców. Badania te wykazały, że od roku 1895 śmiertelność obniżyła się znacznie i wynosiła w tym okresie $^1/_3$ śmiertelności okresu poprzedniego, a wynik ten znakomity odnosi M. wyłącznie do surowicy Behringa.

10. Trumpp (Monachium): **Dalsze losy dzieci tracheotomowanych i intubowanych, które pozostały przy życiu.** Autor starał się na podstawie dostępnego materyału dowieść, ile jest prawdy w spostrzeżeniu Landouzyego, że osobniki tracheotomowane z powodu dławca w małej tylko liczbie dosięgają wieku męzkiego. Materyał ten zebrany w wojsku i w większych szpitalach. Jakkolwiek materyał ten nie jest zbyt wielki, autor wysnuwa z niego następujące wnioski: 1) twierdzenie Landouzyego, dotyczące dalszego losu tracheotomowanych, przynajmniej co do państwa niemieckiego, niema racyi, gdyż tracheotomia tylko wyjątkowo czyni ustrój skłonnym do gruźlicy; 2) jednakże, według zdania lekarzy wojskowych, znaczny odsetek operowanych z powodu dławca okazuje pewne objawy następowe, ale to odnosi się zarówno do tracheotomowanych, jak i do intubowanych.

11. Pfaundler (Grac): **O zaburzeniach późniejszych po intubacyi i tracheotomii.** Śledząc za stanem zdrowia 262 dzieci intubowanych lub tracheotomowanych w klinice Eschericha, w okresie od 1890—1899 r. zdołał P. dowiedzieć się o losie 173 dzieci. Z tych 8 umarło bezpośrednio po opuszczeniu szpitala: z 165 pozostałych 137 (83,08%) nie chorowało lub zasłabło na choroby, niemające żadnego związku z wykonanym zabiegiem; 16 (9,70%) skarżyło się na nieznaczne dolegliwości, jak: lekki bezdech przy bieganiu, głos czasowo bezdźwięczny, mowa niewyraźna, lekkie jąkanie się; 12 (7,27%) zaś cierpiały na: trwałą chrypkę średniego lub wysokiego stopnia (3), miernego stopnia bliznowate zwężenie

tchawicy (3), przewlekłe zapalenie płuc (3) i na gruźlicę (3). Z tych 173 dzieci 141 intubowano, 16 tracheotomowano, a u reszty wykonano obydwa zabiegi. P. spostrzegł, że u intubowanych nie zauważono chorób narządu oddechowego częściej, aniżeliby odpowiadało zwykłemu schorzeniu dzieci w tym wieku. Związku choroby z zabiegiem operacyjnym nie można było wykazać. Wyraża więc P. przekonanie, że niema mowy o poważniejszych zaburzeniach po intubacyi.

Dyskusya: Rauchfuss na podstawie własnego materyału wykazuje, że śmiertelność w przypadkach dławca jest równa śmiertelności w przypadkach bez cieśni. Jeżeli jest dużo przypadków śmierci z powodu zakażenia, wzrasta również śmiertelność w przypadkach z cieśnią, zarówno w przypadkach operowanych, jak i nie operowanych. Umierają one wszystkie z powodu ciężkiego zatrucia, spowodowanego właściwym *genius epidemicus*. Dlatego też liczby statystyczne nie mają wartości, dopokąd nie mamy określenia stałego dla jadowitości jadu w pojedynczych przypadkach.

Ganghofner intubuje i tracheotomuje zależnie od przypadku. Statystyka Siegerta nie jest dokładna, gdyż nie uwzględnia wieku operowanych, co jest bardzo ważne ze względu na śmiertelność.

Förster żąda dokładnego określenia wskazań dla intubacyi i tracheotomii. Przeciw intubacyi przemawia to, że po jej wykonaniu wykrztuszanie ustaje i ta okoliczność powoduje często zapalenia płuc przez zachłystywanie się po intubacyi.

Baginsky w 244 przypadkach wykonał tylko intubacyę, a z tych zmarło 22 = 10%. Z 370 przypadków intubacyi z następową tracheotomią zmarło 95 dzieci. Sądzi przeto, że przy cieśni krtaniowej należy naprzód wykonać intubacyę. Przeciwwskazaniem dla tego zabiegu jest wiek poniżej 1-go roku życia i wyraźny dławiec zstępujący.

Soltmann uważa czas trwania choroby i stan ogólny pacyenta za czynnik rozstrzygający, czy zastosować intubacyę, czy też tracheotomię; przypadki posocznicze dają zawsze wyniki złe. W przypadkach świeżych należy intubować, przy osłabieniu serca tracheotomować, gdyż po tracheotomii oddech i wykrztuszanie są bardziej ułatwione; po intubacyi zaś wykrztuszanie prawie że niemożliwe.

Trumpp w każdym przypadku zaleca możliwie wczesną intubacyę.

Szóntagh zasadniczo jest za pierwotną intubacyą z zastrzeżeniem wyboru przypadków, nadających się do tracheotomii.

Selter uważa, że *genius epidemicus* błonicy jest obecnie osłabiony. Z dobrym skutkiem wykonuje także intubacyę u dzieci poniżej jednego roku życia.

Siegert jeszcze raz kładzie nacisk, że intubacya i tracheotomia, użyte razem i w odpowiednim przypadku, każą się spodziewać najlepszych wyników w leczeniu błonicy krtani w wieku dziecięcym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Odezwa.

W wykonaniu uchwały Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zawiązała się z grona jego Komisya przemysłowo-lekarska, której zadaniem jest działać w kierunku podniesienia krajowego przemysłu lekarskiego, mianowicie wspierać już istniejącą wytwórczość na polu środków leczniczych i higienicznych, a zarazem zachęcać i pobudzać do wyrabiania przetworów, dostarczanych nam dotąd z zagranicy — tak, jak to od wielu lat czyni już z pożytkiem Komisya przemysłowo-lekarska, wybrana z łona Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Przemysł lekarski stanowi znaczną gałąź ogólnego przemysłu, tak więc, jak kraj cały stara się o popieranie przemysłu swojskiego, chcą również i lekarze w pracy tej wziąć udział w swoim zakresie.

Dużo już pod tym względem zrobiła podobna do naszej komisya krakowska; obecnie chodzi o rozszerzenie działania i na wschodnią część kraju, gdzie właśnie znajduje odbyt bardzo dużo przetworów i wyrobów zagranicznych, któreby się snadnie dały zastąpić naszymi.

Suma pieniędzy, idących z kraju za granicę na przetwory lecznicze, higieniczne, odżywcze, wyroby chirurgiczne, opatrunki, dalej na rozmaite środki farmakologiczne, jest wcale pokaźna. Część tej sumy możemy zatrzymać u siebie i to część znaczną, o ile nie chodzi o wyroby, których mieć nie możemy w naszym kraju.

Ma się rozumieć, że wyroby nasze nie powinny ustępować w jakości i we wszystkich własnościach wyrobom obcym, przeto Komisya może popierać te tylko wyroby, których wytwarzanie odbywać się będzie pod nadzorem i kontrolą komisyi.

W tym też celu zwraca się Komisya do wszystkich przemysłowców, wyrabiających lub mających zamiar wyrabiać przetwory lecznicze, wogóle do osób zajmujących się przemysłem lekarskim, a więc do wytwórców wyrobów leczniczych, higienicznych, odżywczych, opatrunkowych, przyrządów i przyborów lekarskich wszelkiego rodzaju, do zarządów zdrojowych i kąpielowych, aby, chcąc uzyskać polecenie znawców zawodowych, zgłaszali się do Komisyi, której zadaniem będzie następnie wyroby wypróbowane otaczać opieką i popierać.

We Lwowie, w październiku r. 1901.

Prof. Dr. A. Beck, Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Prof. Dr. A. Gluziński, Prezes Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

Dr. Stanisław Eljasz Radzikowski, Sekretarz Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

We wszystkich sprawach należy się zgłaszać pod adresem: *Komisya Przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego — we Lwowie — Klinika lekarska.*

Otrzymujemy następujące pismo:

Wieliczka d. 5 listopada, 1901.

Do Szanownej Redakcyi „Przeglądu lekarskiego" w Krakowie.

Upraszamy uprzejmie o łaskawe umieszczenie w łamach Szac. pisma, co następuje:

»Zwracamy uwagę p. t. Szan. Kolegów na konkurs rozpisany w »Nowej Reformie« z dnia 5 listopada na lekarza kasowego w Wieliczce i nadmieniamy, że rozpisanie tego konkursu nastąpiło wskutek nieporozumień z dotychczasowym lekarzem Kasy chorych Drem Spitzlem. Powodem tych nieporozumień były wygórowane żądania, w wysokim stopniu uwłaczające godności lekarza, jakie stawiał Zarząd tejże Kasy, według instrukcyi przesłanych dotychczasowemu lekarzowi. Koledzy miejscowi solidaryzują się zupełnie z Kol. Drem Spitzlem i uważają za stósowne, aby Koledzy, którzyby ewentualnie zamierzali ubiegać się o tę posadę, porozumieli się poprzednio z lekarzami w Wieliczce«.

Z prawdziwym szacunkiem

Dr. Stanisław Steiner c. k. fizyk salinarny.

Dr. Podobiński lekarz miejski.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Gliński okazał rzadki preparat anatomiczny; kol. prof. Rosner opisał szereg zajmujących i rzadkich przypadków z zakresu kazuistyki ginekologicznej. Odczyt kol. doc. Bochenka z powodu spóźnionej pory został odłożony do posiedzenia następnego. W dyskusyi nad odczytem kol. Rosnera zabierali głos koledzy: Jordan, Borzęcki, Kryński i Cercha.

* W Krakowie zawiązało się Towarzystwo dermatologiczne, którego celem jest »utrzymanie się na równi z dzisiejszym stanem dermatologii, przyczynianie się do jej postępu, zwłaszcza w kierunku praktycznym i obznajmianie zagranicy z polskiem piśmiennictwem w zakresie dermatologii«.

Pierwsze posiedzenie odbyło się w niedzielę; na niem wybrano urzędników Towarzystwa, mianowicie: prezesa (kol. prof. Reiss), wiceprezesa (kol. Dr. Schwarz), podskarbiego (kol. Dr. Boczar), dwóch sekretarzy (I-go kol. Dr. Żydłowicz i II-go kol. Dr. Pacyna). Po ukonstytuowaniu się odbyło się posiedzenie naukowe. Nowemu ognisku pracy naukowej życzymy pomyślnego rozwoju.

* W zestawieniu statystycznych dat frekwencyi na wydziałach lekarskich wszechnic austryackich wynika znaczne stopniowe obniżanie się liczby słuchaczów w ostatniem 10-leciu. W r. 1891 było zapisanych 5275; w r. 1892—5193; 1893—4985; 1894—4686; 1895—4297; 1896—3954; 1897—3604; 1898—3207; 1899—2793; 1900—2555.

* Jednomyślne żądania lekarzy szpitalnych w Wiedniu osiągnęły pożądany skutek: władza postanowiła uczynić tym uzasadnionym żądaniom zadość pod każdym względem, kosztem 122.000 koron rocznie.

* Miasto Frankfurt przekazało 500.000 Mk. prof. Ehrlichowi do użycia na badanie raka. Ehrlich wezwał do pomocy zoologa Weidenrucha.

* Komitet gospodarczy XIV-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie postanowił rozdzielić sekcyę otologii, rynologii i laryngologii na dwie sekcye: otologiczną i ryno-laryngologiczną.

* W budżecie państwa na rok 1902 preliminowano na Uniwersytet lwowski 954.096 koron, na krakowski 1,291.657 koron. W szczegółowym wykazie nie znajdujemy ani jednej nowej inwestycyi, żadnej oznaki rozwoju.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem anatomii opisowej w wojskowej akademii lekarskiej w Petersburgu mianowany został rodak nasz Dr. J. Szawłowski. Prof. Dr. Ksawery Gałęzowski wybrany został członkiem honorowym Akademii w Meksyku, w miejsce opróżnione przez śmierć Pasteura.

Nekrologia. Dnia 30-go października zakończył życie w Stryju Antoni Papieski, licząc lat 56. Urodził się r. 1844 w Seredźcach, gubernii Radomskiej, szkoły średnie odbył w Radomiu, a w roku 1863 wziął udział w walce narodowej pod generałem Czachowskim; raniony, dłuższy czas leczył się w Krzeszowicach. Odzyskawszy zdrowie udał się do Zurychu, gdzie się wpisał na wydział inżynieryi, po roku jednak przerzucił się na medycynę, którą studyował w Paryżu, a następnie w Krakowie, gdzie w r. 1876 otrzymał dyplom doktora wszechnauk lekarskich, uzyskał obywatelstwo austryackie i przeniósł się do Stryja na posadę lekarza kolejowego, którą piastował przez lat 25. Zaprawdę ciężka była praca na tem stanowisku, kiedy się zważy, że prócz objazdów po stacyach i budkach swojej sekcyi, miał w samym Stryju przeszło 300 rodzin robotników w warsztatach kolejowych, którym niósł opiekę lekarską. To też zbyt wcześnie sterał swe siły w tej ciężkiej pracy, nabawił się choroby płuc, nerek, stawów i po długich cierpieniach zakończył życie uczciwego człowieka, zasłużonego lekarza i obywatela. Lud roboczy otaczał szczególną opieką: za jego wstawieniem się umieszczono w warsztatach kolejowych znaczną liczbę pracowników, którzy przez wdzięczną pamięć tłumnie przybyli na smutny obrzęd pogrzebowy i na własnych barkach przenieśli zwłoki swego dobroczyńcy na dworzec w Stryju, zkąd przewieziono je do Krakowa, gdzie spoczęły w grobie rodzinnym.

Ś. p. Papieski należał do założycieli Towarzystwa zaliczkowego w Stryju i do śmierci piastował w niem urząd członka Rady nadzorczej. Był kolegą serdecznym, obywatelem bez skazy, dobrym synem tej ziemi, dla której pierś nastawiał, — niech mu ta ziemia będzie lekką. *Dr. Serkowski.*

Dr. Yanez y Font, prof. sądowej medycyny zmarł w Madrycie. Dr. Chievitz, prof. anatomii, zmarł w Kopenhadze. Dr. Jones, prof. okulistyki, zmarł w Chicago. Prof. Koenig, kierownik oddziału w instytucie fizyologicznym w Berlinie, zmarł, licząc lat 46.

Bibliografia:

Prace Sekcyi gruźliczej IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r. Dzieło to wyszło nakładem i staraniem lekarzy warszawskich pod redakcyą: prof. Baranowskiego, Dra Dunina, Dra Hewelke, Dra Łoguckiego, Dra Sokołowskiego i Dra E. Zielińskiego; zawiera 22 prac o gruźlicy ze stanowiska bakteryologicznego, statystycznego, klinicznego, leczniczego, zapobiegawczego i t. d. Całość stanowi całokształt wiedzy o gruźlicy w dobie dzisiejszej. Dla nas, lekarzy polskich, książka ta ma doniosłą wartość, ze względu na zebranie dat i wskazówek, dotyczących naszej rasy, przebywającej w mniej więcej zbliżonych warunkach, które, jak wiadomo, wywierają wielki wpływ na przebieg gruźlicy i statystykę śmiertelności z tej choroby. Dzieło, o którem piszemy, posiada niezaprzeczoną wartość i zasługuje na najwyższe uznanie dla nakładców i wydawców, którzy tak zacnie pojęli swe zadanie lekarzy-obywateli i tak wspaniale uświetnili Zjazd przeszłoroczny.

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Rubin: Przypadek »gastritidis toxicae« i zwężenia odźwiernika w następstwie zatrucia kwasem azotowym. Świętochowski: O wpływie alkoholu na krążenie krwi. (c. d.). Grudziński i Konwerski: Światło, jako środek leczniczy (dok.).

— *Medycyna* Nr. 44. Steinhaus: O nowotworach mięszanych ślinianek. Czaplicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr 44. Babák: Pojem biologie. Hüttel: Operativní léčení diphteritických stenos laryngu v prvém desítiletí české dětské kliniky.

— *La Presse médicale* Nr. 87. Rana postrzałowa prezydenta Mac-Kinleya. — Nr. 88. Hayem: Wrzód okrągły żołądka przeobrażony w wrzód rakowaty w okolicy odźwiernika.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Moro: Stosunek biologiczny między mlekiem a surowicą. Schmit: O nabłoniaku kosmówkowym pochwy obok zdrowej macicy. Friedjung: Niektóre uwagi nad nakłóciem lędźwiowem w gruźliczem zapaleniu błon mózgowych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Strauss: Przyczynek do badań nad czynnością wątroby. Michaelis: Przyczynek do teoryi barwienia tłuszczu. Lewin: O niektórych właściwościach biologicznych fenilohidrazyny. Schüder: O wydzielaniu prątków durowych moczem. Shiga: Badania nad nagminną czerwonką w Japonii, szczególnie ze względu na prątka czerwonki. (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 44. Trendelenburg: Wyleczenie wrodzonego rozszczepu pęcherza z utrzymywaniem moczu. Jordan: O powstawaniu guzów, gruźlicy i innych schorzeń narządów po zadziałaniu tępego urazu (wyłączając złamania, zwichnięcia, przepukliny i nerwice urazowe). Krönig: Zastosowanie w praktyce fabrycznie wyjałowionego materyału do szycia. Keil: Przypadek uporczywego kichania podczas ciąży. Klemm: Kilka uwag o swoistości bakteryj. Stern: Rama do unoszenia w złamaniach kości udowej u małych dzieci. Stich: Urobilina w płynie przesączynowym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Baumgarten: O działaniu i wpływie histologiczno-patologicznym prątka gruźlicy. Dührssen: Kolpoceliotomia przednioboczna, jako nowa pochwowa droga operacyjna w jamie brzusznej. Belzer: O leczeniu strumieniami gorącego powietrza metodą Freya. Placzek: Przyczynek do anatomii patologicznej rdzeniowego porażenia u dzieci.

Redakcya otrzymała: Franqué: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Fronczak: 1) Quackery: Several of its dangers and remedy for same. 2) Alcoholism. — A Crime or a Disease. Skrzywan: Naszi świedienija o tarabaganiej czumie. Dr. Heiman: Choroby narządu słuchowego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 13 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. doc. Bochenek mówić będzie „O drogach czuciowych rdzeniowych“; 2) kol. doc. Raczyński „O zakażeniu gruźliczem u dziecka“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 16 Listopada 1901. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do powstawania względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej *(insuf. tricuspidalis relativa)* przy zmianach w tętnicy głównej *(aorta)*.

Podał

Dr. Juliusz Marischler

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Mieliśmy więc przed sobą przypadek wady sercowej w okresie niewyrównania, za czem świadczyły: powiększona wątroba, sinica skóry i błon śluzowych, objawy nieżytu oskrzelowego. Zależało nam teraz na dokładnem określeniu siedziby tej wady i tła, na jakiem powstała. Na pierwszy rzut oka występowały silnie rozszerzone żyły szyjne, okazujące przytem tętnienie dodatnie, t. j. równoczesne ze skurczem komór. Tętnienie dodatnie żył szyjnych stwierdzamy tylko w dwóch przypadkach: przy niedomykalności zastawki trójdzielnej i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, gdy otwór owalny nie jest zasklepiony. Uwzględniając wybitne rozszerzenie serca w kierunku poprzecznym (komory prawej), najsilniejszy szmer nad komorą prawą, idący aż do pachy prawej, a dalej brak wzmożenia II tonu nad tętnicą płucną, musieliśmy przyjść do przekonania, że objawy te odpowiadają niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Reszta objawów była już łatwą do wytłómaczenia. Tętnienie wątroby, rozszerzenie żył i sinica były następstwem niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Dla dokładności muszę tu jeszcze na jeden szczegół zwrócić uwagę. Choremu zaraz w pierwszych dniach pobytu w klinice podano napar naparstnicy. Po pierwszych łyżkach chory prawdopodobnie z powodu bezwzględnego spokoju, jaki mu zalecono, czuł się lepiej. Tem większe było nasze zdziwienie, gdy na trzeci dzień zażywania naparstnicy zaczęły pojawiać się obrzęki na kończynach dolnych tak, że nie widząc wcale dodatniego wpływu naparstnicy musieliśmy ją odstawić. Przy wtórorzędnej (względnej) niedomykalności zastawki trójdzielnej podawanie naparstnicy sprowadza często poprawę, lub nawet ustąpienie wady, wskutek zmiejszenia się rozmiarów prawej komory. W naszym przypadku przeciwnie, przekrwienie bierne pod wpływem naparstnicy zwiększyło się jeszcze więcej.

Wszystkie te objawy tak przedmiotowe, jak podmiotowe nasuwały myśl, czy nie mamy w tym przypadku do czynienia z pierwotną niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Przeciw temu przypuszczeniu można było klinicznie zrobić tylko ten zarzut, że pierwotna niedomykalność zastawki trójdzielnej w życiu pozapłodowem należy do rzadkości.

Jeżeli już co do poprzedniego punktu mieliśmy poważne wątpliwości, to tem bardziej trudno nam było oceniać jej podstawę. Wahaliśmy się n. p. długi czas, czy nie mamy przypadkiem jakiejś zmiany kiłowej w śródsierdziu, lub w miąższu sercowym, ze zmianą następową na zastawce trójdzielnej.

Dalszy przebieg choroby nie przedstawiał żadnych szczegółów ciekawszych. W grudniu zaczął chory skarżyć się na nudności bez następowych wymiotów. Na kończynach dolnych pojawiły się obrzęki, a w styczniu można było wykazać mierną ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. W tym stanie chorego podano znowu napar naparstnicy, co jednak i teraz nie miało wcale dodatniego wpływu na stan obrzęków, lecz owszem, jak przedtem, wywołało ich powiększenie się. Podano więc choremu środek moczopędny w postaci diuretyny w ilości 4 grm. dziennie, przez co rzeczywiście obrzęki poczęły się zmniejszać.

Chory 4 lutego 1900 r. opuścił klinikę, a 21 marca 1900 zgłosił się powtórnie podając, że od czterech tygodni czuje się znowu gorzej, obrzęk na kończynach dolnych powiększył się znacznie, obrzęk brzucha zaczął się stale wzmagać. Uczucie duszności stało się teraz dolegliwsze.

Przy badaniu chorego w tym czasie można było stwierdzić pogorszenie w stanie narządów wewnętrznych. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego o nieco większem nasileniu; rozmiary serca wypukiem nieco większe w całości, gdyż granica na prawo sięgała do linii przymostkowej prawej, na lewo zaś do — sutkowej lewej. Przysłuch wykazywał nad koniuszkiem I ton obok skurczowego szmeru, II ton. Nad tętnicą główną słaby skurczowy szmer, II ton silniejszy. Nad płucną słaby skurczowy szmer, II ton słaby. Na dolnej części mostka i w dołku podsercowym silny skurczowy szmer.

Słaby skurczowy szmer, słyszalny nad tętnicą główną, okazywał cokolwiek inny charakter, aniżeli szmer główny nad podstawą serca; tętnice obwodowe, jak łokciowa, tętnią widocznie, skurczowego tonu jednak osłuchiwaniem nie można w nich wykazać. Tętno sprychowe słabo napięte, jednak pełne, regularne, fala dość wysoka. Żyły szyjne okazują te same objawy, jak poprzednio. Brzuch powiększony, okazuje objaw chełbotania. Wątroba twarda, macalna tylko przez balotowanie. Na kończynach dolnych znaczny obrzęk.

Wszystkie objawy, stwierdzone u naszego chorego, opisaliśmy już poprzednio. Pozostaje nam do omówienia jeszcze szmer skurczowy nad tętnicą główną, wprawdzie słaby, posiadający jednak odmienny charakter, aniżeli szmer nad prawą komorą. Nie mieliśmy żadnych danych do przyjęcia zwężenia ujścia tętniczego lewego, lub tętniaka, pozostawały więc tylko dwie możliwości: albo ten szmer jest udzielony,

albo też, wobec odmiennego charakteru, dość silnie zaakcentowanego II tonu nad tętnicą główną, a dalej wobec pokręconych i twardszych tętnic obwodowych, ma on swe źródło w zmianie miażdżycowej tętnicy głównej.

Leczenie rozpoczęliśmy od wypuszczenia płynu z jamy brzusznej zapomocą trójgrańca (wypuszczono 5 litrów). Chory potem uczuł znaczną ulgę. Na wewnątrz podano mu *tra strophanti* i *tra convallariae aa,* a jako środek moczopędny kalomel, później zaś diuretynę. Pomimo tego stan chorego tym razem nie poprawiał się tak, że z powodu znacznego spadku ciśnienia krwi trzeba było zastosować wstrzykiwania podskórne kamfory i kofeiny. I to przyniosło choremu tylko chwilową ulgę; duszność jednak i obrzęki powiększały się coraz bardziej, zaczęły występować wymioty czarne, fusowate, a 22 kwietnia nastąpiło zejście śmiertelne.

Rozpoznanie kliniczne było następujące: *Insufficientia valv. tricuspidalis primaria? atheroma aortae et arteriarum periphericarum, subs. hypertrophia cordis totius et dilatatione major. gradus cordis dextri, in stadio incompensationis, subs. hyperaemia passiva pulmonum, renum, lienis, tumor hepatis cyanoticus, ascites, anasarca. Concretiones pleurae dextrae et induratio apicis dextri.*

Co do rozpoznania pierwotnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, mieliśmy wątpliwości; chcieliśmy jednak w ten sposób zaznaczyć, że za życia chorego nie mieliśmy żadnych wskazówek przedmiotowych, by uznać zależność powstania względnej niedomykalności.

Rozpoznanie anatomiczne (Prosektor Dr. P. Kučera): *Atheroma aortae et arteriosclerosis universalis. Aneurysma partis ascendentis aortae circumscriptum, in truncum arteriae pulmonalis perforans. Hypertrophia et dilatatio cordis utriusque praec. dextri. Degeneratio myocardii adiposa. Induratio organorum. Pleuritis chronica fibrosa ambilateralis, praec. dextra, gastroenteritis catarrhalis chronica ex venostasi. Ascites, anasarca.*

Protokół sekcyjny wspomina dalej, że komora prawa jest znacznie powiększona, zastawki jej gładkie i cienkie, ujście zaś żylne prawe bardzo rozszerzone tak, że zastawka trójdzielna była niedomykalną. Ściana komory prawej i mięśnie beleczkowe znacznie zgrubiałe. Zastawki tętnicy głównej są nieco zgrubiałe, sztywne, jednak domykalne. Błona wewnętrzna tętnicy głównej, pokryta licznemi blaszkami, po części zwapniałemi. W części wstępującej, w kierunku do tętnicy płucnej, widać uchyłek wielkości jaja kurzego, o brzegach ostrych i ścianach, podobnie jak błona wewnętrzna tętnicy głównej, zmienionych. Uchyłek ten przylega do tętnicy płucnej, na której w tem miejscu widać brak ściany tętnicy płucnej na przestrzeni 3 ctm. w średnicy. Ściana uchyłku jest w dwóch miejscach przedziurawiona na wielkość ziarnka soczewicy, w kierunku do tętnicy płucnej. Wskutek ucisku tętniaka na tętnicę płucną powstało jej zwężenie.

Rozpoznanie anatomiczne wyjaśniło nam więc etyologię niedomykalności zastawki trójdzielnej w naszym przypadku. Za życia chorego nie mieliśmy i mieć nie mogliśmy wobec umiejscowienia i małych rozmiarów tętniaka żadnego objawu, wskazującego na obecność tętniaka tętnicy głównej tak, że na podstawie lekkiego skurczowego szmeru i dźwięcznego tonu nad tętnicą główną, jakoteż z pokręconych twardszych tętnic obwodowych, mieliśmy prawo rozpoznać jedynie miażdżycę tej tętnicy i naczyń obwodowych, a nie rozszerzenia workowatego tętnicy głównej.

Tak samo i zwężenie tętnicy płucnej wskutek wpuklenia się tętniaka do jej światła nie dawało żadnych objawów fizykalnych, — a wytłómaczenie tego podam niżej. Na pierwszy plan zaś w naszym przypadku występowała niedomykalność zastawki trójdzielnej, która niejako okazałością objawów przedmiotowych przyćmiewała resztę zmian w sercu u naszego chorego. Sekcya zaś wykazała nam, że mieliśmy do czynienia z względną niedomykalnością zastawki trójdzielnej, a nie jak mylnie przypuszczaliśmy — z pierwotną.

Mechanizm powstania tej zmiany byłby więc bardzo prosty. Wskutek ucisku tętniaka na tętnicę płucną i następowego jej zwężenia przyszło w pierwszej linii do przerostu prawej komory. Mięsień tej komory, nie mogąc jednak podołać zwiększonej pracy, musiał uledz rozszerzeniu, które doszło aż do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. W pierwszym więc okresie chorobowym, któregośmy nie mieli sposobności spostrzegać, mógł być słyszalny szmer skurczowy obok silnego zaakcentowania II tonu nad tętnicą płucną, wskutek wzmożonego ciśnienia krwi tuż ponad zastawkami; w drugim zaś okresie, t j. w czasie zgłoszenia się chorego do kliniki mieliśmy już osłabienie tego tonu, jako wynik spadku ciśnienia krwi w tętnicy płucnej. wskutek wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej, a także i brak wyraźnego szmeru skurczowego. Sekcya wytłómaczyła nam i inne objawy, z których za życia chorego nie mogliśmy sobie zdać jasno sprawy. Jak już wyżej zaznaczyłem, podanie naparstnicy nie miało w naszym przypadku wcale dodatniego wpływu na stan chorego, lecz przeciwnie, mogliśmy zauważyć pogorszenie się wszystkich objawów. Obok wzmożenia się duszności, zaczęły zwiększać się obrzęki, pomimo że ilość moczu na dobę z początku dość wzrastała. Sprzeczność ta wyjaśniła się teraz, gdyż wskutek podniesienia naparstnicą ciśnienia krwi w krążeniu dużem, a więc i w tętniaku, spowodowaliśmy jeszcze większe wpuklenie się tegoż do tętnicy płucnej, i co za tem idzie, powiększenie zwężenia tętnicy płucnej, a więc jeszcze większą pracę dla komory prawej już wyczerpanej, a ztąd wzmożenie się zastoju ogólnego i pogorszenie dopływu krwi do płuc.

Ucisk tętniaka na tętnicę płucną doprowadził w naszym przypadku do zaniku jej ściany zupełnie w ten sam sposób, jak wskutek ucisku tętniaka przychodzi do zaniku uciskowego żeber, kości, tchawicy i t. d. Na przestrzeni trzech ctm. w średnicy mieliśmy w tętnicy płucnej zupełny brak jej ściany, założony szczelnie ścianą tętniaka Dopiero pod koniec życia chorego przyszło do przedziurawienia ściany tętniaka w dwóch miejscach wielkości soczewicy, wskutek czego powstało dopiero wtenczas połączenie między światłem obydwóch wielkich naczyń tętniczych. Sprawa przebicia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej jest dość rzadką, gdyż podług statystyki Huchard'a[4]), który zebrał wszystkie przypadki przebicia tętniaków, ogłoszone od r. 1826 w „Bulletin de la société anatomique de Paris“, na 250 przypadków przebicia tętniaków do rozmaitych narządów, trzy powstały do tętnicy płucnej. W ostatnich czasach

---

[4]) H. Huchard: Traité clinique des maladies du coeur et de l'arote.

Hödlmoser[5]), mógł zebrać z piśmiennictwa 21 przypadków przebicia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej i sam ogłasza przypadek tego rodzaju z kliniki Schröttera. Wracając do naszego przypadku musimy się zapytać, czy podobne przebicie, jak w naszym przypadku, mogło dawać za życia pewne objawy fizykalne. Hödlmoser przypuszcza, że mogą one dać powód do powstania szmeru skurczowego na lewym brzegu mostka, w górnej jego części. Sam jednak przyznaje, że i w tętniaku samym mogłoby leżeć źródło takiego szmeru. W każdym razie przebicie tętniaka do tętnicy płucnej sprowadza znaczną duszność, i słusznem wydaje nam się zdanie Thurnama[6]), przytoczone przez Hucharda, że przechodzenie przez płuca mięszaniny krwi żylnej i tętniczej działa prawdopodobnie jako bodziec nieprawidłowy i drażniący narządy oddechowe, pociągając za sobą duszność, kaszel, wydzielinę oskrzelową zabarwioną krwią, a w następstwie ogniska zapalne w płucach. W końcu utlenianie krwi jest niedostateczne, gdyż w naczyniach płucnych tem mniej krwi żylnej ulega utlenieniu, im więcej dostaje się krwi tętniczej do tychże naczyń. Nie chcę rozstrzygać pytania, czy w naszym przypadku było znaczne przechodzenie krwi z tętniaka do tętnicy płucnej; sądzę jednak, że chyba nieznaczne, gdyż tętniak był wypełniony skrzepami, co dozwalało zaledwie na sączenie się krwi z jednego naczynia do drugiego.

Przeglądając piśmiennictwo, mogłem znaleźć opisane tylko dwa przypadki tętniaka tętnicy głównej, gdzie wskutek ucisku na tętnicę płucną przyszło do wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Pierwszy opisany przez Johnsona[7]), dotyczył chorego, u którego autor na podstawie silnego szmeru skurczowego w okolicy koniuszka przypuszczał obecność niedomykalności zastawki dwudzielnej, gdy tymczasem sekcya wykazała znaczne rozszerzenie ujścia żylnego prawego, znacznego stopnia przerost i rozstrzeń komory prawej. Tętnica płucna była w znacznym stopniu zwężona wskutek wpuklenia się do jej światła tętniaka tętnicy głównej.

Drugi tego rodzaju przypadek opisuje Rindfleisch i Obernier[8]), w którym to przypadku na podstawie wszystkich objawów klinicznych rozpoznano pierwotną niedomykalność zastawki trójdzielnej, a dopiero sekcya wykazała obecność małego tętniaka, uciskającego na tylną ścianę tętnicy płucnej i wpuklającego się do jej światła, podobnie, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Widzimy więc, że schorzenia tętnicy głównej mogą się odbić na sercu prawem, jużto, jeżeli zastawki tętnicy głównej są niedomykalne, przez wpuklenie się przegrody międzykomorowej do światła komory prawej, jużto przy tętniaku tak usadowionym, że przychodzi do ucisku tętnicy płucnej i wskutek tego do jej zwężenia. Tak w jednym jak i w drugim przypadku czynnik powstawania zmiany jest czysto mechaniczny. Analogię najlepiej nam uwidocznia złe działanie w tych razach naparstnicy, gdyż, wskutek podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu dużem, pomniejszamy tem bardziej, w tych przypadkach, albo rozmiary komory prawej, albo światło tętnicy płucnej.

[5]) C. Hödlmoser: Beitrag zur Symptomatologie der in die Pulmonalis perforirenden Aneurismen der Aorta ascendens. (Zeitschrift f. klin. Med. T. 42. 1901).

[6]) Przytocz. podług Hucharda *op. cit.*

[7]) Schmidt's Jahrbücher 1866.

[8]) Rindfleisch i Obernier: Deutsches Arch. f. klin. Med. B. 5, 1867.

II. Doniosłość praktyczna i naukowa mojego przyrządu przenośnego dla aseptyki operacyjnej

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

III. Trzecia grupa zarzutów, głównie podnoszona w dyskusyach prywatnych, brzmi jak następuje: Nowy sterylizator, chociażby teoretyczna jego wartość nie ulegała wątpliwości, nie znajdzie szerokiego zastosowania w praktyce ogółu lekarskiego, albowiem wątpliwą jest rzeczą, czy: 1) koszt kupienia sterylizatora, 2) kłopot nastawiania przyrządu do operacyi, oczekiwanie ukończenia się wyjałowienia, a wskutek tego 3) większa strata czasu, użytego do operacyi wogóle, wreszcie 4) zachód z utrzymaniem przyrządu w czystości, czy opłaci korzyść zwiększonej pewności aseptyki przy operacyi, zwłaszcza, iż i bez tego nowego przyrządu można sobie przy operacyach w prywatnym domu daleko praktyczniej i szybciej poradzić, stosując zamiast aseptyki metodę antyseptyczną, lub też antyseptyczno-aseptyczną, zwłaszcza, jeżeli uwzględnimy następujące okoliczności: 1) w domu prywatnym zazwyczaj niema tak wiele bakteryj chorobotwórczych, jak w klinikach i szpitalach, można więc spokojnie używać do operacyi takich naczyń gospodarczych, jak miednice, miski, talerze, salaterki, ręczniki, dalej wody przegotowanej w naczyniach kuchennych itd.; a jeżeli aseptykę, o ile ją można osiągnąć w domu prywatnym, połączymy z antyseptyką, to możemy z czystem sumieniem podejmować operacyę aseptyczną. 2) Dobre wyniki operacyi zależą od bardzo wielu czynników, częstokroć bliżej nam nieznanych, między którymi odgrywa niewątpliwie znaczną rolę aseptyczność wykonania operacyi, jak to udowadnia statystyka, ale czynnik ten jest poprostu przeceniony, gdyż codzienne doświadczenie poucza, że wiele operacyi, wykonanych bez żadnej anty—lub aseptyki, przecież się udaje. Wynik operacyi zależy znacznie więcej od osobistej wprawy i biegłości operatora, od przypadku chorobowego, odporności ustroju operowanego na zakażenie i na stratę krwi, od większej lub mniejszej siły życiowej ustroju, samoregulującej błędy lekarza przy wadliwem wykonaniu operacyi, dalej od troskliwego leczenia następowego po operacyi, a wreszcie od przypadku, czyli t. zw. szczęśliwej ręki lekarza. 3) W praktyce prywatnej wykonuje się operacye mniejsze; cięższe zaś, wymagające ściślejszej aseptyki, odsyła się do szpitala. Jeżeli dom jest majętny, telegrafuje się po specyalistę, a ten zjeżdża na miejsce z całym taborem przyrządów, narzędzi i całą świtą asystentów, po prostu przenosi klinikę i aseptykę do domu prywatnego. Jeżeli zaś nieszczęście trafi biedaka na głębokiej prowincyi, gdzie asystentów niema, do szpitala zaś za daleko tak, że lekarz z konieczności musi sam stawić czoło trudnościom, to wykonując ciężką operacyę sam bez asystencyi, ratując, jednocześnie ryzykuje życie ludzkie tak, że w razie złego wyniku operacyi z pewnością aseptyczność większa lub mniejsza operacyi odgrywa podrzędną rolę.

Powyższe uwagi, wiernie przezemnie z rozpraw pomiędzy lekarzami zebrane i przedstawione, nie mogą, powiedzmy z góry, ostać się wobec dzisiejszego stanu nauki lekarskiej. Nie mogę poprzestać na samem udowodnieniu, że przy pomocy mego przyrządu można zadość uczynić wszystkim warunkom, niezbędnym do wykonania operacyi aseptycznie w domu prywatnym, ale owszem, muszę wykazać: 1) że wykonanie antyseptyczne operacyi wobec dzisiejszego stanowiska nauki, nie jest tak pewne, jak aseptyczne, ze względu na możliwe choroby przyranne; 2) że zaimprowizowanie operacyi aseptycznej w domu prywatnym, bez pomocy mego przyrządu, napotyka na trudności nie do zwalczenia; 3) że rozporządzając nawet jednym z sterylizatorów dotychczasowych systemów przenośnych dla lekarza praktyka, trudno jest w domu prywatnym wykonać aseptycznie operacyę, a stosując nawet metodę antyseptyczno-aseptyczną, tracimy na przygotowania do operacyi więcej czasu, niż gdyby się miało do pomocy mój przyrząd.

ad 1). Czy antyseptyka może zastąpić aseptykę? Pomijam działanie szkodliwe rozczynów antyseptycznych na ustrój operowanego, jak możliwe zatrucie, szkodliwe działanie na nerki przetworów karbolowych, podrażnienie rany, a wskutek tego silniejsza wydzielina z rany, utrudniająca gojenie, trudniejsze tworzenie się blizn; natomiast pragnę rozpatrzeć czy antyseptyka może zastąpić aseptykę w odkażaniu narzędzi, opatrunków, pola operacyjnego, rąk lekarza i płynów, użytych do spłókiwania rany. Co się tyczy odkażenia narzędzi zapomocą antyseptyków, to ku temu celowi używa się takich przetworów, które nie wchodzą z związek chemiczny ze stalą. Do takich substancyj należą najczęściej używane: karbol, kreolina Artmana lub Pearsona, lysol. Praktycznie rzecz biorąc, zapytajmy się, jak długo muszą leżeć narzędzia w 5% rozczynie przytoczonych substancyj, aby można było być pewnym ich aseptyczności? Pamiętać musimy o fakcie, że jeżeli gdzie, to na narzędziach lekarskich, używanych latami, możemy się łatwo spotkać z zarodnikami bakteryj i ich formami trwałemi. Jeżeli weźmiemy pod uwagę zarodniki karbunkułu, to 5%-wy karbol zabija je w 7—8 dni w ciepłocie pokojowej, a w ciepłocie 37° C. — w 3 godziny. Kreolina Artmana (5%) wogóle nie zabija ich, a Pearsona dopiero po 10-u dniach, lysol dopiero po 20 dniach. Co się tyczy bakteryj ropnych, których jest ogromna ilość gatunków, o różnej oporności na działanie zabójcze antyseptyków, to np. na *bac. pyocyaneus* 5%-wy karbol nie działa zabójczo nawet po godzinie; tak samo kreolina Pearsona i lysol; na gronkowce 5%-wy karbol działa w 3—5 minut, kreolina Pearsona potrzebuje 50—60 minut, podobnie lysol. Z tego wynika, że gdybyśmy nawet kilka godzin pozostawili narzędzia w 5%-wym karbolu, to bezwarunkowo nie będziemy tak pewni ich odkażenia, jak przy 5-o minutowem gotowaniu ich w 1%-wym rozczynie sody, lub 9-o minutowem gotowaniu w zwykłej wodzie. Antyseptyka dla odkażania narzędzi już się przeżyła. Co się tyczy opatrunków, to z suchej gazy jodoformowej lub airolowej, wystawionej na powietrze, wyhodowało kilku autorów gronkowce i paciorkowce. Wykazano nawet, że bakterye te można w proszku jodoformowym przechować tygodniami. Gazę jodoformową trzeba więc przed użyciem wyjałowić, podobnie jak i sam jodoform, oraz mięszankę jodoformową. Nie można więc w aseptycznej operacyi używać z całym spokojem zamiast gazy wyjałowionej w parze t. zw. gaz antyseptycznych. Nie wyliczam tu innych motywów, które dają przewagę opatrunkowi aseptycznemu nad antyseptycznym. Jeżeli fabryczne gazy antyseptyczne nie są pewne co do swojej zawartości bakteryj chorobotwórczych, jeżeli długo leżą w składach aptecznych, lub też, jeżeli już uległy rozpakowaniu, to tem bardziej nie mogą być pewne t. zw. gazy aseptyczne i inne środki opatrunkowe. Chcąc być pewnym aseptyki, musimy bezpośrednio przed użyciem wyjałowić nawet gazy antyseptyczne.

Co się tyczy płynów, służących do irygacyi rany, to rozczyny przetworów antyseptycznych w wodzie nie wyjałowionej również nie mogą być pewnymi co do braku zarazków. Nauka podaje, że 5%-wy karbol dopiero po 5-ciu dniach jest naprawdę aseptyczny, a 1%-wy rozczyn sublimatu — dopiero po 24-ch godzinach. Rozczyny więc przetworów antyseptycznych, robione na poczekaniu, wcale nie są aseptyczne. Chcąc być pewnym aseptyczności rozczynu antyseptycznego, należy wodę przegotować i dopiero w takiej wodzie przetwór antyseptyczny rozpuszczać; inaczej łatwo dojdziemy do paradoksalnego wniosku, że takim lekiem antyseptycznym można ranę czystą zakazić.

Co się tyczy mycia rąk i pola operacyjnego, to przekonaliśmy się, że główną rolę w odkażeniu odgrywa tu staranne oczyszczenie mechaniczne, a podrzędną — działanie antyseptyczne sublimatu lub karbolu. A czyż można obmyć aseptycznie ręce wodą nie aseptyczną?

Czy zatem odmówimy antyseptyce wszelkiego znaczenia dla medycyny operacyjnej? A czyż antyseptyka nie zmieniła doraźnie statystyki operacyjnej na lepsze?

Owszem: obecnie traktujemy antyseptycznie wszystkie rany zakażone, oraz wszystkie choroby przyranne, jak ropienia itd. z dobrym skutkiem. Działanie lecznicze rozczynów antyseptycznych i takich proszków, jak jodoform, airol itd., nie tyle polega na ich sile bakteryobójczej, ile raczej na działaniu, powstrzymującem rozwój bakteryj i zmiejszającem ich jadowitość. Dziś rozumiemy, że w czasach antyseptycznych wobec wadliwego odkażania narzędzi, rąk, opatrunków, pola operacyjnego, każdą ranę, nawet czystą (np. po wyłuszczeniu guzów), należałoby uważać na zakażoną. Rozumiemy teraz, że antyseptyczne wykonanie operacyi i antyseptyczny opatrunek były na miejscu, bo poprostu z góry niejako leczyło się ewentualnie nastąpić mające powikłanie przyranne. Nic dziwnego też, jeżeli po takiem zapobiegawczem leczeniu możliwego powikłania przyrannego efekt gojenia się był lepszy, niż w czasach przedantyseptycznych, gdzie z reguły po operacyi występowała choroba przyranna.

Ale obecnie, gdy wiemy, jak wykonać warunki aseptyczności przy operacyi, możemy po operacyi czystej uważać ranę za czystą — i traktowanie takiej rany czystej antyseptycznie za nieuzasadnione. Aseptyka w zakładach już dawno wyrugowała antyseptykę przy wykonywaniu operacyj czystych. W praktyce prywatnej jednak operuje się jak przed laty 30-tu, t. j. antyseptycznie, narażając chorych na wszystkie niedogodności i szkodliwości antyseptyki. Dlaczego? Bo antyseptyczne wykonanie operacyi wymaga bardzo mało zachodów. Wystarczy kazać sobie podać 3 miski, w jednej rozpuścić sublimat, w drugiej karbol, lub kreolinę — i włożyć do niej z torby narzędzia, a w trzeciej kazać przygotować letniej wody na umycie rąk. Prócz tego jeden lub

dwa talerze na waciki — i sprawa z przygotowaniami załatwiona. Że takie doraźne przygotowanie rozczynów antyseptycznych z wody nie wyjałowionej, w naczyniach gospodarczych nie wyjałowionych i użycie ich w celu odkażenia narzędzi, rąk, pola operacyjnego itd. nie odpowiada wymaganiom naukowym, że co najwyżej niektóre gatunki bakteryj ropnych mogą uledz częściowemu zabiciu na przedmiotach, stykających się z raną, jest jasnem dla każdego, kto choćby tylko z grubsza zapoznał się z wynikami bakteryologii. Dlaczegoż toleruje się to, powiedziałbym karygodne lekceważenie życia i zdrowia ludzkiego? Na to pytanie, wkraczające w zakres etyki lekarskiej, znajdziemy odpowiedź w ustępie, streszczającym zarzuty praktyczne (pod 1, 2 i 3).

Chcąc wykazać wątłe podstawy tych uwag praktycznych, będących kanonem wiary lekarzy, którzy nie odebrali w dawniejszej szkole klinicznej wychowania aseptycznego i nie zrośli się z aseptyką, musiałbym obecnie rozważyć szczegółowo następujące 3 pytania: 1. czy dom prywatny wogóle, a naczynia gospodarcze i wodę nieprzegotowaną ze studzien w szczególności, można uważać za pozbawione bakteryj chorobotwórczych takich, jak np. tężcowe, ropne, gnilne, bakterye róży, *b. colli commune* itd ? 2. czy można dzielić operacye ze względu na stosowanie ścisłej lub mniej ścisłej aseptyki na lżejsze i cięższe? czy lekarz wolnopraktykujący wykonuje tylko operacye lżejsze, czy też i cięższe, tj. takie, które w razie zawikłań przyrannych grożą osobnikowi śmiercią? 3. komu pozwoliłbym siebie lub kogoś z mojej rodziny operować, czy najlepszemu specyaliście z czasów przedantyseptycznych, któryby rozporządzał idealną techniką, ale któryby przy operacyi zapoznawał zupełnie aseptykę, czy też przeciętnemu operatorowi z przeciętną techniką, któryby atoli był co do aseptyki pedantem.

Powyższe zagadnienia nauka rozstrzygnęła dawno i wcale nie mam zamiaru powtarzać tu rzeczy znanych. Że operacye bardzo często udają się, wykonane nawet z problematyczną antyseptyką, tj., że pacyenci lub pacyentki nie giną, lecz żyją, bynajmniej to nie dowodzi, iż metoda ta jest wystarczającą, raczej stwierdza, że siły samoobrony ustroju bywają zdumiewająco wielkie. Toć i w czasach przedantyseptycznych nie każdy operowany umierał na posocznicę, a nie przeczę, że lepsza zawsze antyseptyka, choć taka, niż żadna.

Jeżeli jednak, dzięki niestrudzonym badaczom, wiemy, że antyseptyka, jako taka, choćby wykonana przy pomocy aseptycznych przetworów antyseptycznych, nie może się mierzyć co do pewności dla zdrowia operowanych z aseptyką, to względy wygody i wszelkich ułatwień muszą ustąpić — obowiązkowi o p e r o w a n i a a s e p t y c z n e g o.

Czy bez przyrządu wyjaławiającego można w prywatnym domu wykonać operacyę aseptycznie? a) Narzędzia można włożyć do płaskiego naczynia z wodą, n. p. brytwany, dosypać sody kuchennej — i zagotować. b) Co się tyczy opatrunków, to można posługiwać się fabrycznymi pakietami wyjałowionymi, ale otwierać je należy dopiero bezpośrednio przed użyciem rękami i narzędziami aseptycznemi. Oczywiście aseptyczności ich musimy ufać na słowo fabrykanta. Jeżeli zaś aseptyczności opatrunków nie ufamy, to możemy w braku sterylizatora parowego wygotować gazę opatrunkową, a następnie przed użyciem wysuszyć. Z watą taksamo postąpić nie można, raczej już z wacikami. c) Wodę do mycia rąk i pola operacyjnego, oraz dla przyrządzenia płynów irygacyjnych, możemy w dużem naczyniu przykrytem nakrywką zagotować i następnie wystudzić. d) Również wygotować możemy w sodzie szczotki, pilniczki. e) Miski, talerze itd., służące do pomieszczenia narzędzi, mycia rąk, na waciki, możemy wymyć mydłem i szczotką aseptyczną, spłókać wodą aseptyczną, następnie wymyć wyskokiem, eterem i zdesinfekcyonować gorącym stężonym sublimatem, lub karbolem. f) Irygator wraz z cewką gutaperkową i kanką szklaną możemy wygotować w większem naczyniu.

Przypuśćmy, że wszystko to jesteśmy w stanie wykonać: czy będziemy już pewni aseptyki? Co się tyczy narzędzi, wody, szczotek, lejka, hegara z cewką i kanką, oraz wygotowanej gazy opatrunkowej, wacików — tak; mniej już co do takich naczyń, jak miski, talerze; a co się tyczy waty — zupełnie nie. Jest to już bardzo dużo, prawie że ideał osiągnięty. Mając do rozporządzenia dużo wody aseptycznej, można ją na miednicy kilkakrotnie w czasie mycia rąk zmienić, a więc można wyjałowić je wcale dokładnie, jakkolwiek nie z taką pewnością, jak przy pomocy umywalni aseptycznej. Mając wygotowany irygator z wodą aseptyczną, możemy dokładnie odkażać pole operacyjne.

Gdy więc już posiadamy narzędzia, ręce i pole operacyjne wyjałowione, oraz gazę wygotowaną, możemy przedsięwziąć operacyę aseptyczną, bo tylko wacie nie możemy zupełnie ufać, o co atoli mniejsza, bo ona nie przylega i tak bezpośrednio do rany. Tak się sprawa przedstawia teoretycznie. Weźmy ją atoli ze stanowiska praktyki. Wyobraźmy sobie najkorzystniejszy przypadek, a zatem: dom prywatny względnie zamożny, gdzie służby i naczyń kuchennych jest podostatkiem; na kuchni pali się ogień, a w dużych naczyniach już przygotowano do operacyi wiele wody ciepłej. Przypuśćmy, że lekarz zamierza operować aseptycznie. Wygotowanie narzędzi, wacików, gazy, szczotek, pilniczka itd. jest dziełem jednej chwili, lecz — ile czasu trzeba czekać, zanim narzędzia i płyny, mające być użyte do operacyi, wystygną same przez się do tego stopnia, aby były możliwe do użytku? sądzimy, że co najmniej 2 godziny. Nie dziwię się, że lekarz z najlepszymi zamiarami, znudziwszy się tak długiem czekaniem, każe poprostu podolewać zimnej wody z konewki do przedmiotów wygotowanych — i, pomimo że miał najlepsze zamiary operować aseptycznie operuje antyseptycznie.

Cóż dopiero mówić o przypadkach, gdzie szybkie przystąpienie do operacyi jest konieczne, np. w większości przypadków położniczych, zwłaszcza gdy wezwani jesteśmy do domu ubogiego, w nocy, gdzie trzeba dopiero w piecu ogień rozpalać, wyszukać odpowiednie naczynia kuchenne, przyczem gospodyni zaklina, żeby jej naczyń gospodarczych nie zanieczyszczać itd. itd. Wobec piętrzących się na każdym kroku trudności, lekarz z góry wyrzeka się aseptyki, boby nawet za pół dnia do operacyi nie przystąpił.

Nie wiele wygodniej operuje się przy pomocy podręcznych sterylizatorów przenośnych, umożliwiających na poczekaniu wygotowanie narzędzi i wyjałowienie opatrunków. Przyrządy te najrozmaitszych systemów mają wiele wad. I tak, narzędzia po wygotowaniu muszą dłuższy czas stygnąć; opatrunki wyjaławia się na mokro, co szczególnie dla waty jest niepożądane, albowiem ta w większości przypadków poprostu staje się po wyjałowieniu niezdatną do

użytku, a wreszcie, co najważniejsze, nie spełniają steralizatory wszystkich warunków, koniecznych dla przeprowadzenia operacyi aseptycznej przez to, że obmycie aseptyczne rąk i pola operacyjnego trzeba w domu prywatnym dopiero improwizować, co znów pociąga za sobą ogromną stratę czasu dla lekarza. Dlatego też ze względu na potrzebę oszczędzenia czasu dla lekarza praktycznego, operuje się metodą mięszaną: aseptyczną — ze względu na narzędzia i patrunki, antyseptyczną — ze względu na oczyszczenie rąk, pola operacyjnego i irygacyi rany. Że ze stanowiska aseptyki operacyjnej nawet ta metoda mięszana nie jest racyonalną, rozumie się samo przez się. Przy pomocy zaś mego przyrządu można operować nietylko aseptycznie, ale ze znacznem oszczędzeniem czasu.

Jak szybko można przystąpić do operacyi, posługując się moim przyrządem? Wyobraźmy sobie najniekorzystniejsze warunki w domu pacyenta, np. mieszkanie stróża w kamienicy, przypadek położniczy, brak wszelkiej asystencyi umiejętnej, wreszcie brak ognia na kuchni, pora północna. Po przybyciu do chorej następują wywiady, badanie zewnętrzne, rozpakowanie przyrządu, wydobycie wyjałowionej 10% waseliny karbolowej i pastylek sublimatowych; dalej, dokładne obmycie rąk zwykłą wodą, sublimatem, mydłem, posmarowanie palca wyjałowioną waseliną karbolową, zbadanie wewnętrzne palcem, rozważenie wskazań do operacyi — wszystko to trwa mniejwięcej kwadrans. Dajmy na to, że mamy wskazanie jak najspieszniej założyć kleszcze z powodu objawów omdlenia płodu i zupełnego braku bolów.

Choćby w najuboższem mieszkaniu znajdzie się stolik, z którego należy usunąć wszystkie rzeczy. Przyrząd ustawiam na stelarzu w środku stołu w ten sposób, że wyloty kurka występują przed krawędź stołu. Zakładam kurek. Do przyrządu nalewam z konewki 3 litry czystej wody studziennej — i daję 30 grm. sody. Nalewam wyskoku do lampy, którą zapalam i ustawiam w środku pod przyrządem: na tę czynność przygotowawczą potrzeba 5 minut czasu.

Nim woda zagotuje się, minie 20 minut: czas ten wyzyskuję w sposób następujący: do sita na narzędzia wkładam kleszcze i wszystkie przyrządy do szycia, oraz nożyczki do nacięcia ujścia pochwy *(episiotomia)* i szczotki do mycia rąk; do górnego zaś sita 2 metry gazy jodoformowej lub gazy białej i waty 50 gramów na waciki, cewę gutaperkową z kanką szklaną do irygatora, nożyczki do paznogci i pilniczek, wreszcie słoik z waseliną karbolową. Poczem sita wkładam do przyrządu i nakładam pokrywę. Równocześnie każę przygotować jedną konewkę z zimną woda i ustawiam ją koło przyrządu. Pod kurki przysuwam stołek, na którym stawiam miednicę lub miskę gospodarczą. Załatwiwszy te czynności, każę przyrządzić łóżko poprzeczne i odpowiednio układam chorą na czystem prześcieradle. Z naczyń gospodarczych używam tylko 2 głębokie talerze na rozczyn sublimatu: 1-y na waciki, 2-i dla desinfekcyi rąk.

Zwykle na załatwienie tych czynności zejdzie $1/2$ godziny. Przebieg wyjałowienia o tyle kontroluję, że chwilę wydobywania się pary z przyrządu zapamiętam na zegarku — i po 10 minutach wyjaławiania usuwam lampę z pod przyrządu i gaszę ją. Następnie zakładam obie cewki gutaperkowe do końców wężownicy, jeden z nich wkładam do konewki z zimną wodą, drugi zaś biorę w usta, ssę cokolwiek i obniżam koniec do miednicy. Po chwili woda zaczyna przepływać przez wężownicę, chłodząc wnętrze przyrządu. Woda gorącą, zebraną w miednicy po przejściu przez chłodnicę, umywam skrupulatnie ręce, a po odlaniu zużytej i po nalaniu się z wężownicy świeżej wody ciepłej, myję nią i mydłem pole operacyjne, tj., jak w tym przypadku srom. Zwykle, zanim te 2 manipulacye ukończę, już woda z konewki całkowicie wypłynęła i przyrząd jest chłodny. Teraz zdejmuję pokrywę, wkładam do niej sito z narzędziami, zaś sito z opatrunkami ustawiam obok, poczem przystępuję do wyjałowienia rąk i pola operacyjnego, rozpuszczam sublimat na talerzach, oczyściwszy je uprzednio wodą z przyrządu, mydłem, eterem, zapomocą wacików, maczanych w płynie z przyrządu. Uskuteczniwszy tę czynność, przystępuję do operacyi.

Ilość więc czasu, użytego do przygotowań, przedstawia się jak następuje: 20 minut na 1-sze badanie i nastawianie przyrządu; 20 minut na zagotowanie wody; 10 minut na wyjałowienie; 5—6 minut na chłodzenie, a 15 minut na wyjałowienie rąk i pola operacyjnego. Razem 70 minut.

O ile króciej trwa operacya antyseptyczna? 15 minut 1-sze badanie i wyszukanie odpowiednich naczyń gospodarczych, 10 minut przyrządzanie rozczynów antyseptycznych, ułożenie odpowiednich narzędzi i przyrządzanie wacików, 5 minut pomaganie przy ułożeniu chorej, 20 minut mycie rąk i pola operacyjnego, razem 50 minut; zysk 20 minut. Zysk ten redukuje się do znacznie mniejszej liczby minut, skoro zastaniemy w domu na kuchni gorącą wodę, którą nalewamy do przyrządu. Jeżeli zachodzi ta szczęśliwa okoliczność, możemy do przyrządu nalać nie 3, ale 5 litrów wody gorącej, a wtedy przy myciu rąk i pola operacyjnego nie potrzebujemy się oszczędzać. Chłodzenie przyspieszyć możemy przez zdjęcie po wyjałowieniu pokrywy i przez mięszanie płynu zapomocą podnoszenia wyjmowalnej chłodnicy wraz z umieszczonem na niej sitem z narzędziami.

Możliwa strata czasu 20 minut nie odgrywa u lekarza wielkiej roli: lecz czy ma ona znaczenie dla chorej, czy chorego.

Przypadki chirurgiczne i położnicze są albo nagłe, t. j. takie, w których każda minuta dla chorego jest drogą i grozi utratą życia, albo też nie są nagłe. Do przypadków nagłych należą wyłącznie krwotoki—i to krwotoki znaczne, jak np. po przecięciu grubszej tętnicy, lub krwotoki poporodowe, a wyjątkowo i w czasie ronienia. W takich razach, gdzie życie chorego, jak się mówi, wisi na włosku, byłoby rzeczą bezpodstawną bawić się w aseptykę, lub antyseptykę. Wskazanie życiowe rozgrzesza nas w zaniechaniu przepisów anty- lub aseptycznego operowania. We wszelkich atoli innych przypadkach położniczych i chirurgicznych 20 minut nie robi różnicy dla zdrowia chorego czy chorej, a lekarz wykonując aseptycznie operacyę ma czyste sumienie, że należycie i umiejętnie wypełnił swój obowiązek.

Zbierając krótko odpowiedź na zarzut 3-i, sądzę, że lekarz wobec dzisiejszego stanowiska nauki jest obowiązany do operowania aseptycznego, albowiem zaimprowizowana operacya antyseptyczna przy pomocy płynów i naczyń nie wyjałowionych nie wiele odbiega, co do pewności zapobiegawczej chorobom przyrannym, od operacyj, wykonywanych w czasach przedantyseptycznych. Bez pomocy mego przyrządu przygotowanie w domu prywatnym warunków dla operacyi aseptycznej, posiadając nawet jeden z dotychczasowych sterylizatorów, jest nadzwyczaj kłopotliwe, trwa nie-

słychanie długo, co może mieć znaczenie nie tylko dla samej cierpliwości lekarza, lecz przedewszystkiem dla sprężystego ratowania chorych, zwłaszcza w położnictwie. Przygotowania do operacyi aseptycznej przy pomocy mego przyrządu trwają najwyżej i to w najgorszym razie 20 minut więcej, aniżeli przygotowania do zaimprowizowanej operacyi antyseptycznej. A strata czasu 20-tu minut dla lekarza i dla chorych jest bez znaczenia, wyjąwszy nagłe przypadki krwotoków, gdzie i antyseptyki zastosować nie można.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Podał
Dr. Czesław Waligórski,
lekarz okręgowy w Rożniatowie.

I. *J. D.*, gospodarz ze Strutyna Niżnego, zgłosił się do mnie w marcu z 7-letnim swym synem, u którego stwierdziłem zmiażdżenie I i II falangi palca wskazującego ręki prawej. Ponieważ rana była w najwyższym stopniu zanieczyszczona, a pacyent gorączkował, zaproponowałem wyłuszczenie palca, na które ojciec chorego chętnie się zgodził. Po dokonanej operacyi poleciłem ojcu pacyenta, by go po trzech dniach do mnie znowu przyprowadził w celu zmiany opatrunku. Gdy jednak trzeciego dnia pacyent nie przybył, zaciekawiony jego losem odszukałem go dopiero dnia 8-go i wtedy ku memu oburzeniu zastałem mój pierwotny opatrunek usunięty, a na jego miejsce założony opatrunek... z łajniaka krowiego. Jakież jednak było moje zdziwienie, kiedy po mozolnem oczyszczeniu zmuszony byłem wziąść pensetę i nożyczki, w celu usunięcia szwów z blizny po najidealniejszym rychłozroście. Przypadek opisany dosadnie ilustruje zacofane u nas stosunki, wśród których lekarz w głuszy wiejskiej ma wykonywać swój zawód, a jednocześnie jest on ciekawy i z tego względu, że pomimo zetknięcia rany z tak nieczystemi substancyami do ropienia nie przyszło.

II. Dnia 4-go kwietnia zostałem wezwany do *E. F.*, żony pomocnika młynarskiego w Rożniatowie, w celu usunięcia popłodu, zatrzymanego po poronieniu w piątym miesiącu ciąży, które wystąpiło dwa dni przedtem, a więc 2-go kwietnia. Pacyentkę zastałem siedzącą w łóżku, nie uskarżającą się na żadne dolegliwości; tętno, ciepłota ciała były prawidłowe; — ujście zewnętrzne drożne tylko dla końca palca wskazującego, macica wielkości pomarańczy. Ponieważ krwotoku nie było, stan pacyentki był bardzo dobry, a ujście zewnętrzne drożne tylko dla końca palca, postanowiłem zachować się wyczekująco, a otoczeniu chorej zaleciłem, by mnie wezwano natychmiast, gdyby wystąpiło znaczniejsze krwawienie, lub stan chorej budził jakiekolwiek obawy. Dopiero dnia 30 maja, a więc w 9 tygodni później, zostałem wezwany do chorej z powodu nagłego krwotoku. Po przybyciu znalazłem chorą bardzo bladą, tętno było nikłe, krwotok bardzo znaczny, ujście zewnętrzne rozwarte na tyle, iż dwa palce łatwo wprowadzić było można; wszedłszy tędy nimi do jamy macicy, odkleiłem silnie przyrosłe łożysko wielkości małej pięści. Chora nie gorączkowała wcale, a 8-go dnia po dokonanym zabiegu opuściła łóżko

III. *A. M.*, gospodarz z Nowicy, zgłosił się do mnie z oznajmieniem, że przed dwoma miesiącami spadłszy ze strychu na słomę uczuł nagle silny ból w prąciu, mocz oddawał z początku krwawy i z wielkim bólem, a mniejwięcej od doby już wcale go oddać nie może. Badaniem zewnętrznem żadnych zmian wykryć nie mogłem; zauważyłem tylko niezwykle szeroki, bo drożny dla końca małego otwór zewnętrzny cewki moczowej. Chcąc ulżyć pacyentowi przynajmniej chwilowo, postanowiłem wypuścić zatrzymany mocz. Przy wprowadzaniu cewnika metalowego zauważyłem mniejwięcej w połowie cewki moczowej mierny opór, który jednak szybko ustąpił, — poczem wypuściłem około dwóch litrów moczu, który był z samego początku lekko krwią zabarwiony. Jakież jednak było moje zdziwienie, kiedy chcąc wyjąć cewnik natrafiłem w tylnej części cewki moczowej na tak znaczny opór, iż wyjęcie, zwłaszcza z powodu bólu, jakiego doznawał chory, było niemożliwe. Po długich dopiero próbach udało mi się nareszcie cewnik wyjąć i teraz natychmiast zagadka wyjaśniła się. W cewniku tkwiło źdźbło słomy, a z okienka cewnika wystawał rozłupany jej kawałek, który to odszczep, pierwotnie ku górze zwrócony, opierał się o błonę śluzową cewki i nie pozwalał na wyjęcie cewnika; po kilkunastu dopiero pociągnięciach, skutkiem zwiotczenia, zwrócił się ku dołowi, a wtedy i cewnik bez trudności dał się usunąć, wydobywając równocześnie i ciało obce z cewki moczowej, o którego obecności tamże nawet nie wiedziałem.

IV. *B. S.* z Rożniatowa, lat 20 licząca, silnie zbudowana, pierworódka, urodziła dnia 12 września b. r. w południe dziecko płci męskiej (długość ciała 49 ctm., obwód główki 34 ctm., obwód klatki piersiowej 34 ctm., waga ciała 3·5 klgr.). Ponieważ obecna przy tem położna stwierdziła poród bliźniaczy, a czynność porodowa zbyt się przeciągała, zostałem wezwany o godzinie 7-mej wieczór, w celu udzielenia pomocy. Zastałem główkę drugiego płodu ustaloną z wytworzonem dość znacznem przedgłowiem, bóle porodowe rzadkie i bardzo leniwe. Założyłem kleszcze i po pięciu kwandransach wyjąłem dziecko płci męzkiej (dł. c. 49 ctm. ob. gł. 34·5 ctm., ob. kl. p. 34 ctm. w. c. 3·6 klgr.), omdlałe, które po kilku oddechach umarło. Po urodzeniu się dziecka drugiego wystąpił dość znaczny krwotok; wprowadziłem więc rękę, by łożysko usunąć, i wtedy natrafiłem na ustalającą się główkę płodu trzeciego. Po ustaleniu się główki krwotok ustał; gdy jednak po upływie $^1/_2$ godziny czynność porodowa nie postąpiła, a rodząca bardzo już była wyczerpaną, ukończyłem poród kleszczami, wyjmując dziecko trzecie płci męzkiej (dł. c. 47·5, obw, gł. 33·5, obw. kl. p. 33 ctm., waga ciała 3·2 klgr.). Łożysko również ręcznie usunąć musiałem. Pozostałe dwa noworodki i położnica mają się bardzo dobrze.

IV Wyciągi.

Loeffler. **Nowy sposób leczenia raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1901, Z. 42). Na ostatnim Zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Hamburgu podał Loeffler z Gryfii śmiałą myśl bezkrwawego leczenia raka, opartego na czysto teoretycznych wywodach. Przeprowadzając badania nad zimnicą pod względem historycznym, wyczytał autor w dziele Trki z końca XVIII wieku o znikaniu guzów rakowych po przebyciu zimnicy. Zestawiwszy tę wzmiankę z próbami leczenia raka zapomocą szczepienia chorób zakaźnych, jak róża, a nawet gruźlica, oraz fakt rzadkiego pojawiania się raka w krajach gorących, nawiedzanych głównie przez zimnicę, nasuwa Löffler przypuszczenie, że zimnica występuje tu niejako w roli leku swoistego i zapobiegającego rozwojowi raka. Jakkolwiek więc autorowi służą tylko daty historyczne na poparcie jego twierdzenia, to jednak przyznać należy, że żądanie jego, by w zakładach klinicznych szczepiono zimnicę u osób, dotkniętych rakiem, jest usprawiedliwione, temwięcej, że w razie wystąpienia nawet silnych objawów gorączki zimniczej, zwalczyć ją zawsze możemy zapomocą chininy, a zatem nie ryzykujemy, jakby to miało miejsce przy szczepieniu róży lub gruźlicy.

Przyszłość pokaże, o ile sprawa wyleczalności raka jest bliższą rozwiązania, lub też, czy nas czeka jeszcze jedno rozczarowanie.

Dr. L. Berger.

C. Gibbes. **Różne pochodzenie szmeru przedskurczowego u koniuszka serca.** (*The Lancet*, 8 czerwca 1901 roku). Przypuszczenie, iż szmer przedskurczowy jest objawem znamiennym dla zwężenia ujścia żylnego lewego, zostało zachwiane po raz pierwszy przez Flinta, który zwrócił uwagę na istnienie takiegoż szmeru w niedomykalności zastawek aorty, a nekroskopia potwierdziła brak zwężenia ujścia żylnego w tym przypadku.

Następne badania wykazały, że i w innych warunkach chorobowych szmer przedskurczowy bywa słyszalny u koniuszka serca

i jest tak podobny do tego, który słyszy się zwykle w zwężeniu ujścia żylnego lewego, iż rozpoznanie dokładne cierpienia staje się bardzo trudne, a nieraz wprost niemożliwe.

Autor roztrząsa krytycznie warunki powstawania różnych szmerów przedskurczowych i dochodzi do wniosku, że mogą one powstawać w następujących cierpieniach: 1) w zwężeniu ujścia żylnego lewego; 2) w rozszerzeniu ujścia żylnego lewego przy zastawkach i strunach prawidłowych; 3) przy otworze żylnym zwykłych rozmiarów, lecz nierównych brzegach zastawek; 4) w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, mianowicie: *a*) przy ujściu i zastawkach prawidłowych, b) przy rozszerzonem ujściu żylnem lewem, lecz zastawkach i strunach prawidłowych; *c*) przy rozszerzeniu ujścia żylnego i zgrubieniu strun i zastawek dwudzielnych.

Autor jest zdania, że przy zwężeniu ujścia żylnego istnieje częściowy brak współczesności w działaniu komórek, i co za tem idzie, słyszalność dźwięków mięśniowych w czasie rozkurczu. Rozpatrując pochodzenie szmeru przedskurczowego przy nieobecności zwężenia ujścia żylnego, autor podaje dwa warunki, zwykle istniejące: 1) przerost mięśnia sercowego i następcze wzmożenie dźwięków mięśniowych; 2) zaburzenie w wyrównaniu, wywołujące częściowy brak współczesności i słyszalność dźwięków mięśniowych w czasie rozkurczu; natężenie szmeru przedskurczowego bywa różnem, zależnie od stopnia przerostu serca. *St. Rudzki*

R. Kirton. **Karmienie chorych na błonicę.** (*The Lancet,* 15 czerwca 1901 r.). Karmienie chorych na błonicę jest sprawą pierwszorzędnej wagi, a to głównie z powodu częstych trudności, jakie nastręcza wprowadzanie pokarmu przez usta, bądź wskutek niemożności połykania (ból, obrzęk gardła i t. d.), bądź uporczywego odbijania się lub zwracania, bądź też wreszcie dostawania się jadła do krtani.

We wczesnych okresach błonicy najlepszym pokarmem jest mleko, czyste lub rozprowadzone n. p. kleikiem jęczmiennym i t. p., lub wreszcie mleko zgęszczone; można je podawać w stanie gorącym i zimnym. Dzieci wolą ocukrzone. W przypadkach średniej ciężkości błonicy podaje się co 3—4 godziny, po 120—150 grm. na raz z kleikiem, w stosunku 1: 3 części mleka; w przypadkach ciężkich co 2 godziny po 60 grm. Dorosłym dodaje się do mleka dla smaku herbaty, kawy, lub kakao. Dopóki błony utrzymują się, karmienie jest łatwe; przy odrywaniu się ich natomiast połykanie staje się bardzo bolesne i trudne; przy przebiegu pomyślnym choroby — przejść można prędko do zwykłych pokarmów, byle lekkich i pożywnych.

Przy odbijaniu się należy karmić dzieci bardzo wolno i nie pozwalać im samym jeść; jeżeli to nie pomaga, należy wszelkie płyny rozmaitymi dodatkami zagęścić. Jaja można próbować, jeżeli chory ustrój je przyswaja; nawet przy odbijaniu się dzieci często mogą połykać połykać jaja nieco ścięte.

Przy wystąpieniu uporczywych wymiotów należy zmniejszyć ilość podawanego pokarmu, a ograniczyć się do peptonizowanego mleka co godzina po 30 grm., lub nawet mniej. Jeżeli wymioty nie ustają, należy przejść do innych sposobów karmienia; jeśli zaś chory znosi dobrze mleko, trzeba powiększać stopniowo jego ilość, a potem zastąpić peptonizowane zwykłem. Zauważyć należy, że niektórzy chorzy, którzy wymiotują mleko peptonizowane, zatrzymują dobrze wodę, sok mięsny, białko, jaja. Wymioty najczęściej towarzyszą ciężkim przypadkom; należy tedy takich chorych zawczasu wzmocnić: prócz mleka podawać beef-tea, sok mięsny, jajka z wódką i mlekiem, (autor poleca mięszankę z jednego jaja, trochę drobnego cukru, 15 grm. wódki, i do 60 grm. mleka, i każe w ciągu pół- lub jednej doby spożyć małymi łykami). Wyskok sam przez się źle bywa znoszony i wywołuje wymioty.

Gdy przez usta karmić nie można, pozostaje wprowadzenie pokarmów przez nos cewnikiem lub strzykawką podskórnie.

Karmienie przez nos jest wskazane w następujących okolicznościach: 1) niemożność połykania wskutek odbijania się; 2) przy krztuszeniu się wskutek dostawania się pokarmu do krtani (szczególnie po tracheotomii); 3) przy wymiotach, jeśli te występują w czasie wprowadzania strawy przez usta i ustają przy karmieniu przez nos; 4) przy wyczerpaniu się chorego wskutek wysiłku, połączonego z połykaniem przez usta; 5) wreszcie, gdzie na przeszkodzie stoją pobudki psychiczne; jak uporczywe odtrącanie pokarmu.

Do karmienia przez nos używa się miękkiego cewnika kauczukowego; rzadko zachodzi potrzeba zastosowania twardego. Karmienie odbywa się przeciętnie co cztery godziny. Używa się głównie mleka, około 120 grm. na raz (dla dziecka 3—4-letniego); przed użyciem należy pokarm przecedzić, odmierzyć i ogrzać. Jeżeli wystąpią wymioty, czasem udaje się je jeszcze usunąć przez zmniejszenie ilości jedzenia lub przerzedzenie częstości podawania; — gdy pomimo tego nie ustają, — należy przystąpić do karmienia odżywczemi lewatywami.

Wprowadzanie pokarmów przez odbytnicę jest wskazane: 1) przy wymiotach; 2) gdy wprowadzenie cewy przez nos jest dla jakichkolwiek przyczyn połączone z wielkiemi trudnościami; 3) przy szkodliwym wpływie karmienia przez nos na stan psychiczny chorego (obawa, pasowanie się z karmiącym i t. d.); 4) przy krwotoku nosowym, wywoływanym przez akt wprowadzenia cewy. Pokarm wprowadza się do odbytnicy przez lejek i kauczukową cewę; wlewa się do jelita na mocy własnego ciężaru; baloników należy unikać, gdyż trudno miarkować ciśnienie i pokarm trudniej zatrzymuje się w jelicie.

Podaje się przez odbytnicę głównie mleko peptonizowane (dzieciom małym od 60 do 120 grm. co cztery godziny). Jelito należy przepłókać codziennie. Biegunka stanowi najprzykrzejsze powikłanie tego spo obu odżywiania: zmniejszamy wtedy ilość wprowadzanego pokarmu, lub częstość stosowania; czasem pomaga zupełne przerwanie karmienia przez odbytnicę na krótki czas: usuwamy również w takich razach składniki drażniące bł. śluzową (n. p. wyskok); gdy to nie pomaga, należy zastosować lewatywę z krochmalu z dodaniem nalewki makowcowej.

Przy pomyślnych warunkach udaje się to karmienie chorych przez odbytnicę po parę tygodni i dłużej (nawet do 7-miu tygodni).

Jeżeli jednak chorzy na błonicę cierpią na wymioty i biegunkę, należy spróbować wstrzykiwań podskórnych jałowej surowicy końskiej (lub rozczynu soli kuchennej). Surowicy wystarczy od 20 do 40 ctmtr. sześc. na dobę. Sam autor na podstawie własnego doświadczenia zachwala wstrzykiwania surowicy końskiej: jedynem przeciwwskazaniem jest wystąpienie wybroczyn na miejscu ukłócia; autor jednak nie spostrzegał tych powikłań i zresztą żadnych szkodliwych następstw tej metody żywienia. *St. Rudzki.*

A. E. Porter. **Wstrzykiwanie ochronne surowicy przeciwbłoniczej.** (*The Lancet,* 22 czerwca 1901 r.). Autor opisuje spostrzeżenia, poczynione na 24 rodzinach, w łonie których były przypadki błonicy i z tego powodu większości zdrowych członków tych rodzin wstrzykniętą została surowica przeciwbłonicza w celu zapobiegawczym. Wyniki okazały się nadzwyczaj pomyślne: z liczby 136 zaszczepionych zachorowała na błonicę zaledwo jedna osoba. Należy uwzględnić, że autor miał do czynienia z ludnością ubogą, wśród której wszelkie odosobnienie chorych było niemożliwe. Natomiast z 8-miu osób niezaszczepionych ochronnie, zachorowało na błonicę.

Wyniki przytoczone występują jeszcze jaskrawiej, gdy porównamy je z historyą innych 24 rodzin, wśród których wystąpiła błonica jeszcze przed wprowadzeniem wstrzykiwania zapobiegawczego tu z 125 członków zachorowało na błonicę następowo 21, zakaziwszy się najniezawodniej od osób, które pierwsze na błonicę zapadły

Co się tyczy ilości surowicy przeciwbłoniczej, niezbędnej do wywołania odporności, zdania autorów różnią się: używano od 300 do 1000 jednostek. P. wstrzykiwał z powodzeniem nie więcej nad 500 jednostek; w tej ilości surowica niema żadnych ubocznych następstw, jeżeli tylko wstrzykuje się ją między łopatki lub w uda; natomiast jeżeli wybierzemy do wstrzyknięć kończyny górne, to wystąpi silne podrażnienie, miejscowy stan zapalny, obrzęk, (bóle, oraz utrudnione ruchy w stawach).

Po wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej zwykle występuje nieznaczne podniesienie ciepłoty, czasami ogólne niedomaganie i nudności; trwa to nie dłużej nad pierwsze 24 godzin. Na miejscu ukłócia pozostaje pewne zadrażnienie, trwające parę dni.

Zauważyć przytem należy, że w tych razach, w których zapobiegawcze wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej zostało zastosowane u osób, które już były zakażone błonicą, to objawy kliniczne błonicy zwykle nie występują, ale pomimo to chorzy tacy są zaraźliwi dla otoczenia tak długo, jak długo dają się wykryć laseczniki błonicze w jamie ust i gardzieli. *St. Rudzki*

Prof. Branab (Klausenburg). **O kamicy.** (*Die Heilkunde* Nr. 10, 1901). Jedną z najgłówniejszych przyczyn, która także bez wybitnej skazy moczanowej sprowadzić może wytworzenie się kamieni moczowych, są ciała (lub też inne substancye o podobnych im własnościach), znajdujące się w drogach moczowych: odłamki zgłębników, cewników, zęby lub włosy, które się dostały do pęcherza z pękniętych tamże torbieli skórzastych (*cystis dermoidalis*), resztki brodawczaków (*papilloma*), — wszystko to może być jądrem, dokoła którego tworzą się kamienie moczowe; u dzieci zaś, jak to Virchow wykazał, bywają takiem jądrem zawały nerkowe kwasu moczowego. U osób starszych kamienie moczowe są często następstwem niedomogi pęcherza, zwężeń cewki moczowej, przerostu gruczołu krokowego, a stojące w związku przyczynowym z temi cierpieniami nieżyty pęcherza są jedynie okolicznością sprzyjającą; — nadmienić jeszcze wypada, że wpływy dziedziczności i gośca stawowego z zupełną bezwzględnością zaprzeczyć się nie dadzą.

Z znamiennych objawów kamicy zasługuje na szczególniejszą uwagę częste i bolesne oddawanie moczu, zawisłe w wysokim stopniu od wielkości kamienia i od gładkości jego powierzchni; wstrząśnienia ciała, jak bieganie, jazda konna i t. p. zwiększają bolesność. Często się u takich chorych zdarza, że promień odchodzącego moczu zostaje nagle przerwany i kropelkami się sączy, a dopiero przestępowaniem z nogi na nogę zdoła chory moczenie dokończyć; pochodzi to ztąd że kamień, leżąc przed wewnętrznem ujściem cewki, zapiera wolny odpływ moczu; — ruchy wstrząsające usuwają go ztamtąd. Prócz tych wskazówek przyczynia się jeszcze do rozpoznania kamicy badanie przez kiszkę stolcową, pochwę, zapomocą zgłębnika i wreszcie zapomocą cystoskopii. Rokowanie i przebieg tego cierpienia bywają rozmaite; samoistne wyleczenie, — nie licząc wolnego odejścia drobnych kamyków, — bardzo rzadko występuje. Leczenie polega w pierwszym rzędzie na podawaniu alkaliów w postaci wód mineralnych (Karlsbad, Vichy, Ems, Bilin i t. p.) i to tembardziej, ponieważ wiadomo powszechnie, że nadmiar kwasoty moczu wielce się przyczynia do osadzania kwasu moczowego i soli moczanowych; dyeta więcej roślinna, a alkohole są wzbronione. W przypadkach uraturyi, oksaluryi i cystynuryi zaleca autor: Rp. *Natrii phosphorici*, *Natrii bicarbonici aa* $45_{,00}$ *Lithii carbon.* $10_{,00}$ *Mpf. D. ad scatul. S. dwa razy dziennie* $^1/_2$ *łyżki na* $^1/_2$ *szklanki wody*. Wielkie i twarde kamienie moczowe dadzą się usunąć tylko drogą operacyjną. *Dr. Henryk Pisek*

Reuter. **Zmiany anatomiczne u powieszonych i strangulowanych.** (*Zeitschr. f. Heilk.* T. XXV, Z. 4). Opierając się na wynikach sekcyi w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim i na własnych badaniach, dochodzi R. do wniosku, że można na podstawie danych anatomicznych rozróżnić powieszenie od strangulacyi, a to mianowicie przez zestawienie kilku dość znamiennych cech. I tak u strangulowanych napotyka się najczęściej sinicę twarzy, wybroczyny na powiekach i pod spojówkami, u wisielców sinicy twarzy zwykle niema, a wybroczyny są rzadsze. Dalej mózg i opony są u strangulowanych zwykle przekrwione, u wisielców zdarza się to rzadziej. Podobnież wybroczyny w mięśniach szyi są u strangulowanych bardzo częste, u wisielców rzadkie; odwrotnie zaś u powieszonych częste są złamania kości gnykowej i chrząstek krtani, czego u strangulowanych prawie się nie spotyka; nigdy też jeszcze nie napotkano u nich pęknięć błony wewnętrznej tętnic szyjnych, zdarzających się niekiedy w przypadkach powieszenia. *Z.*

Hryntschak. **O fosforze z tranem i o leczeniu fosforem.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Celem tej pracy jest zwalczanie leczenia krzywicy zapomocą fosforu, zalecanego przez Kassowitza. Badania autora wykazały, że w przypadkach krzywicy, rzekomo wyleczonych fosforem, w flaszeczce fosforu wykazać nie było można, albo też fosfor początkowo był, a następnie się ulatniał pod wpływem ciepła i światła słonecznego tak, iż ostatnie łyżeczki zawierały tylko śladzik fosforu. (Obecność fosforu wykazywał autor w następujący sposób: na szkiełko zegarkowe nalewał pół łyżeczki wody, a na to kilka kropel roztworu tranu z fosforem i ogrzewał mięszaninę w ciemnym pokoju do wrzenia, przyczem na brzegu szkiełka występowały niebieskawo białe pierścienie, utrzymujące się kilka sekund do pół minuty). Również niekorzystnie, powiada H., działa tran, podawany przez Kassowitza, gdyż dzieci tracą łaknienie, dostają rozwolnienia i niechętnie go zażywają. Odmawia wreszcie ten autor fosforowi wpływu na przebieg choroby, popierając swoje twierdzenie własnemi spostrzeżeniami i zbijając teoryę patogenezy krzywicy, głoszoną przez Kassowitza. *Dr. Jan Landau.*

Stamm. **O kiwaczce** (*spasmus nutans*) **u dzieci.** (*Archiv für Kinderheilkunde* T. XXXII, Z. III i IV). Autor miał sposobność spostrzegać ośm przypadków kiwaczki, z których pięć przypada na ukończony pierwszy rok życia, dwa na pierwszy rok, a jedno dziecko było w wieku $2^3/_4$ lat. Pomijając zwykłe objawy tego cierpienia, autor zwraca uwagę na to, że wszystkie dzieci te okazywały ustrój krzywiczy, i do tej okoliczności odnosi przyczynę tej kiwaczki, a mianowicie do zmian krzywiczych na czaszce, jakkolwiek wiek nie jest wytłómaczonem, które miejsce kory mózgowej jest siedzibą ośrodka, wywołującego drgawki, wogóle. Pod wpływem leczenia przeciwkrzywiczego objawy cierpienia ustępowały; już po ośmiu dniach leczenia fosforem drgawki słabły, a po kilku tygodniach zupełnie znikały. *Dr. Jan Landau.*

Dr. Sackur. **Żelatyna i krzepnięcie krwi.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. VIII, Z. 1 i 2). Doświadczenia S. wykazują, że żelatyna nie posiada zgoła własności przyspieszających krzepnięcie krwi, wylewającej się z naczyń. Natomiast posiada ona własność oddziaływania na erytrocyty, które pod jej wpływem ulegają łatwo gromadnemu zlepianiu się, a te skupienia powodują zatory w nerkach, płucach i sercu. Okoliczność ta nakazuje, aby żelatynę stosować bardzo ostrożnie i tylko w przypadkach, w których niema już nic do stracenia. *Herman.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dormiol jest cieczą bezbarwną, w smaku przypomina mentol; mięsza się z wyskokiem, eterem, a również chloroformem, w wodzie trudno się rozpuszcza. Z powodu nieprzyjemnego smaku poleca się ten przetwór w kapsułkach po 0·5 grm. Jako środek nasenny podaje się dwie kapsułki. (*L'Echo Medical du Nord,* 1901). *Dr. Ig. L.*

Jodypina. O skuteczności tego środka, zastępującego związki jodowe nieorganiczne KJ. i NaJ. donosi ponownie Dr. Demetriade z Bukaresztu (*Klinisch-therap. Wochenschrift* Nr. 27, 1901). Autor stosował ten lek w dwóch przypadkach kiły drugorzędnej, podając wewnętrznie 2—5 łyżeczek 10% jodypiny dziennie, przez czas dłuższy, poczem ustąpiły towarzyszące kile przypady uboczne w jednym przypadku występujący w nocy ból głowy, w drugim zaś dychawica, a ogólny stan chorych znacznie się poprawił. Podczas podawania jodypiny nie spostrzegał autor wystąpienia zatrucia jodem, ani też żadnego działania ujemnego na trawienie; uważa on jodypinę za środek działający dobrze i skutecznie. Również Werner donosi (w *Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 7, 1901) o użyteczności jodypiny, jako środka rozpoznawczego, a mianowicie do oznaczania siły ruchowej żołądka, szczególnie w tych przypadkach, gdzie wypompowanie treści żołądka jest przeciwwskazane; również nadaje się jodypina jako wskaziciel, czy dopływ żółci i wydzieliny trzustkowej do dwunastnicy jest zmniejszony, lub też zupełnie zniesiony. *Dr. Ig. L.*

Dymal. (Salicylan dydymowy) jest proszkiem bardzo delikatnym, nieposiadającym woni, który bywa polecany, już to jako zasypka, już też w postaci 10% maści lanolinowej. Kopp stosował ten środek jako zasypkę przeciwgnilną w przebiegu leczenia pomniejszych ran ciętych i tłuczonych: rany goiły się szybko i czysto; również z dobrym skutkiem stosował dymal w postaci proszku, lub też maści w kilku przypadkach oparzenia drugiego i trzeciego stopnia. W końcu doświadczenia autora wykazały, że dymal nadaje się również z dobrym skutkiem do leczenia owrzodzeń, łuszczycy, róży i innych chorób skórnych; działanie jego nie okazało się jednak skuteczniejszem od działania innych środków, używanych w leczeniu chorób skórnych. *Dr. Ig. L.*

Crurinum (rodanek chinolino-bizmutowy). Przetwór ten, który został swojego czasu przez Müllera, Rosego i Forchheimera zbadany bakteryologicznie i klinicznie, stosowali ponownie Steiner (*Therap. Monatsh.* 1901, Nr. I), i Joseph (*Dermatolog. Centralbl.* 1900, T. 3, Nr. 9) do leczenia wrzodów podudzia z dobrym wynikiem. W tych przypadkach, gdzie bolesność wrzodów była znaczna i zwiększone wydzielanie się wypociny, stosowali autorowie najprzód okłady z roztworem octanu glinowego i to przez dni kilka, a później dopiero zasypkę z kruryną; tam zaś, gdzie owrzodzenia były suche i ziarnina nie najlepsza, tam używano kruryny wprost jako zasypkę. Jeżeli kruryna sprawia pieczenie przy stosowaniu, natenczas radzą autorowie zapisywać ją w mięszance z mączką skrobiową w równych częściach. (*Mercks Berichte* 1901). *Dr. Ig. L.*

Chirol jest to roztwór żywic i olejów tłustych w mięszaninie nizko wrzących eterów i alkoholów. Kossmann (*Centralbl. f. Chirurgie* 1900, Nr. 22) zalecał chirol do odkażania rąk i pola operacyjnego. W tym celu poleca, aby w zwykły sposób oczyszczoną i wyjałowioną, a następnie dokładnie obsuszoną rękę zanurzyć na kilka sekund do roztworu chirolowego. Po wyjęciu ręki trzyma się ją celem wyschnięcia przez dwie do trzech minut do góry, poczem można przystąpić do zabiegu operacyjnego. Woda, krew, wydzieliny, roztwory antyseptyczne, z wyjątkiem roztworów alkalicznych, nie działają na warstwę chirolu, którą pokryta jest ręka; zbliżania się ręką do płomienia odsłoniętego należy unikać. Po operacyi warstwę chirolu zmywa się wyskokiem. (*Mercks Ber.* 1901). *Dr. Ig. L.*

Dr. Dirmoser. **Uporczywe wymioty u ciężarnych.** (*Deutsche med. Zeitschrift* Nr. 70, 1901). Leczenie tej dolegliwości musi mieć na względzie usunięcie, a przynajmniej zmniejszenie nagromadzonych w ustroju jadów (toksyn). Radzi więc D. zaniechać środków wewnętrznych, a poprzestać na przepłókiwaniu jelita wysokiemi wlewaniami z soli kuchennej, a żołądka roztworami dwuwęglanu sodowego. Odżywianie odbywa się przez lawatywy odżywcze, dwa razy dziennie, składające się z $^1/_4$ litra mleka z dodatkiem żółtka, somatozy, albo wina. Dopiero, gdy wymioty nie pojawią się najmniej przez 24 godzin, przystępuje D. ostrożnie i pomału do odżywiania drogą naturalną. *Dr. Flis.*

Dr. K. Manasse. **Asterol, jako lek odkażający.** (*Therap. Monatshefte* VII, 1901). Zachęcony spostrzeżeniami Steinmanna, Karchera, Bentrupa i Friedländera, używał M. asterolu w chirurgii i przekonał się, że przetwór ten nietylko dorównywa innym środkom przeciwgnilnym (sublimat, karbol, lyzol), ale nawet posiada niektóre większe od nich zalety, mianowicie bezwonność (w przeciwieństwie do karbolu i lyzolu), nie mąci się i nie jest oślizły (lyzol); wreszcie nie uszkadza narzędzi (sublimat). Poleca zatem M. asterol jako lek odkażający i przeciwgnilny. *Dr. Flis.*

Jean Carré. **Przyczynek do badania klinicznego własności przeciwgorączkowych aspiryny.** (*Thèse. Paris*, 1901). Autor badał w szpitalu „de la Pitié" w Paryżu działanie aspiryny, szczególnie jej własności przeciwgorączkowe i na podstawie własnych i Renonsa spostrzeżeń przychodzi do następujących wniosków: Aspiryna ma wybitne własności przeciwgorączkowe, a główne jej działanie jest potne i moczopędne. W niektórych razach, np. w gorączce trawiącej, skutek jest przemijający, w innych, np. w gorączce gośćcowej, — trwały. Wpływ na gorączkę chorych na gruźlicę jest niezaprzeczony, stosować jednak aspirynę należy o tyle, o ile stan chorego na to pozwala, oraz gdy leczenie higieniczne okazało się bez skutku. Aspiryna działa szybko, energicznie i jest nieszkodliwą.

Dr. D. T. Kyner stosował **aspirynę** z dobrym skutkiem w połączeniu z chininą i heroiną podczas epidemii grypy w New Yorku, wśród której występowały na pierwszy plan bardzo silne bóle nerwowo-mięśniowe.

Rp. *Aspirini* . . . . 0·30
Chinini sulf. . . . 0·12
Heroin. hydrochlor. 0·005.
S. Co 3 godziny proszek w opłatku.

Obok tego podawał 2 razy dziennie jako lek przeczyszczający po ½ proszku seidlickiego. (*Journal of Medecine and Surgery* Nr. 8, 1901). *Dr. Flis.*

Dr. E. Cutter zachwala **Aristol** w pochwicy. (*The Medical Bulletin* Nr. 5, 1901). Według autora pochwica (vaginismus) jest cierpieniem, którego podstawą musi być jakaś miejscowa zmiana w macicy. Do trwałego usunięcia pochwicy niezbędnem jest zatem usunięcie podstawy. A gdy dostanie się do macicy natrafia z powodu przeczulicy pochwowej na niepokonalne trudności, przeto najłatwiej jeszcze usuwa się choroba zapomocą kołaczyków aristolowych, które na krótszy lub dłuższy czas wprowadza się do pochwy. *Dr. Flis.*

Prof. Schulze. **W sprawie leczenia wąglika.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 40, 1901). U 48-letniego robotnika rozwinął się wąglik, objawiający się owrzodzeniem tuż poniżej samej powieki z następowem nader silnem obrzmieniem powiek i całej twarzy — tak, że chory nie był w stanie wogóle szpar ocznych otworzyć. Zakażenie ogólne było w takiej mierze, iż zdawało się, że lada chwila nastąpi zajście niepomyślne. Z uwagi na wielkość owrzodzenia, na jego umiejscowienie i obrzęk, nie chciał autor wykonać ryzykownego — w tym przypadku — zabiegu chirurgicznego, lub wypalenia, lecz ograniczył się jedynie do okładów sublimatowych (1: 1000) z 70% roczczynu alkoholu, — wewnętrznie podawano chininę 0·30 co trzy godziny, a naftalinę (0·30) kilka razy dziennie przeciwko rozwolnieniu. Po trzech tygodniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Dr. Henryk Pisek.*

Fuchs. **Kilka uwag o leczniczej wartości acetopiryny.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 39, 1901). Acetopiryna przedstawia się jako biały proszek krystaliczny, lekko słony, trudno rozpuszczalny w wodzie zimnej i eterze, łatwo natomiast się rozpuszcza w wodzie ciepłej i wyskoku. Działanie swoje rozwija w trojakim kierunku: *a)* jako środek przeciwgośćcowy, *b)* przeciwgorączkowy, i *c)* przeciw nerwobólowy; w pierwszych dwóch okolicznościach działa na mocy swego składu chemicznego (kwas salicylowy i antypiryna), a co się tyczy trzeciego, to doświadczenie uczy, że każdy prawdziwy lek przeciwgorączkowy wpływa także kojąco na układ nerwowy.

Autor stosował acetopirynę w 64 przypadkach chorobowych i na tej zasadzie wysnuwa następujące wnioski: 1) w przypadkach ostrego gośćca stawowego jest acetopiryna taksamo lekiem swoistym, jak salicylan sodowy i inne pochodne kwasu salicylowego; 2) przewyższa inne przetwory salicylowe tem, że nie wywołuje żadnych działań ubocznych i dlatego należy tym środkiem rozpocząć leczenie gośćca; 3) acetopiryna, podawana w chorobach gorączkowych w ilości 1-go grm., obniża szybko ciepłotę ciała — i obniżenie to utrzymuje się 4—6 godzin, przyczem także i stan podmiotowy chorego znacznie się poprawia; 4) także i w przypadkach nerwobólów osiągnięto bardzo dobre skutki. *Dr. Henryk Pisek.*

Hünerfauth. **O objawach zatrucia po użyciu aromatycznej gliceryny.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 28, 1901). Celem usunięcia zatwardzenia wstrzyknął sobie autor do kiszki stolcowej 5 grm. gliceryny. W kilka godzin później wystąpiło bicie serca, zawrót głowy, omdlenie, duszność i obfite moczenie. Tesame objawy powtórzyły się w kilka tygodni potem przy ponownem wstrzyknięciu, skutkiem czego podejrzenie skierowało się na glicerynę. Bliższe zbadanie stwierdziło, że przyczyna tego niewątpliwego zatrucia tkwiła w wyciągu konwalii majowej, który dla zapachu był dodany do gliceryny. *Dr. Pisek.*

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30 października 1901.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmiany.

II. Kol prof. Wachholz zażądał głosu w sprawie referatów z prac polskich, przesyłanych do roczników Virchowa-Hirscha Na wniosek przewodniczącego uznano przemówienie to za poufne, a sprawę, poruszoną przez kol. prof. Wachholza, zgodzono się jednomyślnie odesłać do Komitetu

III. Kol. prof. Nowak miał wykład (jako doniesienie tymczasowe) na temat: Etyologia poronień nagminnych u bydła rogatego.

Występowanie nagminne poronień w oborach nasuwało oddawna przypuszczenie, że przyczyną jego jest zakażenie swoistym drobnoustrojem, tem bardziej, że dwu lub trzykrotne poronienie uodparniało zwierzęta na przyszłość od poronień Sprawę zbadania przyczyny tych poronień podjął Bang i udało mu się wyosobnić drobnoustrój, który stale we wszystkich badanych przez siebie przypadkach znachodził (*bacillus abortivus*). W jaki sposób przenosi się zakażenie, niewiadomo. Bang przypuszcza, że samce przenoszą zakażenie na samice przy stanowieniu za pomocą członka; w ten sposób zaraza szerzy się na wielką ilość samic, coby kazało przypuszczać, iż drobnoustrój ten przebywa stale w pochwie.

W Galicyi poronienia takie przydarzają się również nagminnie, co posłużyło prelegentowi do zajęcia się bliższem zbadaniem tej sprawy Płody, przesłane prelegentowi do zbadania, były nieżywe, jakkolwiek przydarza się czasem, że rodzą się żywe, — jednak wkrótce zdychają. Przy sekcyi tych płodów zwróciły uwagę prelegenta zmiany, występujące stale w przewodzie pokarmowym przy obecności w jelicie cienkiem obfitej ilości treści płynnej, żółtawej, która obok znacznej ilości ciałek wypocinowych i całego szeregu drobnoustrojów, zawierała także prątek, powtarzający się stale we wszystkich tego rodzaju przypadkach Ten ostatni, według doświadczeń prelegenta znachodzi się stale i we krwi zwierząt poronionych i na powierzchni tak płodów, jak i błon płodowych W ciepłocie pokojowej rozwija się dobrze na żelatynie, na której powstają charakterystyczne kolonie. Najlepiej rozwijają się one w miernym dostępie powietrza Zawiesina bulionowa, wstrzyknięta do pochwy kotnych samic królików, świnek i myszy, dalej wstrzykiwanie pod skórę, jak również wstrzykiwanie toksyn tego prątka, wywołuje stale po kilku dniach poronienie u tych zwierząt, przyczem samice nie okazują stanu chorobowego, jak również ich części rodne. Prelegent ma zamiar, w razie przyznania mu odpowiedniej dotacyi, przeprowadzić szereg doświadczeń u bydła rogatego, a z wyników zda w swoim czasie sprawę.

W dyskusy kol. prof Rosner zwraca uwagę, że przyczyną poronienia może być albo obumarcie płodu z następowem wydaleniem go, jako ciała obcego, — albo też samo podrażnienie macicy i zapytuje prelegenta, celem rozstrzygnięcia przyczyny poronienia, jakie zauważył zmiany pośmiertne na płodach. Kol. prof. Wachholz zwraca uwagę, że sprawa ta w przyszłości może mieć znaczenie nawet i dla ludzi; gdyby się okazało, że toksyny tego drobnoustroju wywołują poronienie u ludzi, to rzecz ta byłaby ważną tak dla klinicystów, jak i dla medycyny sądowej.

Kol Rosnerowi prelegent odpowiada, że prócz zmian w jelitach, innych nie zauważył; zresztą pytanie to możnaby dopiero rozstrzygnąć po przeprowadzeniu szeregu doświadczeń i spostrzeżeń na większych zwierzętach.

IV. W końcu kolega dr. Surzycki miał obszerny odczyt, nienadający się do protokolarnego streszczenia, o środkach sercowych

i ich działaniu. Omówił najpierw działanie naparstnicy, z przytoczeniem zapatrywań obcych i własnych, a dalej działanie *Tinc. strophanti, Tinct. convalariae, adonis vernalis, hellebor., sparteiny i kofeiny*.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya stomatologiczna.

1. Prof. E. Nessel (Praga). **O architektonice szczęki ludzkiej. Wpływ mięśni żuchwowych na rozwój żuchwy i na uszeregowanie zębów. Wpływ przedwczesnego wyrywania zębów na ich ustawienie i o zmianach w szczęce po wyrwaniu zębów.** Kamieniem węgielnym w architektonice szczęki są pierwsze górne zęby trzonowe: na ich korzonkach zewnętrznych opierają się wyrostki jarzmowe. Korzenie zaś wewnętrzne dźwigają sklepienie podniebienia. Górne zęby trzonowe znowu spoczywają, w razie zbliżenia obu szczęk, na zębach trzonowych dolnych. Dlatego też wyjęcie dolnego lub górnego zęba narusza równowagę w budowie: okolica wyrostka jarzmowego staje się płaska, łuk szczęki zmniejsza się i następuje skrócenie oblicza w kierunku prostopadłym. Jeżeli wyrwano oba zęby, to następuje wyraźna asymetrya twarzy. Mięśnie żuchwowe są niejako bokami twarzy, którego podstawa krótsza łączy ich przyczepy na szczęce, dłuższa zaś przebiega przez miejsca przyczepów na kości jarzmowej. Ujmując w ten sposób szczękę, mięśnie te wywierają znaczny wpływ na jej kształt, co zwłaszcza uwydatnia się w przypadkach krzywicy. Wyjęcie kłów ułatwia, jak wiadomo, rozwój zębów za nimi idących; również i próchnienie zębów mlecznych ułatwia przerzynanie się zębów następnych i to nawet więcej, niż wyjęcie ich. Znane ustawienie zabłąkanych małych zębów trzonowych powstaje według N. wtedy, jeżeli przez wyrwanie pierwszego zęba trwałego i usunięcie mlecznych zębów trzonowych powstaje nadmiar miejsca. Utrata tych ostatnich dwóch rodzajów zębów zatrzymuje oprócz tego rozwój małych trwałych zębów trzonowych, ponieważ wtedy obie szczęki przystają do siebie szczelnie. Jako główną podstawę w dentystyce tak operacyjnej, jak i leczniczej, stawia N. zasadę absolutnej symetryi, ażeby nienaruszyć proporcyi twarzy. Autor zwraca wreszcie uwagę na to, że już przy małych stopniach niesymetryi ludzie nie trzymają głowy prosto, lecz ją nachylają w stronę dotkniętą. Zanim więc klinicysta przystąpi do wyjaśnienia asymetryi twarzy następstwem jakiejś choroby nerwowej, powinien wykluczyć możliwość powstania jej z powodu nieprawidłowości szczęki.

2. Dr. Zbořil (Přerov). **Leczenie przetok zębowych.** Prelegent twierdzi, że nawet dobry chirurg często leczy nieodpowiednio przetoki te i przytacza przypadek, w którym wyskrobywano bezskutecznie zewnętrzną przetokę na brodzie przez 8 lat. Poleca gorąco leczenie zachowawcze próchniejących zębów i korzonków, jako będących przyczyną przetok. Na dwie rzeczy trzeba także zwracać uwagę: przedewszystkiem należy uczynić zupełnie dostępną jamę miazgi zębowej, w celu dokładnej dezinfekcyi, oraz trzeba otworzyć dostatecznie otwór szczytowy, ażeby módz przetokę wystrzykiwać.

3. Dr. E. Šubrt (Něm. Brod). **O ubytkach szczęk po zabiegach operacyjnych i ich protezach.** Prelegent wylicza choroby szczęk, z któremi lekarz-dentysta najczęściej ma do czynienia i które wymagają zabiegu chirurgicznego. W dalszym ciągu demonstruje odlewy gipsowe ubytków, powstałych wskutek zabiegów operacyjnych i modele protez kauczukowych, obmyślonych w celu uzupełnienia ubytków.

4. Dr. Jesenský (Praga). **O odporności jamy ustnej wobec zakażenia.** Rany w jamie ustnej goją się z reguły bardzo dobrze, pomimo licznych drobnoustrojów, zamieszkujących na błonie śluzowej. Fakt ten tłómaczy Miller specyalną odpornością tkanek jamy ustnej wobec drobnoustrojów. Florain i Sanarelli dopatrują przyczynę w przeciwgnilnem działaniu śliny, a Hugenschmidt w fagocytozie ciałek białych. Zdaniem autora zjawisko to jest dziełem pewnych tylko drobnoustrojów, żyjących w jamie ustnej (*leptothrix inom., spirochaete dent., jodococcus vag.* itd.). Na podstawie doświadczeń swoich autor sądzi, że drobnoustroje te koniecznie potrzebują do życia produktów innych bakteryj i że działają zgubnie na wyżej wymienione bakterye.

5. Dr. Vostřčil (Král. Vinohrady). **Dawniejsze a dzisiejsze wyrywanie zębów.** W zestawieniu historycznem przedstawia prelegent rozwój i rozmaite sposoby wyjmowania zębów aż do naszych czasów, demonstrując zarazem odpowiednie rysunki i narzędzia.

6. Dr. Zbořil (Přerov) demonstruje kilka rzeczy z zakresu techniki dentystycznej: *a*) poprawki na zębach czopkowych; *b*) nowy rodzaj zębów czopkowych z cyny; *c*) metalowe korony; *d*) kauczukowe protezy według Rosego z modyfikacyą własną. Zapomocą tej ostatniej metody można dojść do tego, że górna płytka protezy będzie nadzwyczaj szczelnie przylegać do podniebienia, grubość jej będzie jednostajna, przytem będzie ona bardzo lekka i posiadać będzie zaznaczone nietylko fałdy podniebienia, lecz i od strony języka.

7. Dr. A. Wachsmann (Praga). **Modyfikacya protez złotych.** Zarzucono protezom złotym, że nie przylegają tak szczelnie do podniebienia, jak protezy kauczukowe. Przy grubości bowiem, jaka jest konieczną dla płytki górnej, niemożliwem było osiągnąć na tej płytce ścisłych zarysów podniebienia. Obecnie robi się płytki te z dwóch cieniutkich blaszek złota (jednej dolnej miękkiej, drugiej górnej, twardej), z których każdą z osobna odciska się i następnie zespaja w jedną. Prelegent demonstruje protezy złote z otworem według własnego pomysłu. Są one lżejsze, mniej zawadzają, gdyż język może dotykać się podniebienia i mniej potrzebują materyału. Następnie opisuje W. sposób przyrządzania metalowych „matryc" (z metalu łatwo topniejącego) do prasowania płytek podniebiennych i przedstawia sposób zespajania protezy metalowej z asbestu według własnej metody. Wreszcie przedstawia prelegent chorego po resekcyi szczęki górnej, dla którego wykonał protezę z glinu.

8. Dr. R. Faustus (Praga) opisuje sposób sporządzania zębów czopkowych, według jego metody (65% cyny, 35% srebra). Są one mocniejsze od zębów Herbsta. Zapomocą cienkiej warstewki gutaperki osadza prelegent ząb taki zupełnie szczelnie na korzonku.

9. Dr. K. Wachsmann (Praga). **O nieregularnościach w uszeregowaniu zębów i o ich leczeniu.** Ze względów praktycznych dzieli prelegent materyał na dwie gromady: 1. nieprawidłowości odziedziczone i 2. nieprawidłowości nabyte. Zboczenia odziedziczone są według licznych spostrzeżeń statystycznych właściwością narodów ucywilizowanych, jako następstwo upośledzonego rozwoju kości twarzowych wskutek nadmiernie rozwiniętej czynności mózgowej. W przypadkach konkretnych przybierają one cechę typu, przechodzącą z pokolenia w pokolenie. Leczenie nieprawidłowości tego rodzaju wymaga wielkiej staranności, bo uzębienie ma zawsze wielką skłonność do przybierania kształtu odziedziczonego. W powstawaniu nieprawidłowości nabytych główną rolę odgrywa krzywica, w szczególności jest ona przyczyną licznych przypadków symetrycznego zwężenia szczęki. Leczenie w takich razach ma daleko lepsze widoki. Zboczenia, powstałe w następstwie nieprawidłowego drugiego ząbkowania, trzeba leczyć zawczasu przez radykalne usunięcie przyczyny. Na koniec prelegent demonstruje różne, wypróbowane przyrządy do regulowania zębów i omawia specyalnie nową, dobrą metodę Auglego.

10. Dr. Vostřčil (Kr. Vinohrady) demonstruje przyrządzanie wosku do celów techniki dentystycznej.

VIII. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya pedyatryczna.

(Ciąg dalszy).

12. Baginsky (Berlin): **O zapaleniu nerek płoniczem.** W ostatnich pięciu latach na 919 przypadków płonicy spostrzegał B. 88 razy zapalenie nerek. Raz wystąpiło ono już szóstego dnia, a najpóźniej 30-go dnia choroby. Stopień osutki nie stoi w żadnym związku z wystąpieniem zapalenia nerek. Zazwyczaj choroba rozpoczyna się gorączką, niekiedy zaś brak jej, lub jest tylko nieznaczne podniesienie ciepłoty. Niebezpieczeństwo grozi, jeśli ciepłota jest stale i jednostajnie podwyższona. Tętno zazwyczaj przyspieszone, bez względu na ciepłotę. Ilość moczu jest zmienna, niekiedy z początku wzmożona, później zmniejszona. Zapalenie nerek niema żadnego

związku z pierwotnym białkomoczem płoniczym. Mocz septyczny, barwy kawowo-brunatnej, jest ze względu na rokowanie niekorzystny. Rokowanie przy moczu krwawym nie jest tak złe, jak się powszechnie sądzi. Zapalenie nerek objawia się prawie zawsze słabym obrzękiem powiek; ciężki ogólny obrzęk każe atoli rokować gorzej.

Ze względu na obrzęki dzieli B. swój materyał na dwie gromady: 1) 37 przypadków nalicza z jednem spostrzeżeniem obrzęku, a należą tu przypadki, które się dostały w leczenie w pierwszych pięciu dniach płonicy; 2) druga gromada obejmuje chorych, które się później dostały w leczenie, a należy tu 30 przypadków z ciężkimi objawami obrzęku. Różnicę tę przypisuje B. leczeniu i dyecie. Mocznicę w pierwszej gromadzie stwierdzono sześć razy. Wogóle zmarło 5 z 18 mocznicowych dzieci, a jedenaścioro z 88 z zapaleniem nerek.

Dla uniknięcia obrzęków, przewlekłego zapalenia nerek i mocznicy zaleca B. czterotygodniowe leżenie w łóżku i bezwzględną dyetę mleczną przez dni 14. Przy długotrwającym białkomoczu, lub obecności krwi w moczu, podaje B. garbnik wewnętrznie. W mocznicy, przy częstem i napiętem tętnie, pijawki i upust krwi żylnej.

W rozprawach czyni uwagę Pfaundler, że zapalenie nerek niekiedy rozpoczyna się albumozuryą. Zapytuje prelegenta, jak się zapatruje na zapobiegawcze działanie terpentyny przeciw zapaleniu nerek.

Ritter zapytuje, czy właśnie lekka osutka nie usposabia do ciężkich zapaleń nerek.

Zuppinger mimo spokoju i bezwzględnej dyety mlecznej spostrzegał w ostatnim roku najcięższe zapalenia nerek.

Piza zaleca sześciotygodniowy spokój w płonicy: nie wpływa to jednak na powstawanie zapalenia nerek; to ostatnie zależy raczej od *genius epidemicus*. Sądzi również, że dyeta mleczna nie zapobiega powstaniu zapalenia nerek.

Baginsky zauważył także, że po lekkich wysypkach powstawały ciężkie zapalenia nerek. Najlepszym sposobem zapobiegawczym i leczniczym jest bezwzględna dyeta mleczna. Przy obrzęku zależnie od przypadku stosuje najrozmaitsze zabiegi wodolecznicze.

13. Zuppinger (Wiedeń): **Rzadki przypadek ciała obcego.** Z. przedstawia preparat z płuc $2^1/_2$-letniego dziecka, które w nocy zasłabło wśród objawów odmy, względnie otoku i odmy piersiowej po aspiracyi kłosu żytniego. Po 38-miu godzinach dziecko to umarło.

Holtmann widział podobny przypadek, w którym była promienica i przypuszcza, że w tym przypadku również musiała być promienica, czemu się jednak Z. sprzeciwia.

14. Starck (Kilonia): **O gnilcu dziecięcym.** S. zaleca zmianę nazwiska: „Choroba Barlowa“ na „Scorbutus infantum“, gdyż ze względów praktycznych jest wskazane podporządkowanie tego obrazu chorobowego pod pewną gromadę chorób, a choroba Barlowa w każdym razie najbardziej zbliżona do gnilca. W ostatnich latach nauka o gnilcu nie uległa wzbogaceniu; w każdym razie upewniono się, że jest to choroba polegająca na zaburzeniu odżywczem, a zmiana pokarmu u dzieci sztucznie karmionych w chwili powstawania znaczniejszej niedokrwności dała dobre wyniki. Zapytania, wystosowane przez S. do 300 lekarzy, co do częstości pojawiania się gnilca w ostatnich trzech latach, wykazały 77 przypadków u dzieci sztucznie karmionych. Przyczynę zmniejszenia się liczby przypadków gnilca dopatruje prelegent w tem, że rozpoznawanie choroby jest pewniejsze, sposób leczenia bardziej rozpowszechniony, mniej się używa mleka wyjałowionego, i że mleko obecnie bywa lepsze.

W ożywionych rozprawach brali między innemi udział: Soltmann, który jest za zachowaniem miana „choroby Barlowa“ aż do chwili, kiedy badanie krwi w dalszym przebiegu wyjaśni właściwą postać chorobową. S. zauważył wystąpienie gnilca po chorobach zakaźnych, a Kühne przenoszenie się choroby z osobnika na osobnik.

Siegert zwraca uwagę, że w niektórych miejscach (Drezno, Kilonia) często widziano chorobę Barlowa, w innych zaś (Alzacya, Szwajcarya) bardzo rzadko.

Różnica zdań była znaczna co do etyologii cierpienia. Ze względów leczniczych niektórzy autorowie zwrócili uwagę na skuteczność kwasu cytrynowego.

Starck nie kładzie już obecnie takiego nacisku na nieodpowiednie wyjaławianie mleka, jako czynnik etyologiczny, lecz jednostajność pokarmu wywołuje usposobienie do choroby, dlatego też proponuje zmianę dyety.

Sekcya chirurgiczna.

1. Schede (Bonn): **O nowotworach rdzenia pacierzowego i o ich leczeniu.** Omówiwszy cztery przez siebie operowane przypadki tego cierpienia, zwraca Sch. uwagę na ważność zapobiegania obfitszemu odpływowi płynu mózgowo-rdzeniowego przez odsznurowanie opony twardej powyżej i poniżej miejsca nacięcia zapomocą szwu, wykonanego igłą, używaną do tętniaków. Graff przytacza podobny przypadek, operowany przed 14-tu dniami.

2. Bardenheuer (Kolonia): **Operacyjne leczenie urazowej rwy kulszowej.** Na podstawie czterech przypadków, operowanych z dobrym skutkiem, sądzi B., że przyczyną powstawania rwy kulszowej jest urazowe bezpośrednie lub pośrednie zranienie, stłuczenie lub naderwanie splotu kulszowego w jego przebiegu w przewodzie krzyżowym. Zaleca tedy odsłonięcie korzeni krzyżowych splotu kulszowego z przewodu kostnego. Szczególnie nadaje się ten zabieg w przypadkach urazowej rwy kulszowej, jeżeli inne leczenie było bezskuteczne. Operacyę wykonuje zapomocą małego, łukowatego cięcia, zwróconego wypukłością ku wewnątrz i ku tyłowi. (Następuje szczegółowy opis operacyi).

König przemawia bardziej za naciąganiem nerwu.

Schede również wyleczył 20 przypadków przez naciąganie nerwu.

Bardenheuer sądzi, że poprzednio można wykonać naciągnięcie nerwu, a gdy jest bezskuteczne, należy wykonać resekcyę spojenia biodrowego.

3. Helferich (Kilonia): **Przyczynki do chirurgii plastycznej.** Usunięcie nowotworu lub amputacyę należy wykonać, trzymając się ściśle wskazań do operacyi, bez względu na mające się wykonać pokrycie plastyczne ubytku, gdyż operacya ma zazwyczaj na oku życie osobnika. Na przykładach dowodzi H. ważności i doniosłego znaczenia praktycznego swego zapatrywania.

4. Lezer (Berlin): **O operacyi zwoju Gassera.** Z 12-tu przypadków, operowanych przez L., jedna 70-letnia kobieta zmarła z następowego zapalenia. Operowano ją z powodu bardzo uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego, a badanie pośmiertne wykazało guz w tylnym dole czaszkowym (Psammoma), jako przyczynę cierpienia. Guz ten obejmował pień nerwu trójdzielnego, był wielkości orzecha włoskiego i jakkolwiek spowodował zagłębienie w szypułce mózgowej i w moście Varola, to brakło jednak objawów ze strony tych właśnie części mózgu. Przypadek ten, jak wiele podobnych dowodzi, dlaczego mimo wycięcia zwoju Gassera nie następuje wyleczenie, lecz powstają nawroty choroby. Inni chorzy L. nie doświadczają żadnych przypadłości; jeden nawet od $3^1/_2$ lat. Z trzech przypadków zapalenia rogówki jeden został wyleczony, u innych zaś pozostały zaćmienia rogówki. W czterech przypadkach porażeń pojedynczych nerwów ocznych, w jednym porażenie n. odwodzącego nie ustąpiło w całości.

Krause operował ogółem 32 przypadków; 120 razy wykonał resekcyę obwodową nerwu trójdzielnego i nie widział w ciągu 6—8 lat nawrotów choroby. Mimo najusilniejszych zabiegów powstają zapalenia rogówki.

5. Kölliker (Lipsk): **O usypianiu eterem i chloroformem.** K. rozpoczyna usypianie eterem, a kończy je chloroformem. Demonstracya odpowiedniej maski.

Sudeck zaleca wykonanie operacyi w pierwszem oszołomieniu eterowem przed wystąpieniem okresu pobudzenia.

6. Mikulicz (Wrocław): **Spostrzeżenia nad rakiem żołądka.** Na 447 przypadków raka żołądka, przyjętych od r. 1890 do 1900, operował M. 320 razy, a mianowicie: wykonano nacięcie próbne 44, gastrostomię 27, jejunostomię 12, gastroenterostomię 143, resekcyę żołądka 100, wycięcie żołądka 3 razy. Nieoperowani żyli przeciętnie 11 miesięcy, po laparotomii próbnej 12 miesięcy; śmiertelność po laparotomii próbnej wynosiła tylko $4^1/_2$%; operacya ta powinna przeto być częściej wykonywana. Z 27 gastrostomij cztery zmarły po operacyi; przeciętnie zaś chorzy ci żyli 12 miesięcy. Operacya ta niema tedy wartości i powinnaby tylko być wykonywana w ostatnim okresie choroby dla uśmierzenia mąk głodowych chorego. Jejunostomię, jako zabieg niebezpieczny, wykonuje M. tylko wtedy, jeżeli ściana żołądka jest naciekła tak, iż nie można utworzyć przetoki. W 143 przypadkach gastroenterostomii śmiertelność wynosi 26%. Operacya ta jest bardzo niebezpieczna, a nie daje trwałych korzyści. Na 100 resekcyj śmiertelność wynosiła 37%, obecnie wynosi 25%; wynik ten nie jest gorszy, aniżeli przy gastroenterostomii. Wyniki trwałe otrzymano w 34 przypadkach, które żyją od $^1/_2$—$8^1/_4$ lat; 17% można uważać za radykalnie wyleczone. Wartość resekcyi polega prócz utrzymania życia na jego przedłużeniu, gdyż ognisko rakowe bywa usunięte. Przeciętny czas życia po resekcyi jest jeden rok. M. spodziewa się po tej operacyi lepszych wyników, jeżeli rozpoznanie będzie mogło być wcześniej postawione, a technika należycie wydoskonali się. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Z dotychczasowej działalności Tow. Samopomocy lekarzy.

Wobec mającego się odbyć d. 24 listopada Walnego Zgromadzenia Tow. samopomocy rozesłał Wydział sprawozdanie za czas od 3 lutego b. r. Dostawszy, jako członek Towarzystwa, sprawozdanie to w rękę, nie mogę się oprzeć pokusie napisania słów kilku. Mając bowiem przegląd dotychczasowych czynności Towarzystwa, możemy już wyrobić sobie zdanie o jego potrzebie i pożytku.

Że Towarzystwo było potrzebne, dowodzi owe mnóstwo wniosków i próśb, jakimi zaraz zasypano Wydział. A były to wnioski najrozmaitsze: jedne racyonalne i pilne, inne błahe i wprost niemożliwe. Ze sprawozdania widać, jak sumiennie wywiązywał się ze swego zadania Wydział. Wszystkie wnioski badał, żadnego *a limine* nie odrzucając i w miarę możności załatwiał sam lub umotywowane przekazywał Izbie lekarskiej. Głównem pragnieniem ogółu członków, — jak widać ze sprawozdania, — jest stworzenie instytucyi, którahy zabezpieczała emeryturę lekarzom na starość, tudzież rentę wdowom i sierotom. O sprawie tej wiele poprzednio pisano i radzono w kołach lekarskich, toteż i Wydział Samopomocy przedewszystkiem nią się zajął, a owocem mozolnej jego na tem polu pracy jest zupełnie gotowy i szczegółowo obrobiony projekt ustawy o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy, jako osobna broszurka do sprawozdania dołączony. O projekcie tym, mającym niesłychanie doniosłe znaczenie, pomówić chcę osobno — na końcu.

Poza tem dąży Wydział, — jak widać ze sprawozdania, — do stworzenia funduszu dla udzielania członkom pożyczek lub zapomóg w chwilowej ciężkiej a nieprzewidzianej potrzebie. W tym celu wynalazł dwojakie źródło dochodu, któreby mogło wystarczyć na wszystkie potrzeby, gdyby tylko ogół Kolegów zechciał zrozumieć i poprzeć te usiłowania. A nawet teraz w samych początkach swego istnienia, było Towarzystwo w stanie udzielić jednemu ze swych członków pożyczki na bardzo dogodnych warunkach. Już to samo jest wielką i namacalną korzyścią dla członków, jeżeli nie potrzebują szukać pożyczki gdzieindziej, lecz uzyskać ją mogą w swojem zwłaszcza Towarzystwie, złożonem z samych Kolegów.

Towarzystwo rozpoczęło też energiczne kroki celem wykorzenienia partactwa, uprawianego przez niepowołanych ze szkodą lekarzy, a stanowiącego głównie na prowincyi ciężką plagę. Również pracuje Wydział nad zredukowaniem do istotnych koniecznych granic leczenia darmo, drugiej znów plagi, ciążącej w imię fałszywego humanitaryzmu na całym stanie lekarskim. Ogromną też ulgą dla jednostek będzie ściąganie przez Towarzystwo zaległych honoraryów od osob, które lata całe pozostają dłużne, a na upomnienia się poszkodowanego lekarza obrzucają go tak często gradem wymówek. Musi to bowiem wyjść na pożytek, gdy publiczność zobaczy, że słusznych praw jednostki broni zorganizowany stan lekarski, a wtedy i zaległości nie będą z pewnością tak częste i duże.

Już tych kilka punktów, wyjętych ze sprawozdania powinno przekonać najbardziej uprzedzonego, że Towarzystwo Samopomocy jest w dzisiejszych warunkach koniecznem i ze dotychczas z zadania swego ku ogólnemu zadowolenlu się wywiązuje. Lecz smutno się robi, gdy przejrzymy listę członków. Na 1360 lekarzy w Galicyi należy do Towarzystwa zaledwie 328, z tego w Krakowie 116, a we Lwowie 14 *(sic!)*, ze Szlązka 3, z Bukowiny ani jeden. I dla czego? Czy może Towarzystwo nie zbyt żywo zajmuje się jednaniem nowych członków? Od lutego b. r. rozesłano, — jak mówi sprawozdanie, — trzy odezwy do Kolegów; wszak nie sposób co miesiąc wysyłać nową, boby to cały fundusz obrotowy pochłonęło. Gdzieindziej, n. p. w sąsiednich Czechach, wystarczy jedno rzucone hasło, aby myśl dobra i pożyteczna znalazła tysiące zwolenników, — u nas, choć każdy czuje, że mu źle i domaga się, aby coś robić i radzić, to z chwilą gdy projekt w czyn zostanie wprowadzony, większość usuwa się, a usuwa się z różnych błahych pobudek. Jedni z apatyi i lenistwa; drudzy przez małostkowe ambicyjki, że rzecz zrodziła się w mieście X, podzas gdy oni są obywatelami miasta Z; inni, że myśl podjęli niesympatyczni im panowie N. N.; inni wreszcie, że nie wierzą w powodzenie lub nie widzą dla siebie osobiście korzyści. Wieleż to pięknych i szlachetnych planów u nas w ten sposób upadło, a wiele jeszcze upadnie. I dziwić się potem, że wróg nasz rzuca nam w twarz frazes o *„minderwerthige Nation“*.

Podobnie rzecz się ma i tutaj. Ogół lekarzy narzeka, że przy dzisiejszym stanie rzeczy nędza wprost grozi większości kolegów, jeżeli nie zaraz, to na starość, a wdowy czeka żebranina. Aby temu zaradzić, zawiązuje się Towarzystwo Samopomocy, działa, pracuje nad siły, lecz zaraz na wstępie spotyka się z apatyą jednych — z niedoświadczeniem drugich Patrząc na to i czytając sprawozdanie Wydziału, mimowoli przychodzi myśl, czemu ci, którzy stanęli na czele Towarzystwa, nie opuścili jeszcze rąk, lecz przeciwnie z coraz większym pracują zapałem dla dobra kolegów, tych kolegów, co sami widocznie nie chcą poprawy dzisiejszych stosunków i wolą grzęznąć coraz głębiej. Przypominają oni owego żebraka, który ucieka, gdy mu się podsuwa sposobność do zarobku, bo przywykł już do poniżenia, łachmanów i jałmużny.

Najdonioślejszą pracą, jaką wygotował Wydział przez te kilka miesięcy, jest projekt uchwały o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy. Jest to, jak się dowiedziałem, pomysł prezesa Towarzystwa, prof. Jordana, a został tak sumiennie i racyonalnie opracowany, że nic ująć, ani dodać nie można. Zbyt wiele miejsca zabrałoby roztrząsanie szczegółowe tego projektu; podnieść tylko muszę, że zapewnia on lekarzom przyzwoite emerytury, stwarza fundusz inwalidów, zapewnia rentę wdowom i sierotom, jednem słowem rozwiązuje wszystkie żądania, wyrażane dotychczas przez ogół Kolegów. Projekt domaga się utworzenia funduszu pensyjnego dla lekarzy całej Austryi, którymby administrował Rząd. Fundusz powstać ma z wkładek płaconych przez lekarzy, z opodatkowania recept, z opłaty wnoszonej przez sam Rząd. Ciężary więc są rozłożone słusznie na wszystkich, którzy w imię sprawiedliwości powinni je ponosić.

Sprawozdanie swe kończy Wydział usprawiedliwieniem, że przeciąg dziewięciu miesięcy był za krótkim, aby coś więcej jeszcze przygotować. Mojem zdaniem jednak już to, co zrobiono dotychczas, przeszło oczekiwania nawet nieprzychylnie na rzecz patrzących; toteż powinno ociągających się ożywić, ślepym oczy otworzyć, a niechętnym z ręki wytrącić broń. Czy będzie tak, niedaleka przyszłość pokaże.

Jeden z członków.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. Pieniążek i prof. Trzebicky przedstawili dwa rzadsze przypadki chorobowe; poczem kol. doc. Bochenek miał wykład: »O drogach czuciowych rdzeniowych«

* Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy rozesłał kolegom, przebywającym w obrębie jego geograficznym działania »projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy«. Sprawa ta należy do najtrudniejszych, lecz i do najważniejszych dla bytu stanu lekarskiego i jest kluczem sklepienia w organizacyjnej budowie społeczności lekarskiej. Dotychczasowe zgłębianie tej sprawy doprowadziło do wyników ujemnych: specyaliści w zakresie ubezpieczeń na życie oświadczyli nie dwuznacznie, że ogół lekarzy sam nie jest w stanie podołać ciężarowi, który nań wkłada zabezpieczenie lekarzom renty dożywotniej, oraz pensyi dla wdów i sierót po lekarzach; jedynem racyonalnem rozwiązaniem ma być według specyalistów wyszukanie ubocznych źródeł dla pokrycia napewne przewidzianego niedoboru. Projekt Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy rozstrzyga tę sprawę o tyle, że wskazuje na nowe źródła finansowe i na instytucye, które powinny poczuwać się do obowiązku urzeczywistnienia tak pomyślanego sfinansowania. Uczestnicy Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy, którzy zbiorą się dnia 24 b. m., powinni jak najgłębiej rozejrzeć się w projekcie Wydziału Towarzystwa samopomocy i wyrobić sobie wcześnie zdanie o tej sprawie, ażeby dyskusya była rzeczowa, a uchwały mogły zapaść po najdojrzalszem rozważeniu projektu

* Na porządku dziennym II-go Zjazdu lekarzy okręgowych, który odbędzie się we Lwowie dnia 23 b. m., znajduje się między innemi ważna sprawa »Przedłożenia i omówienia projektu zmiany ustawy dla gminnej służby zdrowia z roku 1891«.

* Do tej chwili zapisało się na zimowe półrocze w Uniwersytecie Jagiellońskim 1472 słuchaczy obojej płci, o 7 więcej w stosunku do roku zeszłego. Na Wydziale lekarskim jest 118 słuchaczy zwyczajnych (107 mężczyzn i 11 kobiet); — nadzwyczajnych 33 (22 słuchaczy

6 słuchaczek i 5 hospitantek. Na pierwsze półrocze zapisało się 27 słuchaczy, w tej liczbie 6 słuchaczek zwyczajnych.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie doktorów: H. Trembeckiego i A. Frommera.

* Dr. Konrad Majewski otrzymał na wystawie ratunkowo-sanitarnej w Frankfurcie srebrny medal za okazy ratunkowe własnego pomysłu, oraz za zbiór prac, wydanych w tym kierunku.

* VII-my Wiec rakuskich Izb lekarskich nie odbędzie się tej jesieni, lecz w lecie 1902 roku; Izbą zarządzającą do tego czasu będzie bukowińska.

* Wiedeńska Rada miejska uchwaliła wystawić »grób honorowy« dla prof. Alberta, który się znajdzie obok grobów Hoffmanna i Billrotha.

* W Berlinie otworzono nową klinikę otyatryczną w Charité na 25 chorych. Ministeryum pruskie przygotowuje plany na urządzenie takiejże kliniki w Wrocławiu.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIV (od 27—X do 2—XI). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się 64, umarło 55. Największa śmiertelność przypada na gruźlicę 9 (jeden zamiejscowy). Z chorób zakaźnych zmarło: na płonicę 4 (1 zam.), na odrę 4, na błonicę 2 (oba zam.), na dur brzuszny 1, na cholerę dziecięcą 2.

Mianowania i odznaczenia. Naczelnym lekarzem wojska angielskiego mianowany został prof. Taylor. Dr. Leutert mianowany nadzwyczajnym prof. kliniki chorób usznych w Królewcu. Dr. Martius mianowany prof. kliniki lekarskiej w Rostoku. Dr. Schiötz mianowany prof. okulistyki w Chrystyanii. Drowie: Klein i Barlow zostali mianowani prof. nadzwyczajnymi w Monachium. Drowie. Van Duyse i Gilson mianowani prof. zwyczajnymi, a Dr. Van der Schricht — nadzwyczajnym profesorem w Gandawie. Dr. Snyers mianowany prof. zwyczajnym w Liège. Starsi lekarze powiatowi: A. Bieńczewski i W. Stanko otrzymali przy sposobności przeniesienia ich w stan spoczynku krzyże kawalerskie orderu Franciszka Józefa.

Nekrologia. Dnia 6 b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Zygmunt Nowak, dyrektor szpitala powszechnego w Sanoku. Urodził się w Krynicy r. 1866, szkoły średnie ukończył w krakowskiem gimnazyum św. Jacka; nauki lekarskie studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim, który skończył roku 1892. Ćwiczył się w praktyce lekarskiej w krakowskim szpitalu św. Łazarza, początkowo jako praktykant bezpłatny, następnie jako sekundaryusz do końca roku 1897. W styczniu 1898 roku mianowany został dyrektorem szpitala powszechnego w Sanoku, do podźwignięcia którego nie szczędził trudu. Charakteru nad wszelki wyraz prawego, był światłym lekarzem, śmiałym operatorem i pozostawił po sobie niezatarte wspomnienie najzacniejszego człowieka.

Bibliografia:

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich.* Z. I. Prus: O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżka. Kadyi: O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniw. lwowskiego. Burzyński: O konserwacyi narządów w naturalnych barwach. Gońka: W sprawie powstawania niektórych cyst w błonie śluzowej dziąsła. Lemberger: O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt. Gąsiorowski: Wpływ działania kokainy, przecięcia nerwu i mechanicznego podrażnienia na budowę ciałek dotykowych Grandry'ego. Fajersztajn: O barwieniu włókien osiowych za pomocą laki chromowo-hematoksylinowej.

— *Medycyna* Nr. 45. Steinhaus: O nowotworach mięszanych ślinianek (dok.). Brudziński: O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy u dzieci.

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Bogdanik: O zachowawczem wyłuszczaniu włókniaków macicy. Cybulski: O użyciu fonendoskopu Barri — Bianchi. Święłochowski: O wpływie alkoholu na krążenie krwi.

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. Mutermilch: Stanowisko gruźlicy w rodzinie chorób zakaźnych. W.: Nasze Wydziały lekarskie.

— *Nowiny lekarskie* Z. 11. F. Chł.: Marceli Nencki (wspomnienie pośmiertne). Karwowski: Leczenie rzeżączki cytrynianem srebra czyli itrolem. Mincer: Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 45. Babák: Pojem biologie (c. d.). Hüttel: Operativni léčeni diphteritických stenos laryngu v prvém desitileti české dětské kliniky. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 89. Rosenthal i Hulot: Zakażenie enterokokowe ogólne. Martinet: Kiedy i dla czego należy polecać salicylan sodowy. Nr. 90. Chaput: Znieczulenie ogólne lub tylko rozległe drogą wstrzyknięcia kokainy pod opony rdzenia. Lequeu: Dwa przypadki śmierci natychmiast po wstrzyknięciu roztworu kokainy pod błony rdzeni. Dumont: Technika kokainizacyi rdzenia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Klein: O zaćmie w cukrzycy. Jellinek: Elektryczność i uśpienie chloroformowe. Preindlsberger: I. O operacyjnem leczeniu niedrożności jelit. II. Przyczynek do modyfikacyi przemieszczenia wola podług Wölflera. Furth: Ostre zatrucie jodem pod postacią zapalenia gruczołu przyusznego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Jesionek: O leczeniu rzeżączki protargolem. Fujisawa: Przypadek późnego zapalenia błon mózgowych po zranieniu czaszki. Strohmayer: Znaczenie statystyki indywidualnej w sprawie dziedziczności w neuro- i psychopatologii. Hoeflmayr: Zapalenie zawodowe nerwu w zakresie splotu ramiennego. Hamm: Przypadek gośćcowego zajęcia stawu żuchwy. Löhnberg: Dwa przypadki ciała obcego w jamie nosowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 45. Beck: Operacya spodziectwa *(Hypospadie)*. Uhlenhuth: Rozróżnianie mięsiw rozmaitych zwierząt za pomocą swoistej surowicy i praktyczne zastosowanie tej metody przy oględzinach mięsa. Jores: Osobliwa postać marskości wątroby. Shiga: Badania nad nagminną czerwonką w Japonii, szczególnie ze względu na prątka czerwonki (dok.). Strauss: Przyczynek do badań nad czynnością wątroby (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift.* Nr. 45. Martius: Dziedziczność konstytucyjnych czynników gruźlicy. Wolff: O zmianach degeneracyjnych w wysiękach opłucnowych. Gumpertz: O świadomości podwójnej. Baumgarten: O działaniu i wpływie histologiczno-patologicznym prątka gruźlicy. (c. d.). Prowe: Rzeżączka i prostytucya.

Redakcya otrzymała: Jessner: Kompendium der Hauptkrankheiten einschiesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Popielski: Ueber das peripherische reflectorische Nervencentrum des Pankreas.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem będą następujące odczyty: 1) doc. dr. M. Siedlecki (jako gość) „O pasorzycie malaryi ze stanowiska zoologicznego“; 2) kol. doc. Kryński: „Przyczynek do patologii i chirurgii sieci.

II-gie zwyczajne walne zgromadzenie członków Towarzystwa samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie, w niedzielę, dnia 24 listopada 1901 r. o godz. 3 po południu, *w sali Kopernika (Colleg. novum).*

II-gi Zjazd lekarzy okręgowych odbędzie się w sobotę, d. 23 listopada b. r. o godz. 4 po południu, *w sali Towarzystwa lekarskiego we Lwowie.*

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 23 Listopada 1901. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Ś. p. MARCELI NENCKI.

Nauka jest z natury swojej kosmopolityczna. Na jej rozwój i wzrost składały się całe pokolenia rozmaitych narodów. Im więcej jednostek pewnego narodu wnosi pracy do skarbnicy wiedzy, im ta praca jest wydatniejsza, tem szczytniejsze miejsce zajmuje on wśród innych. I ztąd to pochodzi, że można mówić o nauce jakiegoś narodu, jak mawiamy: nauka niemiecka, francuska, angielska itd. Jest to o tyle słuszne, o ile praca jednostek tej lub owej narodowości przyczyniła się do rozwoju pewnej dziedziny nauki. Niestety stanowisko nasze w nauce jest bardzo skromne. Miewaliśmy wprawdzie geniuszów, jak Kopernik, jak według zdania wielu Hoene Wroński i wielu innych, może mniej wybitnych, mniej znanych, ale niemniej w nauce zasłużonych ludzi. Lecz wszystkie nasze znakomitości naukowe stoją odosobnione; nie stworzyły one kierunków naukowych wśród mas, nie wytworzyły szkół i swych uczniów, którzyby genialne idee swoich nauczycieli przez szereg pokoleń rozwijali dalej. Prawdopodobnie przyczyna tego zjawiska nie leży w naszej naturze polskiej, czy słowiańskiej, lecz tkwi w warunkach rozwoju naszego społeczeństwa; od tej chwili bowiem, od której datuje się szczególny rozwój nauk ścisłych, społeczeństwo nasze nigdy nie było tak zamożne, ażeby tyle środków dla nauki mogło poświęcać, ile poświęcały inne społeczeństwa. Nie mając zresztą możności wyzyskiwania zdobyczy naukowych dla celów praktycznych, społeczeństwo nasze nie posiada i tego zrozumienia i tego szacunku, który otacza naukę gdzieindziej. A jednakże dzięki wybitnym jednostkom, które z naszego łona wychodziły, a które często nie na naszym nawet gruncie, ale korzystając z obcych źródeł poświęcały się nauce i wnosiły do niej nietylko nowe fakta, ale całe strumienie nowych myśli, znajdujących oddźwięk i na naszym gruncie, możemy mówić i my o naszej polskiej nauce.

Jednego z takich genialnych badaczy, który cały okres swej działalności naukowej spędził poza krajem, a jednakże, jak nikt inny, przyczynił się do rozwoju nauki u nas, społeczeństwo nasze złożyło przed kilku dniami w zimnym grobie w Warszawie.

Sądzę, że wobec Kolegów, lekarzy polskich, wprost nie wypada wykazywać, jak wielką stratę poniosła nauka wogóle, a nauka polska i polskie społeczeństwo w szczególności. Od trzydziestu lat imię jego raz po raz pojawia się na szpaltach naszych pism naukowych i zawodowych, n. p. lekarskich, choćby z powodu referatów z jego prac, lub prac jego uczniów, — a od piętnastu lat stało się tak powszechnie znane w kołach lekarskich, jak nie wielu tylko innych uczonych; prawie nie będzie przesadą, gdy powiem, że znaliśmy je tak, jak imię Pasteura, Virchova, lub Kocha. Mimoto, że imię Nenckiego znaliśmy wszyscy, mimoto, że zdawaliśmy sobie sprawę do pewnego stopnia, że jego zasługi wobec nauki są bardzo znaczne, znaliśmy go jednakże tylko w części i sądzę, że nie wieluby się znalazło wśród nas, którzyby w stanie byli ocenić całą wielkość tego człowieka.

Wprawdzie przed pięciu laty z okazyi 25-letniego jubileuszu doktorskiego pojawił się w naszem piśmiennictwie lekarskiem i przyrodniczem cały szereg jego biografij, lecz te oceny nie dawały jeszcze zupełnego wyobrażenia o potędze jego umysłu i były niekompletne choćby dlatego, że nie obejmowały tych rozpraw, które zostały ogłoszone po tym czasie.

Patrząc na pracę Nenckiego przez lat dwadzieścia i kilka, wprawdzie tylko zdała i tylko na wyniki tych prac, śledząc za tą potężną wytwórczością naukową, o której świadczy szereg prac jego i jego uczniów, zdawałem sobie najzupełniej sprawę, że nawet powierzchowana, ale sumienna ocena działalności ś. p. Nenckiego wobec różnorodności tematów, które dla swoich badań obierał, wymagałaby bardzo długiego czasu i przekraczałaby nawet do pewnego stopnia moje siły. Był to przedewszystkiem biolog, a więc zanurzał się w całe dziedziny fizyologii roślinnej i zwierzęcej, lecz za podstawę rozwiązywania zagadnień biologicznych uważał chemię i dlatego chemia fizyologiczna była na pierwszem planie. On z Hoppe-Seylerem i Kühnem stworzyli tę naukę; lecz chemia fizyologiczna jest właściwie tylko działem chemii organicznej; z natury więc rzeczy zmu-

szony był Nencki niejednokrotnie czynić wycieczki w dziedziny chemii organicznej, a nad czemkolwiek pracował, zawsze otwierał nowe drogi, stwarzał nowe metody, znajdował nowe związki i uzupełniał luki w samej teoryi.

Chcąc więc przedstawić w „Przeglądzie lekarskim" możliwie dokładny wizerunek jego działalności, nie mogłem oprzeć się tylko na mojej znajomości prac Nenckiego, lecz postanowiłem skorzystać z tych opracowań kilku naszych specyalistów, które zostały wygłoszone na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego i Towarzystwa im. Kopernika, odbytem dnia 23 października ku uczczeniu naukowej działalności ś. p. Marcelego Nenckiego. Mam nadzieję, że w ten sposób krótko, lecz najwierniej i najwszechstronniej zostanie scharakteryzowana jego działalność i że na tej podstawie można będzie odtworzyć najprawdziwszy wizerunek tej potężnej indywidualności.

Marceli Nencki urodził się w Królestwie polskiem w powiecie sieradzkim, z ojca Wilhelma i matki Katarzyny z Serwaczyńskich, 15-go stycznia 1847 r. Gimnazyum ukończył w r. 1863 w Piotrkowie. Zmuszony do opuszczenia kraju, zjawia się w jesieni tegoż roku w Krakowie, gdzie się zapisuje na Wydział filozoficzny w zamiarze poświęcenia się studyom filologicznym i sanskrytu W półroczu letniem 1864 r. udaje się do Jeny, gdzie w dalszym ciągu poświęca się studyom filologicznym. Od r. 1865 do 1867 studya te prowadzi na Wydziale filozoficznym w Berlinie. W półroczu zimowem 1867 r. wstępuje na Wydział lekarski i po upływie trzech lat uzyskuje dyplom doktora medycyny. Już w czasie studyów medycznych, jak to trzeba wnosić z dwóch pierwszych rozpraw, skrystalizowały się jego zamiary co do przyszłości. Byłto okres, kiedy i medycyna i nauki biologiczne tylko co weszły na nowe tory. Nencki zdał więc sobie sprawę, będąc jeszcze słuchaczem medycyny, że dla tych nowych kierunków przedewszystkiem ważną jest znajomość spraw chemicznych w ustrojach żyjących, znajomość składu tych substancyj, które podczas przemiany materyi wchodzą w grę. Potrzebna więc była gruntowna znajomość chemii, a w szczególności chemii organicznej. Z dyplomem tedy lekarskim rozpoczyna na nowo studya w Akademii technicznej w Berlinie, gdzie przez dwa lata pracuje wyłącznie w zakresie chemii organicznej pod kierunkiem znakomitego podówczas chemika, prof. Bayera. W pracowni tej Nencki gruntownie się zaznajamia z metodami badań związków organicznych i tak przygotowany obejmuje posadę asystenta przy katedrze anatomii patologicznej w Bernie, u profesorów Naunyna i Langhausa. Już od pierwszych chwil pobytu jego w Bernie pomimo szczupłości miejsca i środków w jego pracowni rozpoczyna się nader ożywiona praca, która stopniowo zjednywa mu uznanie i posuwa go po szczeblach uniwersyteckiej karyery; zostaje więc docentem, następnie profesorem tytularnym, a w r. 1878 profesorem zwyczajnym na katedrze chemii fizyologicznej.

Od początku swej nau owej karyery w Bernie Nencki nie zamyka się w ciasnych ramkach jakiegoś jednego zagadnienia, lecz zakreśla coraz szersze koła dla swojej pracy. Chemia fizyologiczna, fizyologia, chemia organiczna, bakteryologia, patologia ogólna, a nawet higiena — oto są dziedziny, z których czerpie temata dla prac swoich i swoich uczniów, których liczba wzmagała się z każdym rokiem. Oprócz Szwajcarów, Francuzów, Rosyan, Anglików i Amerykanów bardzo licznie była też reprezentowana w jego pracowni i młodzież polska. Mógłbym wskazać cały szereg nazwisk chemików i lekarzy, którzy z dumą zaliczają się do jego uczniów a z których pewna część zajmuje katedry i ma zaszczytne w nauce imię: jak Bandrowski, Kostanecki, Bądzyński, Kowalski, Lachowicz; drudzy zdobyli sobie poważne imię na innych stanowiskach, jak n. p. Jakowski, Dzierzgowski, Rekowski, Pruszyński i cały szereg innych.

W r. 1891. otrzymał Nencki propozycyę objęcia posady kierownika działu chemicznego w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Nie względy osobiste, lecz nadzieja daleko szerszego pola do pracy wobec ogromnych środków, którymi ta nowa instytucya została wyposażona, zachęciły ś. p. Nenckiego do przyjęcia tej propozycyi. Ostatnie też 10 lat spędził na stanowisku dyrektora zakładu chemii w Instytucie medycyny doświadczalnej. Działalność jego w tym nowym charakterze spotężniała jeszcze bardziej, a nadzwyczajne środki materyalne zakładu, ogromna ilość uczniów, właściwie lekarzy-współpracowników, pozwoliły mu rozwinąć całą potęgę swojego umysłu. Pracownia jego zaćmiła swojemi pracami wszystkie inne działy tej nowej instytucyi i sądzę, że nie przesadzę, jeżeli powiem, że poważne stanowisko, jakie ta instytucya zajęła w nauce, zawdzięcza w znacznej części Nenckiemu.

Prace Nenckiego i jego uczniów, nawet Polaków, ogłaszane były przeważnie w języku niemieckim w pismach fachowych, jak: *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, Monatschrifte für Chemie, Journal für practische Chemie, Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie, Pflüger's Archiv, Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Archives des sciences biologiques — Petersbourg, Schweizerisches Centralblatt für Bakteriologie, Journal der Vossischen phys. chemischen Gesellschaft* i tylko pewna część w „Wydawnictwach Akademii Umiejętności", w „Gazecie lekarskiej" i niektórych innych.

Oczywiście, wpływ tej potężnej działalności byłby o wiele większy, gdyby Nencki działał wśród nas, w jednym z naszych zakładów naukowych. Uniwersytety też nasze kilkakrotnie czyniły starania o pozyskanie go na jedną z wakujących katedr chemii, a nawet higieny; lecz usiłowania te rozbijały się zawsze z powodu niedostateczności środków, którymi nasze zakłady są wyposażone, a o które ze względu na warunki do pracy przedewszystkiem Nenckiemu chodziło.

Do ostatniej też chwili pracował i jakby w przeczuciu bliskiego końca, przyspieszał wykończenie rozpoczętych prac; gdy w lecie ciężko zapadł na zdrowiu, opisując w liście do jednego ze swoich uczniów swój stan, ubolewał tylko nad tem, że to doświadczenie, które posiada, a które właśnie teraz pozwalałoby mu prawdziwie skutecznie pracować, pójdzie na marne. Nie żałował życia, do którego jak się zdawało miał wszelkie prawo; żałował tylko nauki, której całe życie poświęcił, która z jego śmiercią traciła jednego z najgorliwszych i najdoświadczeńszych kapłanów.

Cześć jego cieniom!

Referentami o rozmaitych kierunkach działalności ś. p. Nenckiego na wspomnianem wyżej uroczystem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. i Towarzystwa im. Kopernika byli: prof. O. Bujwid i docenci: Seńkowski, Wróblewski i Marchlewski. Przemówienia tych referentów przytaczamy w całości:

Prof. Bujwid:

Umysł Nenckiego nie nadawał się do jednego, ściśle obranego działu badań, to też koło, jakie zakreślił, było zbyt obszerne, ażeby się dało pogodzić z ramami jednej umiejętności. W tym względzie da się on porównać z jednym tylko niedawno zgasłym genialnym badaczem, który taksamo jak Nencki starał się zedrzeć zasłonę z wiekuistej tajemnicy istoty życia. Historya postawi niewątpliwie obok siebie imiona Nenckiego i Pasteura i do tych imion nie wiele innych równej miary dodać potrafi.

Obaj ci badacze dla rozwiązania zagadki życia zeszli do krańców tego, co się zmysłami da poznać, do badania spraw rozkładowych, powodowanych przez najdrobniejsze istoty okiem niedostrzegalne, — przyczyny kiśnienia (fermentacyi) i gnicia. Zagadka pozostała nierozwiązaną, tajemnica, rzec można, nietkniętą, ale na drodze tej, której końca nie widać, powstały nowe słupy przydrożne, znaczące jasno już przebytą drogę. Czy dają one nadzieję rozwiązania tej zagadki?

Prace Nenckiego powstały w epoce rozkwitu najświetniejszych odkryć Pasteura. Przyczyny fermentacyi prawidłowej i chorobliwej, istota zarazków różnych chorób zwierzęcych, wreszcie zapobiegania chorobom zarazkowym u zwierząt i człowieka, szczepienie wąglika i wodowstrętu — przypadły w tej właśnie epoce. Nencki pracami swojemi uzupełnia luki tych badań, oznacza ściśle istotę butwienia i gnicia, bada wytwory rozkładu, cechujące pewne ustroje, prostuje zbyt daleko idące uogólnienia Pasteura, oznacza np. działanie drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym jako przypadkowe, raczej szkodliwe, nie zaś niezbędne do czynności życiowej ustroju.

Nencki pierwszy stara się ze skutkiem zbadać skład chemiczny ciała bakteryj i wykrywa w nich swoiste ciało białkowate, nie zawierające siarki — mykoproteinę; bada następnie wytworzone przez bakterye substancye i określa ich skład; w jego pracowni Hahn odkrywa ciało białkowate albumozę, wytwarzaną przez bakterye gruźlicze i stwierdza, że właśnie ta substancya, wytwarzana przez zarodek gruźliczy, jest główną przyczyną podniesienia ciepłoty; działa ona podobnie jak toksyny błonicy, tężca i jad żmij, jak zaczyn (enzym).

Nenckiemu, obok Pasteura, zawdzięczamy również dowody, że każda bakterya wytwarza właściwe sobie produkta; w ten sposób do bardzo nieraz niepewnych cech morfologicznych, służących do odróżnienia bakteryi, Nencki dodaje nową, daleko pewniejszą, stalszą oznakę, chemiczną charakterystykę bakteryj; od tego czasu bakteryologia wogóle zdobywa coraz ściślejsze naukowe podstawy. Ważnem również odkryciem było oznaczenie wzajemnego wpływu dwóch bakteryj, we wspólnem podłożu żyjących, na wytworzone produkta; badania Nenckiego wykazały, że łącząc w ten sposób rozmaite bakterye, możemy otrzymać nowe produkta: jeżeli to są zaczyny, odmienną fermentacyę, jeżeli bakterye chorobotwórcze — podniesienie jadowitości.

Niezmiernie ruchliwy umysł Nenckiego nie mógł się zadowolnić wyłącznie badaniami chemicznemi; a ponieważ środki, którymi rozporządzał na uniwersytecie berneńskim, nie pozwalały mu na szerszą działalność, przeniósł się do Petersburga, gdzie dzięki ofiarności ks. Oldenburskiego powstał zakład dla medycyny doświadczalnej, wyposażony we wszelkie możliwe środki naukowe.

Przybycie Nenckiego do Petersburga, wypadło prawie bezpośrednio po głośnem odkryciu Kocha, który sądził, niestety przedwcześnie, że odkrył środek leczący gruźlicę: Nencki od początku zapatrywał się na to odkrycie sceptycznie, a przyszłość niedaleka dowiodła, że miał słuszność po swej stronie. Na nowem stanowisku stosownie do zadania instytucyi, w której był kierownikiem jednego z głównych wydziałów, Nencki nie zaprzestając badań z zakresu chemii fizyologicznej, w daleko szerszym zakresie zajmuje się badaniami bakteryologicznemi, a w szczególności jadem błonicy i, jakkolwiek odkrycie surowicy przeciwbłoniczej nie przypadło jemu w udziale, to jednakże wspólnie z uczniem swoim Dzierzgowskim położył wielkie zasługi badaniami własności jadu błonicy i jego antytoksyny. Jedną z ostatnich prac Nenckiego było odkrycie zarazka księgosuszu i środka zaradczego przeciwko tej pladze. Odkrycie to, dokonane przy współudziale stałej towarzyszki prac Nenckiego, pani Sieberowej, przynosi nieobliczalne korzyści dla krajów, w których ta choroba panuje; a jakkolwiek jeszcze pozostawia pewne luki, to jednakże już obecnie znalazło zastosowanie w celach praktycznych.

Docent Seńkowski:

Działalność naukowa ś. p. Marcelego Nenckiego rozpoczyna się w czasie, gdy teorya związków aromatycznych, poparta badaniami Kekulego i jego uczniów, dodała nowego bodźca w rozwoju chemii, otworzyła nowe horyzonty. Wyniki tych badań, podane do wiadomości, w ciągu siódmego dziesiątka zeszłego stulecia wywarły głęboki wpływ na umysł młodego uczonego który się objawił w jego dysertacyi doktorskiej, zatytułowanej „Die Oxydation der aromatischen Verbindungen im Thierkörper". Praca ta, będąca dalszym ciągiem badań Schultzena i Naunyna nad utlenieniem się toluolu w ustroju i rozszerzeniem ich na inne węglowodory aromatyczne, jest początkiem długoletnich badań, trwających prawie przez całe życie Nenckiego. Za czasów berneńskich, a nawet później za petersburskich, powracał Nencki chętnie do widocznie ulubionego tematu, a wyniki tych badań dadzą się streścić w następujących twierdzeniach: Większa część węglowodorów aromatycznych, jak toluol, etylobenzol, norm. propylobenzol, ksylole, mesitylen, cymol, utleniają się na kwas benzoesowy, względnie na jego związki homologiczne, które opuszczają ustrój jako takie, albo w połączeniu z glikokolem.

Inna część związków aromatycznych, szczególnie te, które w rdzeniu benzolowym posiadają już grupę wodorotlenową, jak n. p. resacetofenon, paraoksypropiofenon, galloacetofenon zmieniają się na fenole i opuszczają ustrój w związku z kwasem glikuronowym, albo jako kwasy eterosiarkowe. Sam benzol, o ile nie zostanie wydalony drogami oddechowemi, utlenia się na fenol tak, że utlenienie jego może służyć jako miara siły utleniającej ustroju, która, jak Nencki okazał w zatruciu fosforowem, spada do zera w zatruciu arsenem, miedzią, lub środkami znieczulającymi, znacznie się zmniejsza

Utlenienie benzolu na fenol w ustroju odnosimy do działania t. zw. tlenu czynnego, który istnieje w postaci pojedyńczych atomów, przynajmniej doświadczenia Nenckiego wykazały, że działaniem ozonu na benzol powstają niewielkie ilości fenolu Hoppe Seyler przypuszczał, że tlen czynny tworzy się działaniem wodoru *in st. nascendi* na tlen drobinowy według wzoru: $H_2 + O_2 = H_2 O + O$. Nencki temu przypuszczeniu sprzeciwia się, doświadczalnie zbija je, a w pomoc mu przychodzą fakta, odkryte przez Radziszewskiego, że wiele ciał istniejących w ustrojach, jak tłuszcze, lecytyna, protagon i t. d. dają wobec potażu żrącego powód do tworzenia się czynnego tlenu.

Wspomniana na początku dysertacya doktorska nie jest pierwszą pracą Nenckiego. Jeszcze jako student uniwersytetu berlińskiego ogłasza wspólnie z Schultzenem rozprawę „Ueber die Vorstufen des Harnstoffs im Organismus", w której udowadnia, że octamid wydziela się w stanie niezmienionym, blizko zaś niego stojący kwas aminooctowy (glikokol) zmienia się w mocznik. Wogóle aminokwasy, jak leucyna i t. d. ulegają przemianie na mocznik całkowicie, albo jak tyrozyna w małej części.

Później już w Bernie stawia Nencki teoryę, wedle której pierwszym okresem rozpadu białek są aminokwasy i ciała bezazotowe, z których ostatnie ulegają całkowitemu spaleniu, pierwsze zaś albo przemianie na mocznik, albo kondensacyi z innymi ciałami, tworząc związki, jak kwas hippurowy, związane kwasy żółciowe i t. d.

Rok 1874 jest ważną datą w życiu Nenckiego: w tym roku bowiem rozpoczynają się jego klasyczne prace nad rozpadem białka pod wpływem gnicia. Zachęcony badaniami Jaffego nad barwikami z grupy indygowej w moczu, tudzież notatką Kühnego, że w ciągu tryptycznego trawienia białka powstaje zapach nieprzyjemny naftylaminu lub indolu (a działo się to wkrótce po otrzymaniu indolu przez Beyera), poddaje Nencki włóknik, później mięso, białko z jaj a w końcu klej trawieniu z drobno posiekaną trzustką. Rychło Nencki przychodzi do przekonania, że nie trawienie trzustkowe, lecz gnicie jest przyczyną daleko sięgającego rozpadu białek, zaczyna bliżej badać warunki gnicia, a badając je, odrazu staje się zwolennikiem teoryi, że życie bez tlenu wolnego (anaerobioza) jest możliwe. Działo się to w czasie, gdy bakteryologia była nauką nową, dopiero się rozwijającą, w czasie najklasyczniejszych odkryć Pasteura. Możliwość „anaerobiozy" udowadnia Nencki wraz ze swoimi uczniami doświadczalnie za pomocą przyrządów, z których ostatnie ślady wolnego tlenu można było usunąć, a równocześnie czułymi odczynnikami przekonać się o całkowitej jego nieobecności w odpowiednio przyrządzonych pożywkach.

Zaraz z początku swych prac nad gniciem białka wykrywa Nencki w produktach gnicia indol i to w znaczniejszych ilościach, tłómaczy reakcyę indolu z dymiącym kwasem azotowym, oznaczając otrzymany produkt, jako nitrozoindol; a wkrótce potem wydostaje ciało stojące w blizkim związku z indolem, t. zw. skatol, wydobyty po raz pierwszy z kału w pracowni Nenckiego przez Briegera, a analizując ten skatol, udowadnia, że jest on metyloindolem. Zestawiając kilkoletnie swoje badania nad gniciem białka wśród coraz to korzystniejszych warunków badania, w miarę rozwoju bakteryologii przychodzi Nencki do przekonania, że w drobinie białka istnieją preformowane trzy grupy ciał aromatycznych (a nie dwie jak twierdzili Schultze i Salkowski), a mianowicie: kwas feniloamidopropionowy, kwas paraoksyfeniloamidopropionowy, czyli tyrozyna i kwas skatoloamidooctowy, z których dwa pierwsze zostały otrzymane z białka, jako takie, obecność ostatniego jest przypuszczalną. Działaniem jużto redukcyjnem wodoru *in statu nascenti* w hodowlach beztlenowych, jużto przez następne utlenienie tlenem powietrza, tworzą się dalsze produkta rozkładu, a mianowicie z pierwszego tworzy się kwas fenilopropionowy, feniloctowy, a w końcu benzoesowy; z drugiego kwas paraoksyfenilopropionowy, paraoksyfeniloctowy, parakresol, kwas paraoksybenzoesowy, fenol; z trzeciego wreszcie kwas skatoloctowy, skatol i indol. Zależnie od rodzaju bakteryj, dostępu powietrza, ciepłoty i t. d. możemy proces reakcyi zatrzymać w tym punkcie, w którym tworzy się najwięcej jednego z wymienionych ciał. W produktach gnicia kleju niema tyrozyny ani indolu, w jego drobinie znachodzi się tylko jedna grupa aromatyczna, mianowicie kwasu feniloamidopropionowego.

W związku genetycznym z dotychczasowemi badaniami stoją doświadczenia nad działaniem wydzieliny trzustki na estry. Analogicznie do tłuszczów rozmaite inne estry ulegają hidrolizie pod wpływem soku trzustkowego; i tak trójbenzoina rozkłada się na kwas benzoesowy i glicerynę, podobnie bursztynian i benzoesan fenilowy. Doświadczenia te naprowadzają Nenckiego na myśl działania lokalnego na jelita z oszczędzeniem żołądka, a wynikiem tej myśli jest ogólne dzisiaj, a tak częste zastosowanie salicylanu fenilowego, t. j. salolu, w terapii.

W ciągu pracy nad rozpadem białek nasuwała się ustawicznie kwestya, czy gnicie w jelitach obok trawienia jest dla ustroju koniecznem, czy tylko nieuniknionem, czy to jest, jak się Nencki wyraża, *malum necessarium*, czy *inevitabile*. Nencki był zawsze tego drugiego zdania, a przypadek posłużył do udowodnienia. W przypadku chirurgicznym, gdzie założono rzyć sztuczną u ujścia jelita cienkiego do ślepego, nadarzyła się Nenckiemu sposobność badania wypływającej treści jelita cienkiego. W treści tej znajdowały się białko, mucyna, peptony, dekstryna, cukier, kwas mlekowy optycznie nieczynny i mlekowy mięśniowy, kwas octowy, bursztynowy, kwasy żółciowe i bilirubina; natomiast nie było indolu, skatolu, kwasu fenilopropionowego, wogóle produktów gnicia białka. Gdy badanie przemiany materyi wykazało należytą resorbcyę, bo 85·15% spożytego azotu, a chora miała się zupełnie dobrze, przychodzi Nencki do przekonania, że gnicie białka odbywa się dopiero w jelicie grubem i jest dla ustroju zbytecznem. Z okazyi tego spostrzeżenia podnosi Nencki myśl przeprowadzenia doświadczenia w ten sposób, aby ciężarnemu zwierzęciu odebrać płód w sposób aseptyczny

i hodować ten płód aseptycznie w odpowiednio zbudowanych przyrządach. Myśl tę za inicyatywą Nenckiego przeprowadzono w kilka lat później z wielkim nakładem kosztów i pracy, a wyniki dowiodły, że rzeczywiście zwierzęta wyższe mogą żyć bez współudziału bakteryj.

Bardzo ciekawe i ważne są doświadczenia na psach z t. zw. „fistulą Ecka", t. j. ze sztucznem wykluczeniem wątroby z obiegu krwi przez połączenie żyły bramnej z żyłą główną *(v. cava);* ważne z powodu, że rzucają światło na tworzenia się mocznika w ustroju. U psów, a zwłaszcza tych, którym w dodatku podwiązano tętnicę wątrobową, występuje w moczu karbaminian amonowy, a ilość mocznika się zmniejsza, choć nie znika zupełnie. Dalsze doświadczenia nad tymi psami wykazały, że we krwi ilość amoniaku i mocznika w porównaniu ze zdrowymi psami nie ulega zmianie, że więc zmniejszenie się ilości wydzielonego mocznika nie polega na jego zatrzymaniu się w ustroju, lecz na zmniejszonej produkcyi. Gdy nadto analiza krwi z rozmaitych części ustroju wykazała we krwi żyły bramnej większą ilość amoniaku, niż w innych naczyniach krwionośnych, przychodzi Nencki do przekonania, że źródłem, chociaż nie jedynem, tworzenia się mocznika z karbaminianu amonowego jest wątroba.

Wśród tych prac o większym zakresie zjawia się w ciągu życia Nenckiego spora liczba drobniejszych, po największej części stojących w związku z poprzednio opisanemi, a świadczących, że bystremu umysłowi naszego uczonego nie uszedł żaden fakt nowy, chociażby z pierwotnym tematem pracy nie stał w związku. Do tych zaliczyćby można wykrycie metylomerkaptanu w produktach gnicia białka i w moczu po zjedzeniu szparagów, wykrycie kwasu mlekowego mięśniowego obok fermentacyjnego w produktach kiśnienia cukru pod wpływem pewnych gatunków bakteryj, analiza ciał bakteryj i zarodników wąglika, w których wykrywa nowy rodzaj białka „mykoproteinę", ciekawą o tyle, że nie zawiera siarki, co jest faktem dotychczas odosobnionym, i wiele, wiele innych. Znane są także prace Nenckiego na polu syntezy chemicznej, szczególnie w początkach jego działalności; prace te, nieliczne zresztą, tyczą się budowy kwasu moczowego, połączeń polymerycznych cyanu, związków guanidyny i siarkomocznika, prace cenne, usuwające się jednak wobec robót chemiczno-fizyologicznych na plan drugi. Umysł zajęty chemizmem życia niechętnie się zwracał do martwej przyrody. Wyliczenie i streszczenie prac nie określa dokładnie działalności naukowej ś. p. Marcelego Nenckiego. By ją ściśle opisać, trzebaby opowiedzieć historyę chemii fizyologicznej z ostatnich lat trzydziestu. Na całym obszarze tej pięknej nauki nie było faktu, któryby naszego uczonego nie zainteresował i nie pobudził do dalszego badania, którymby się nie zajął albo sam, albo, boć człowiek ma tylko dwoje rąk do pracy, nie był odstąpił wraz z cennemi wskazówkami któremuś z plejady swoich uczniów.

Docent Wróblewski:

W udziale mi przypadło mówić o pracach Marcelego Nenckiego, dotyczących enzymów. Najszczuplejszy to dział, z kilkuset bowiem prac, które wyszły z jego pracowni, zaledwo parę dotyczy enzymów. Pomimo to jednak wykazał Nencki i w tej dziedzinie wybitne zalety swego talentu naukowego: jasność i płodność myśli, zupełnie oryginalną inicyatywę, śmiałe stawianie ryzykownych nawet hipotez i spożytkowanie ich do doświadczalnego zdobycia nowych prawd, metodykę staranną i subtelną.

Gdy jeszcze w Bernie zajęty on był badaniem chemicznem bakteryj i rozkładem ciał proteinowych pod względem gnicia, wyłonił się jego pogląd, że gnicie i działanie bakteryj na substraty zachodzą przy pośrednictwie produkowanych przez bakterye enzymów. Wypowiedział też podówczas i z naciskiem podnosił pogląd, zgodny z zapatrywaniem innych chemików, że działanie enzymów polega na łączeniu się ich z substratem, na który działają i ponownem rozszczepianiu się tego przejściowego połączenia, przyczem drobina substratu się rozpada. Pogląd ten uzyskuje coraz więcej poparcia i w obecnych czasach. Działanie enzymów studyował on szczególnie na soku trzustkowym i wykazał, że zaczyn tego soku, rozszczepiający tłuszcze naturalne, zdolny jest w ustroju i poza ustrojem rozszczepiać również tłuszcze syntetycznie otrzymane, etery szeregu tłuszczowego i aromatycznego, a nawet i aromatyczne ketony. Z pośród kilku poddanych badaniu eterów i ketonów, niektóre rozpadały się łatwo, inne zaś nie ulegały rozszczepieniu. Wskazuje to na swoiste działanie enzymu na te połączenia chemiczne i podnoszę tu, że praca ta wykonaną była o wiele lat wcześniej, niż badania Emila Fischera nad swoistem działaniem enzymów na glukozydy, które temu uczonemu dużo sławy przysporzyły. Z tych badań Nenckiego wylęgły się ważne dla terapii jego prace, wspólnie z uczniem jego Sahlim, dziś słynnym klinicystą, podjęte, o działaniu dezinfekcyjnem w przewodzie pokarmowym powolnie rozszczepiających się pewnych połączeń. Z tąd też pochodzą wyrażone w oddzielnym artykule poglądy jego o znaczeniu enzymów w terapii.

Na podstawie tychże badań, oraz na podstawie dawniej znanych własności enzymotycznych soków przewodu pokarmowego, wystąpił Nencki z polemiką przeciw Pasteurowi, który podówczas w pełnym blasku swej sławy wypowiedział mniemanie, że zwierzęta, jako to: pies, świnka morska, kuna, hodowane bez dostępu bakteryj i karmione pokarmem wyjałowionym, żyćby zapewne nie mogły; że istnienie bakteryj w ustroju jest konieczne do trawienia, do życia zwierząt. Nencki twierdził natomiast, że enzymy, zawarte w sokach przewodu pokarmowego, są raczej ciężarem dla ustroju, powodując szkodliwe gnicie. Zaznaczał on jednak, że nie zapoznaje wielkiej ważności, jaką bakterye w gospodarce przyrody posiadają. Dla rozstrzygnięcia sporu brakowało doświadczenia. Wykonanem ono zostało dopiero w dziesięć lat później, już po zgonie Pasteura, gdy za inicyatywą Nenckiego zdołali Tierfelder i Nutall wyhodować pomimo wielkich trudności świnki morskie bez bakteryj. Żyły one, rozwijały się bardzo pomyślnie i przybywały na wadze w ciągu kilkunastu dni; zostały następnie zabite i sekcya, oraz odnośne badania wykazały, że w całym ich ustroju bakteryj nie było. Tu się objawiła siła myśli Nenckiego, trafność jego hypotezy.

Ta siła myśli przejawiła się też i w innej dziedzinie. Pracując z sokiem trzustkowym, badał Nencki produkty

rozpadu ciał proteinowych pod wpływem tego soku i najszczegółowiej zajmował się jednym z tych produktów, mianowicie proteinochromogeną i wygłosił teoryę, popartą wielu faktami, oraz własnem doświadczeniem, o czem referować będzie kto inny, że proteinochromogena jest substancyą macierzystą, z której się tworzą pigmenty i barwiki ustroju zwierzęcego. I w artykule swoim, podnoszącym wielkie znaczenie pracy Schuncka i Marchlewskiego o pokrewieństwie barwików zwierzęcego i roślinnego, wypowiada on hipotezę, dającą pochop do studyów doświadczalnych, że jak w ustroju zwierząt powstaje z ciał proteinowych pod wpływem enzymów substancya macierzysta barwików zwierzęcych, tak również prawdopodobnie i w ustroju roślin zachodzi pod wpływem enzymów wytwarzanie się z białek macierzystej substancyi zieleni.

Nencki przysporzył również bardzo poważne dowody na poparcie zapatrywania, zaliczającego enzymy do grupy ciał proteinowych. Wspólnie z Sieberową wykazał on, że soki trawienne przewodu pokarmowego osłabiają i w końcu niszczą działanie toksyny błoniczej i tężcowej, przemieniając je w toksozy i toksoidy, podobnie jak przemieniają one białko w albumozy i peptony. Tem się tłómaczy fakt, dlaczego te toksyny, posiadające cechy enzymów, są mało szkodliwe. gdy je wprowadzimy do przewodu pokarmowego. Będąc podobnemi do białek, trawią się one jak białka.

Badanie pepsyny wykazało również przynależność jej do ciał proteinowych. Jako materyał do tych badań służył Nenckiemu zupełnie czysty sok żołądkowy, otrzymany z psów, operowanych metodą Pawłowa, kolegi i przyjaciela Nenckiego w Petersburgu. Poddawał on, wspólnie z Sieberową, ten sok rozmaitym działaniom chemicznym. Po oziębieniu do 0° sok ten wydzielał ziarnisty osad; podobny osad można było otrzymać i zapomocą dyalizy soku, lub też wysalania siarkanem amonowym. Różnymi sposobami otrzymane osady działały silnie trawiąc białkowe substancye, posiadały bardzo zbliżony skład chemiczny, oraz jednakie własności. Nencki na podstawie tego wywnioskował, że przedstawiają one jednorodne, toż samo ciało, mianowicie pepsynę. Osad, otrzymany w dyalizatorze został rozpuszczony w małej ilości kwasu solnego o temże stężeniu, co i sok żołądkowy i rozczyn taki działał trawiąc białka nieomal dwa razy silniej, niż świeży sok żołądkowy. Kwaśny rozczyn osadu wydziela po zagotowaniu kłaczki nukleoproteidu, nie jest to jednak zjawisko ścinania się pod wpływem wrzenia, lecz rozszczepienie pod wpływem kwasu. Obok nukleoproteidu powstaje proteoza i lecytyna. Nencki dochodzi na podstawie doświadczalnych danych do wniosku, że badane ciało przedstawia pepsynę, w skład drobiny której wchodzi proteoza, lecytyna i nukleoproteid, wchodzą tam też pierwiastki: żelazo i chlor. I podnoszę tu, że ze względu na to, iż lecytyna zawiera w sobie kwas fosforowy i nukleoproteid, zawiera w swym składzie obok pentozy i zasad nukleinowych też grupę kwasu fosforowego, przeto pepsyna przedstawia organiczne połączenie kwasu fosforowego. Drobina pepsyny jest bardzo niestała i częściowo się rozpada już pod działaniem bardzo słabych czynników. Nencki zwraca uwagę, że w nauce coraz wyraźniej występuje świadomość tego, że w jestestwach żywych grają wielką rolę rozmaite niestałe, pod działaniem samej nawet już wody rozszczepialne połączenia i że ta ich niestałość zużytkowywaną zostaje do rozmaitych celów przemiany materyi Pepsyna posiada dwojakiego rodzaju działanie enzymotyczne: rozszczepia bowiem ciała proteinowe i ścina mleko, oraz wytwarza w rozczynach proteoz i peptonów na drodze syntetycznej ciało białkowe o złożonej drobinie, zwanej plasteiną. Działanie na mleko, oraz na rozczyny proteoz, przypisują podpuszczce. Tak więc badane przez Nenckiego ciało działa i jak pepsyna i jak podpuszczka. Nic w tem dziwnego, że jedno ciało chemiczne może posiadać dwojakie działanie, znamy bowiem kwasy aminowe o bardzo prostej budowie, które zależnie od warunków zachowują się to jak kwasy, to znowu jak zasady, przyczem w grę wchodzą rozmaite ugrupowania atomów. Tem łatwiej więc zrozumieć, że ciało o bardzo złożonej, rzec można olbrzymiej drobinie, wywiera dwojakie działanie enzymotyczne. Nencki wykazał, że chlor jest składnikiem grupy atomów, działającej proteolitycznie. Pepsyna jest więc ciałem proteinowem o bardzo złożonej budowie i jeżeli niektórzy badacze podają, że często rozczyny pepsyny, wywierające działanie proteolityczne, nie dają odczynów na białka, to przyczyną tego jest to, że najczulszym odczynem na pepsynę jest właśnie jej działanie enzymotyczne: $^1/_{1000}$ część mgr. pepsyny rozpuszcza w ciągu kilku godzin kłak włóknika. Na dowód tego Nencki przytacza jeszcze doświadczenie, wykonane przez jego asystenta, dra Dzierzgowskiego, który zebrał całą ilość soku wydzielanego przez roślinę *Nepenthes*. Sok ten strawiał w ciągu kwadransa kłak włóknika, nie dawał jednak odczynów na białka. Gdy jednak zagęszczono kilkaset c. sz. tego soku do objętości kilku c. sz., to wówczas wystąpiły wybitnie odczyny na białka. Tak więc Nenckiemu udało się po raz pierwszy otrzymać prawie zupełnie czysty enzym i wyświetlić jego budowę chemiczną.

W tej pracy, która należy do najpoważniejszych zdobyczy chemii z czasów ostatnich, a którą nam Nencki przed rokiem w mowie swej przy otwarciu IX. Zjazdu przyrodników polskich zapowiadał, — zajaśniał jego talent temi właściwościami, o jakich wspominałem w początku. Mówiłem też o metodyce jego: polegała ona na stosowaniu bardzo słabych czynników chemicznych, na wprowadzaniu bardzo małych zmian, jako to: działania wody, dyalizy; małych zmian ciepłoty, kwasowości cieczy i na bezustannem analizowaniu doświadczalnem zmian, jakie w pepsynie przy tych warunkach zachodzą, w analizowaniu produktów rozpadu pepsyny pod wpływem tych zmian powstałych. Za każdą otrzymaną liczbą następowała trafna i subtelna dyskusya, analiza wyniku. Nie stosował on tu wprawdzie misternej i skomplikowanej aparatury laboratoryjnej, której w razie potrzeby używał w innych pracach, lecz współdziałał mu przez cały ciąg pracy aparat najbardziej misterny, najbardziej subtelny i najbardziej skomplikowany, a aparatem tym była — myśl własna.

Docent Marchlewski.

Zadaniem mojem jest przedstawić wyniki badań Nenckiego, którym poświęcał się ze szczególnem zamiłowaniem, do których powracał ustawicznie i które bogate były w plon obfity. Są to badania, odnoszące się do jednego z najważniejszych składników przyrody uorganizowanej, bez którego życie organizmów, przedewszystkiem wyższych, byłoby niemożliwe,

mianowicie do krwi. Sprawa składników krwi zajmowała badaczów od bardzo dawna, ale dopiero dzięki usiłowaniom Nenckiego jesteśmy w możności powiedzieć, że sprawa budowy chemicznej czerwonego barwika krwi zostanie niebawem wyjaśnioną w zupełności. Ze Nenckiemu przypadło w udziale tak bardzo przysłużyć się wiedzy, to nic dziwnego. Sprawa to nader zawiła, na powodzenie mógł liczyć li tylko badacz przyzwyczajony do badania ścisłego, badacz władający całym aparatem nowoczesnego badania doświadczalnego, badacz, który w opracowywaniu tych metod sam mógł położyć zasługi. Nencki był takim badaczem. Pomimo, że działalność swoją rozpoczął w epoce rozwoju fizyologii, kiedy chemia i fizyka nie były uważane za konieczne środki do zgłębienia jej zagadnień, zrozumiał natychmiast, że kierunek ów stary, nie doprowadzi do celu, że tylko o zastosowaniu metod ścisłego badania może tu być mowa. W jego pracach odźwierciadla się w istocie znakomicie metoda badań problematów fizyologicznych. Dla niego nie istniała jakaś specyficzna chemia fizyologiczna, a tylko chemia ogólna, która stawała się fizyologiczną tylko o tyle, że tematy przezeń wybierane odnosiły się do produktów przemiany materyi wewnątrz organizmów.

Każde więc ciało, spotykane w tym obszarze zjawisk przyrody, poddawał ścisłym badaniom chemicznym i fizycznym, a dopiero po poznaniu jego przyrody wnioskował o sposobie powstawania i genetycznym związku pomiędzy różnemi ciałami.

Sprawą barwnika krwi, którego rolę fizyologiczną przenoszenia tlenu z płuc do innych narządów, poznano już dawno, zajmowało się wielu. Niemal wszystkie cywilizowane narody miały przedstawicieli, którzy starali się zgłębić chemiczną przyrodę tego ciała; atoli przyspieszenie ostatecznego rozwiązania tej zagadki zawdzięcza nauka polakom. Pierwsze, pod względem czysto chemicznym najważniejsze spostrzeżenie wyszło z Krakowa, kiedy Teichman udowodnił, że barwnik krwi jest t. zw. związkiem sprzężonym pewnej substancyi białkowatej, bezbarwnej i właściwego barwnika, wydzielającego się z pierwotnego połączenia w postaci krystalicznej pod wpływem kwasów. Owe kryształy Teichmanowskie, zwane kryształami heminy, tworzyły w następstwie główny punkt wyjścia dalszych badań; lecz aczkolwiek zainteresowały one tak wybitnego badacza, jakim był Hoppe Seyler, a potem cały szereg innych, między nimi Mac Munna i Haliburtona, dopiero w rękach Nenckiego stały się one z punktu widzenia chemicznego godnymi uwagi i szczegółowych badań.

Nencki udowodnił przedewszystkiem, że hemina Teichmana jest estrem kwasu chlorowodorowego związku barwnego, a nie poprostu solą chlorowodorową ostatniego, że przez działanie ługów na heminę chlor podstawia się przez grupę hydroksylową przyczem powstaje hematyna, związek zawierający obok C, N, H, O jeszcze żelazo. Z hematyny pod wpływem energicznego działania kwasów w pewnych warunkach wytwarza się hematoporfiryna, ciało o składzie stosunkowo prostym, niezawierającym już żelaza. Dla nieobeznanego z trudnością przedmiotu, wyniki te wydadzą się błahymi; tylko specyalista może ocenić niezmierną pracę, bystrość umysłu i ścisłość w badaniu, które wyniki te dać mogły, szczególniej gdy uwzględni się chaos, jaki panował naówczas w zakresie chemii krwi. Nową, silną pobudką podjęcia dalszych i jeszcze energiczniejszych usiłowań nad zbadaniem barwika krwi była według Nenckiego okoliczność, całkiem niespodziewana. Kiedy w pracowni Nenckiego silono się nad zdarciem tajemnicy ze sprężyny życia organizowanego zwierzęcego, w pracowni innej borykano się z niemniej ciekawem zagadnieniem, z zielenią roślinną, czyli chlorofilem, sprężyną życia organizowanego roślinnego. Jednym z wyników tych prac ostatnich było, że jedno z pochodnych zieleni, otrzymanych zapomocą dość zawiłych procesów, nad którymi tutaj niema potrzeby zastanawiać się bliżej, posiada barwę czerwoną i wogóle własności fizyczne i chemiczne bardzo zbliżone do własności hematoporfiryny. Fakty te nie pozostawiały żadnej wątpliwości, że hematoporfiryna i filoporfiryna są ciałami chemicznie blizko spokrewnionemi, z czego wypływa, że i ciała macierzyste tych związków, chlorofil i czerwony barwik krwi, są ciałami blizko spokrewnionemi. Badacze, którzy fakt ten odkryli, podkreślili ważne jego znaczenie dla biologii wogóle, a Nencki dzięki dawniejszym swym pracom nad produktami rozkładu białka pod wpływem trypsyny, natychmiast mógł wskazać na przyczynę tego powinowactwa dwu barwników, umożliwiających istnienie świata uorganizowanego. Wykazał on mianowicie, że jeden z produktów rozkładu białka, zwany proteinochromogenem, daje pod wpływem bromu pochodną barwy czerwonej, ze składem bardzo zbliżonym do składu hematoporfiryny, t. zw. proteinochrom. Opierając się na tych spostrzeżeniach Nencki zawnioskował, że materyałem budulcowym dla cząsteczek barwika krwi jest białko, które pod wpływem po części syntetycznych, po części analitycznych procesów, zachodzących w ustroju, może wytworzyć układy atomów, które spotykamy później w cząsteczkach barwikowych. Ponieważ zaś z drugiej strony białko roślinne jest bardzo zbliżone do białka zwierzęcego, a procesy chemiczne, zachodzące w ciałach przedstawicieli obu państw, różnią się więcej ilościowo, niż jakościowo, więc nic dziwnego, że podobieństwo przemian, jakim podlega białko w organizmach zwierzęcych i roślinnych, uwidocznić się musi w ostatecznej postaci barwików, posiadających ten sam chromogen. Dla Nenckiego, entuzyastycznego zwolennika teoryi ewolucyjnej wielkiego anglika, powinowactwo hematoporfiryny i filoporfiryny, łączących dwa światy w sposób nierozerwalny liczbą, wyrażającą skład tych cząsteczek, długościami fal, mierzonych milionowemi częściami milimetra, a absorbowanemi przez ich roztwory, powstało teraz zadanie o ile możności nie pozostawić żadnej wątpliwości co do słuszności twierdzenia tamtych badaczów. Chodziło mu o przemienienie hematoporfiryny w filoporfirynę, o zadzierzgnięcie ostateczne węzła, łączącego krewniaków przez utożsamienie ich krwi. Zadanie to nie udało się wprawdzie w zupełności, ale usiłowania, mające na celu jego urzeczywistnienie, dały szereg tak ważnych odkryć, że umożliwiły postawienie pierwszych bardzo prawdopodobnych wzorów konstytucyjnych dla hematyny i hematoporfiryny.

Filoporfiryna różni się od hematoporfiryny tem, że przy jednakowej ilości atomów węgla, wodoru i azotu w cząsteczce zawiera mniej atomów tlenu. Chcąc wydzielić z hematoporfiryny ów tlen nadmierny, Nencki poddał ją działaniu t. zw. środków redukcyjnych, mających na celu podstawienie grupy zawierającej tlen przez wodór. Nie otrzymał w ten sposób wprawdzie filoporfiryny, ale zato ciało inne, nazwane przez niego mezoporfiryną, które przy jeszcze energiczniejszej redukcyi dało wreszcie ciało bezbarwne, zwane hemopyrolem, zawierające li tylko węgiel, wodór i azot. Ciało to posiada już bardzo prostą

budowę, jest mianowicie metylo-propylo-pyrrolem i musi być uważane za rdzeń cząsteczki hematoporfiryny i innych pochodnych barwika krwi. To samo ciało powinno być otrzymanem z chlorofilu, co w istocie ma miejsce, jak dowiedziono w pracy wykonanej częściowo w Petersburgu, a częściowo w Krakowie. Fakt ten ostatecznie potwierdza pokrewieństwo barwika krwi i chlorofilu. Hemopyrrol zaś okazał się szczególnie ważnym jeszcze z tego względu, że utleniając się nader łatwo na powietrzu, daje urobilinę, otrzymalną przez redukcyę barwika żółci, bilirubiny. W ten sposób urzeczywistniono doświadczalnie przemianę chlorofilu i barwika krwi w barwik żółci, względnie bardzo blizką ostatniego pochodną.

Staraliśmy się dać pojęcie o pracach Nenckiego, wiedząc z góry, że zadaniu nie sprostamy. Łatwo jest wprawdzie przedstawić w kilku suchych słowach wyniki prac jego, drukowanych w najróżnorodniejszych czasopismach; niepodobna jednak przewidzieć, jak wielki wpływ one wywrą na dalszy rozwój badania tematów, przez niego obranych. Nie pomylimy się wszakże, gdy powiemy, że wpływ ten będzie ogromny; każda niemal praca jego syntetyczna opierała się na zasadach szerokich, otwierała wielkie widnokręgi, każda praca analityczna w rodzaju tej o barwiku krwi miała znaczenie doniosłe, ogólno filozoficzne. Z nieuchwytnych myśli rzuconych przyszli badacze wysnują nowe prawdy, stare tajemnice znikną, zbliżać się będziemy coraz więcej do celu upragnionego, a jednak jakoby wiecznie niedoścignionego, ostatecznego zgłębienia tajemnic przyrody. Nencki, który prawdy tak pragnął, który trudności w zdobyciu jej nie widział, który hasło „ignorabimus" piętnował, jako hasło małodusznych, jako hasło nauce szkodliwe, a przedewszystkiem hasło wiecznie przedwczesne, w pracach tych pokoleń nowych żyć nie przestanie. To jest największa nagroda, jaka czeka badacza. Nencki nagrody tej zazna w całej pełni.

Prof. dr. N. Cybulski.

II. Wyciągi.

Labhardt. **Przyczynek do kazuistyki przetoki między żołądkiem a okrężnicą.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Przetoka między żołądkiem a okrężnicą powstaje zwykle wskutek wrzodu żołądka, który następnie przebija do okrężnicy, lub wskutek nowotworu żołądka, który w rozwoju swym przechodzi na okrężnicę. L. podaje cztery przypadki przetoki między żołądkiem i okrężnicą; dwa z nich były operowane; w obydwóch przyczyną przetoki był nowotwór żołądka. W jednym przypadku założono jejunostomię, gdyż o doszczętnej operacyi mowy nie było; chory odżywiał się przez założoną przetokę. W drugim przypadku o wycięciu guza też mowy nie było; zrobiono kolo-kolostomię przez połączenie części okrężnicy, leżących po obydwóch stronach przetoki. Dwa przypadki nie były operowane. Rozpoznanie we wszystkich czterech przypadkach nie było trudne, we wszystkich bowiem były wybitne objawy: znaczne wychudnienie i wymioty kałowe. L. podnosi występowanie biegunki wskutek dostawania się treści żołądkowej wprost do okrężnicy. Czas wystąpienia biegunki może nieraz wskazywać na czas powstania połączenia między żołądkiem a okrężnicą. Co do rokowania wogóle, to zależy to od stanu chorego i od przyczyny przetoki. Autor wspomina o dwóch zabiegach chirurgicznych: o jejunostomii i o kolo-kolostomii. Pierwsza operacya wskazana jest w tych przypadkach, gdzie o doszczętnej operacyi myśleć nie można tak, że chodzi tylko o utrzymanie chorego przy życiu, lub też jako operacya przedwstępna w tych przypadkach, gdzie wskutek podupadłego odżywienia doszczętnej operacyi zaraz wykonać nie można. Drugą operacyę uważa autor za właściwą operacyę, znoszącą nieprawidłowe krążenie treści przewodu pokarmowego.

Dr. Teofil Zalewski.

Hölscher. **Dwa przypadki ciał obcych w jamie bębenkowej.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 42). H. utrzymuje, że ciała obce najczęściej dostają się do jamy bębenkowej od strony zewnętrznego przewodu usznego wskutek nieumiejętnego ich wydobywania z przewodu usznego. Według H. zdarzają się często także nieszczęśliwe przypadki, które stały się nieszczęśliwemi tylko wskutek nieumiejętnego wydobywania ciała obcego z przewodu usznego przez lekarza. Opisuje on dwa przypadki ciała obcego w jamie bębenkowej. Jeden dotyczył 5-letniej dziewczynki, która włożyła sobie do ucha pestkę od wiśni. Lekarz dwukrotnie próbował wyjąć pestkę, lecz bez skutku; za drugim razem ułamała mu się łyżeczka, którą chciał pestkę wyjąć. Badanie wziernikiem wykazało brak bębenka, który został poszarpany; młoteczka też nie można było dopatrzeć; w jamie bębenkowej stwierdzono obecność ciała obcego. Dziecko zachloroformowano, lecz i wtedy nie udało się ciała obcego wydostać. Zrobiono operacyę doszczętną: wyjęto pestkę i odłamaną łyżeczkę; kostek słuchowych nie znaleziono. Ranę pooperacyjną leczono, jak po zwykłej operacyi doszczętnej. Drugi przypadek dotyczył 5-letniego chłopczyka, który włożył sobie mały kamyczek do ucha. Matka próbowała wydobyć go raz, lekarz trzy razy, bez skutku jednak. H. widział chorego po 9-ciu dniach, kiedy wystąpiła już bolesność wyrostka sutkowego. Badanie wziernikiem wykazało szparę w bębenku, ciała obcego jednak zobaczyć nie można było; wyczuć go jednak można było zgłębnikiem po zachloroformowaniu chorego. I tym razem musiano wykonać operacyę doszczętną, gdyż przez przewód uszny wydobyć kamyka nie można było. W tym przypadku ranę pooperacyjną zaszyto; wyleczenie przez rychłozrost. H. zwraca uwagę, jakiej siły musiano użyć, by zepchnąć ciało obce do jamy bębenkowej, kiedy przy operacyi musiano w jednym i drugim przypadku wydłutować dość dużo kości, by ciało obce z jamy bębenkowej wydobyć, gdyż otwór naturalny był zamały. H. upomina, że narzędziem wydobywać ciało obce z ucha może tylko ten, który dobrze jest obeznany z otyatryą; dla lekarza praktycznego pozostaje tylko woda i strzykawka.

Dr. Teofil Zalewski.

Prof. Dr. Wilhelm Winternitz (Wiedeń). **Krytyczne uwagi, tyczące się międzynarodowego kongresu przeciwgruźliczego w Londynie, r. 1901.** (*Blätter für klinische Hydrotherapie* Nr. 8, 1901). Tegoroczny kongres londyński dla zwalczania gruźlicy kładzie główny nacisk, jak i poprzednie, na niszczenie prątka gruźliczego. Do zalecanego dawniej już środka (kongres berliński), służącego temu celowi, t. j. niszczenia zakażonej plwociny, przybywa nowy: obowiązek donoszenia powołanym do tego władzom o przypadkach gruźlicy. Chodzi więc o to, by tych „plujących" łatwiej mieć na oku.

Jeżeli jednak do zakażenia gruźlicą potrzebną jest jedynie obecność prątka, to te, które nie dostały się do spluwaczki, a kryją się w kale, w moczu i innych wydalinach i wydzielinach ustroju, aż nadto wystarczają do zakażenia wszystkich ludzi. Wobec tego zaś że takie idealne oddzielenie chorego w praktyce jest wprost niemożliwe, — niewiele zdziała i owo donoszenie o gruźlicy.

Do żołądka dostaje się przecież ogromna ilość prątków, a pierwotna gruźlica jelit i żołądka jest wielką rzadkością. Z tego wynika: 1) do zakażenia ustroju gruźlicą nie wystarcza sama obecność prątka; potrzeba do tego odpowiedniego podłoża (usposobienie); 2) powtóre, przyjąć musimy, że każdy żyjący narząd, czy tkanka (żołądek), posiada własność samoobrony, bo niszczy dostające się doń prątki, wydala je, lub czyni nieszkodliwymi.

Kulminacyjnym punktem kongresu był wykład Kocha. Twierdzi on, że perlica i gruźlica ludzi, to dwie odrębne choroby. Jeżeli prątek gruźliczy nie zaraża wołu, to przecież nie dowód, żeby i prątek perliczy nie zakaził człowieka. Że zaś mięso i mleko perliczych zwierząt, użyte jako pokarm, nie szkodzą człowiekowi, to wynika samo przez się z silnie odkażającej siły żołądka i soków trawiennych.

Autor podaje swoim chorym — od lat 40-tu — stale mleko surowe, jako łatwiej strawne, pożywniejsze i smaczniejsze, a nie spostrzegał ani jednego przypadku zarażenia się tą drogą, chociaż wiadomo, jak bardzo perlica jest rozpowszechnioną. Pozwala też pacyentom na używanie surowego masła, chociaż obecność prątków w niem stwierdzono.

Przyczyny tego pocieszającego zjawiska, że odsetek śmiertelności na gruźlicę się zmniejszył, nie należy szukać w tem, że więcej w tych czasach zniszczono plwociny zakażonej. Zrobiły to stanowczo lepsze mieszkania i lepsze pożywienie (Brouardel).

Przedewszystkiem więc myśleć należy o higienie, zapobieganiu i leczeniu gruźlicy. Stanowczo lepiej wysilić się w tym kierunku, jak zajmować się głównie niedającem się w praktyce przeprowadzić niszczeniem plwociny. Walcząc w ten sposób, zrobimy bardzo wiele, bo uodpornimy ustrój, a to jest w naszej mocy.

Poprawa stosunków mieszkalnych i odżywiania się to najważniejsze zapobiegawcze zadanie higieny. Przy budowie domów czynszowych, mieszkań dla robotników i t. p., powinny władze udzielać odpowiednich wskazówek i przestrzegać zastosowania się do nich. Co do sprawy odżywiania się, to przecież ten wskazany rodzaj dyety nie jest ani kosztowny, ani zbyt różnorodny.

Zakładanie i utrzymywanie opartych na tej zasadzie kuchni ludowych, pouczanie o tym rodzaju odżywiania się, to przecież lepsze i ważniejsze, jak przesadne rozsiewanie postrachu w broszurach o teoryi zarażania się. W domach czynszowych i robotniczych należy urządzać łazienki, zwiększyć wogóle ilość łaźni ludowych; należy wydawać popularne broszurki o użyteczności takich urządzeń dla higieny osobistej, dla wzmocnienia ustroju, wzmożenia przemiany materyi, zwiększenia odporności.

Co do samego leczenia gruźlicy, to radzi autor wodoleczenie, dające się stosować w przypadkach nawet bardzo zakorzenionych. A chociaż metoda ta, dzisiaj już wypróbowana, a będąca koniecznem uzupełnieniem i udoskonaleniem kuracyi klimatycznej, nie była podczas kongresu omawianą, to autor zapewnia, że leczenie gruźlicy z pominięciem energicznego wodoleczenia nie jest zupełnem.
Dr. Józef Żychoń (Zakopane).

Lermoyez i Laborde. **Porażenie jednoczesne obydwóch gałęzi XI pary nerwów mózgowych.** (*Annales des maladies de l'oreille* etc. Tom 27, Nr. 9). Chora, 62-letnia praczka, skarży się na chrypkę. Badanie krtani wykazuje porażenie zupełne prawego więzadła. Podniebienie miękie i łuk tylny po prawej stronie także okazuje porażenie. W zakresie nerwu podjęzykowego i twarzowego porażenia niema. Chora prócz tego podaje, że czuje pewne utrudnienie we władaniu kończyną górną prawą. Badanie mięśni szyjnych i karkowych wykazuje porażenie i ścieńczenie mięśnia kapturowego i mostko-obojczyko-sutkowego po tej stronie. Co do wywiadów, to chora opowiada, że przed trzema tygodniami zachorowała na gardło, następstwem czego było utworzenie się ropnia w gardle, który sam pękł. Choroba trwała dwa tygodnie. Podczas choroby na początku drugiego tygodnia chora nagle zachrypła, a po wstaniu z łóżka, gdy wzięła się do pracy, uczuła pewną trudność we władaniu górną kończyną prawą. Dwa te zjawiska i porażenie prawego więzadła głosowego wraz z prawą stroną podniebienia miękkiego i prawym tylnym łukiem — i porażonie mięśni szyjnych, względnie karkowych, — stoją ze sobą w związku i mają jedną i tęsamą przyczynę; jednoczesne wystąpienie tych dwóch zjawisk będzie zrozumiałe, jeżeli będziemy się trzymali teoryi Claude Bernarda o unerwieniu mięśni krtani: mianowicie, że mięśnie te unerwione są przez XI parę nerwów mózgowych, a nie, jak w ostatnich czasach dowodzi Grabower, przez nerw błędny. Chora zauważyła utrudnienie we władaniu górną kończyną później, niż chrypkę, ale musimy uważać czas powstania tych zaburzeń za jeden i tensam; że chora wcześniej zauważyła chrypkę, niż utrudnienie we władaniu kończyną, jest rzeczą zrozumiałą. Jako przyczynę wystąpienia tych zaburzeń autorowie uważają zapalenie XI nerwu mózgowego wskutek przejścia zapalenia z gardła na ten nerw. Podobny przypadek Grabower tłómaczy sobie w ten sposób, że najprzód występuje porażenie nerwu błędnego i chrypka, a później choroba rozszerza się przez połączenia między X a XI nerwem na ten ostatni. Przypadek podobny jest do pewnego stopnia potwierdzeniem teoryi Claude Bernarda. Po odpowiedniem leczeniu dolegliwości wkrótce znikły.
Dr. Teofil Zalewski.

Lewin. **Zachowanie się narządu słuchowego w przypadkach błonicy.** (*Archiv für Ohrenheilkunde*, Tom 52 i 53). L. badał 60 chorych na błonicę, przeważnie dzieci do lat 5. Tylko w 10 przypadkach znalazł stosunki prawidłowe w narządzie słuchowym; w 22 przypadkach stwierdził zmiany, które nic wspólnego z chorobą mieć nie mogą; w reszcie przypadków, tj. w 36, L. znalazł zmiany, które trzeba uważać za będące w związku z podstawową chorobą. Z tych w 30 przypadkach (50%) były zajęte obydwa uszy; a w 8 (13,3%) tylko jedno. Zmiany, jakie L. znalazł za życia wogóle były małego stopnia; w największej liczbie, bo w 18 przypadkach, bębenek był zmętniały, pokryty łuszczącym się wskutek obrzęku surowiczego przyskórkiem; w 10 przypadkach zajęta była trąbka Eustachyusza, a w 6 przypadkach było zapalenie ostre ucha środkowego większego lub mniejszego stopnia. Prawie w żadnym przypadku chorzy nie skarżyli się na jakiekolwiek dolegliwości ze strony ucha; tylko w jednym przypadku L. zmuszony był robić nacięcie bębenka. W żadnym z tych przypadków, w których objawy wskazywały na większe zajęcie jamy bębenkowej, nie przyszło do przebicia bębenka. Stosownie do zmian przedmiotowych słuch we wszystkich przypadkach, w których narząd słuchowy uległ zajęciu, był mniej lub więcej upośledzony. Zmiany w narządzie słuchu występują już bardzo wcześnie, bo w przeważnej liczbie przypadków już w pierwszych dniach choroby, a są przypadki, które wskazują, że zmiany w uszach wystąpiły wcześniej, niż zmiany w gardle. Co do wieku, to zmiany w uszach przy błonicy najczęściej spotkał L. u dzieci, u dorosłych zmiany były rzadsze. W jednym przypadku L. spostrzegał zapalenie błonicze ucha środkowego i zewnętrznego. którego błoniczy charakter stwierdzono bakteryologicznie; ani za życia, ani na sekcyi, nie znaleziono w tym przypadku błon w drogach oddechowych. Prócz tego spostrzegał L. 3 przypadki błonicy ucha zewnętrznego, gdzie bębenek był nienaruszony, a ucho środkowe okazywało objawy zwykłego zapalenia ostrego. Te przypadki błonicy, które wikłały się ze zmianami błoniczemi ucha, przebiegały nadzwyczaj ciężko. L. sądzi, że ta częstość zachorowywania narządu słuchu w przebiegu błonicy nie jest czemś specyalnem dla błonicy, lecz L. przypuszcza, że powikłania ze strony narządu słuchowego i w przebiegu innych chorób zakaźnych są również częste. Według L. nie odgrywa tutaj takiej roli rodzaj zakażenia, jak anatomiczne i fizyologiczne własności ucha środkowego u dzieci, u których choroby zakaźne zdarzają się najczęściej. L. zwraca uwagę na krótkość i stosunkową szerokość trąbki Eustachyusza u dzieci i na obecność resztek zarodkowej tkanki w jamie bębenkowej. Co do częstości występowania powikłań ze strony narządu słuchowego w przebiegu rozmaitych chorób infekcyjnych brak nam odpowiednich badań. L. zwraca uwagę na występowanie zapalenia ucha środkowego w jakiś czas po ustąpieniu choroby; zapalenia te uważa L. za nasilania sprawy, powstałej jeszcze podczas choroby.

L. badał także narząd słuchu zmarłych na błonicę, starał się przeprowadzać badania nad narządem słuchu tych przypadków, które badał za życia. Na bębenku znalazł zmiany, które mniejwięcej odpowiadały zmianom, spostrzeganym za życia. Na 22 przypadki badane ucho środkowe było tylko raz zupełnie bez zmian, a w pozostałych przypadkach tylko 2 razy nie było w nich wydzieliny; 7 razy była wydzielina surowicza lub śluzowa, 11 razy ropna. W trąbce na 9 przypadków badanych znalazł L. zmiany tylko 3 razy. Na to, że jama bębenkowa o wiele częściej okazuje zmiany w przebiegu chorób zakaźnych niż trąbka Eustachyusza, zwrócono już dawniej uwagę i okoliczność tę chciano wyzyskać jako dowód, że zmiany w jamie bębenkowej nie powstały wskutek przejścia sprawy z gardła. L. podnosi, że trzeba tutaj uwzględnić także odmienną budowę trąbki Eustachyusza i jamy bębenkowej.

Materyał sekcyjny badał L. także mikroskopowo i przyszedł do przekonania, że w wielu przypadkach, gdzie makroskopowo zmian nie widać, można je wykazać mikroskopem. Z 6 przypadków, w których L. badał mikroskopowo trąbkę chrzęstną, okazała się ona tylko w 3 przypadkach zajętą; w części zaś kostnej trąbki znalazł we wszystkich przypadkach zmiany. W jamie bębenkowej zmiany przedstawiały się w rozmaitem nasileniu nawet na małych przestrzeniach. Błona śluzowa jamy bębenkowej okazywała zwykle znaczne rozpulchnienie tak, że w niektórych przypadkach wypełniała zagłębienia i uchyłki jamy bębenkowej, np. atyk, także i w tylnej części jamy bębenkowej rozpulchnienie było silniejszego stopnia, niż w przedniej. Często błona śluzowa buja w postaci brodawek, które nieraz zrastają się ze sobą i tworzą rozmaite zaułki. L. spostrzegał też tworzenie się torbieli w błonie śluzowej, na co zwrócił uwagę już Politzer w przypadkach ropienia przewlekłego ucha środkowego. W przypadkach silniejszej błonicy L. widział ograniczone ubytki na błonie śluzowej, które w jednym przypadku przechodziły nawet na kowadełko. We wszystkich przypadkach badanych uderza znaczne przekrwienie błony śluzowej.

W błędniku nie znalazł L. żadnych zmian, któreby odnieść można było do podstawowej choroby; w jednym tylko przypadku, gdzie jednocześnie było zapalenie błonicze ucha środkowego i zewnętrznego, znalazł niewielką wypocinę w ślimaku: wynaczynień nie widział ani razu.

Największe zmiany z całego narządu słuchowego okazały się w nerwie słuchowym w przewodzie usznym wewnętrznym. Pierwsze, co uderza, to znaczne rozszerzenie naczyń przewodu usznego wewnętrznego i samego nerwu słuchowego, a także liczne wynaczynienia w samym nerwie między włóknami. L. stwierdzał też obecność wypociny między włóknami i ich rozpad. Zmiany te tylko bardzo rzadko rozszerzały się na obwodowe części nerwu. Także w węzłach nerwu słuchowego L. znajdował zawsze zmiany. Badania zmian w nerwie słuchowym i węzłach jego stanowić będą materyał do oddzielnej pracy autora. W nerwie twarzowym i jego węźle L. widział te same zmiany, co i w nerwie słuchowym, tylko w mniejszym stopniu i rzadziej.
Dr. Teofil Zalewski.

W. Hale White. **Wrzekomy wrzód żołądka.** (*The Lancet*, 29 czerwca 1901 r.). Zbiór objawów, uznawany za wrzód żołądka, a w istocie nie będący tą chorobą, bywa daleko częściej u kobiet, niż u mężczyzn; cierpienie to przypada u kobiet najczę-

ściej na wiek od 20-tu do 40-tu lat, u mężczyzn zaś spotyka się zazwyczaj później. Wreszcie śmiertelność z tej choroby wśród mężczyzn jest daleko wyższą, niż wśród kobiet. Spostrzeżenia te, razem wzięte, każą przypuszczać, że znaczna część przypadków, rozpoznawanych u młodszych kobiet, jako wrzód żołądka, stanowi inną postać chorobową. W ostatnich czasach, gdy zaczęto przy wymiotach krwawych zastosowywać zabiegi chirurgiczne, — niejednokrotnie operatorowie byli zdumieni, nie znajdując w otwartym żołądku żadnych zmian chorobliwych. Autor przytacza kilka takich przypadków i zwraca uwagę na to, że spostrzeżenia te dotyczą kobiet, które jednocześnie cierpiały na błednicę. Przypuszcza on, że objawy kurczów, nudności i krwawych wymiotów u młodych kobiet zależą bardzo często od złego stanu ogólnego, wywołanego wysokiego stopnia błednicą, a nie mają nic wspólnego z wrzodem żołądka. Rokowanie w tej chorobie jest dobre: nawroty bywają coprawda dość częste, ale śmierć następuje bardzo rzadko i to wskutek silnej utraty krwi przy krwawych wymiotach. Oględziny pośmiertne nie wykazują wrzodu żołądka; niewielkie nadżerki, czasem spostrzegane, uważa autor za objaw następczy. Dla krwotoków zaś znaczniejszych przyczyny anatomicznej znaleźć nie można. Następstw spotykanych przy wrzodzie żołądka, jak zrosty, zwężenia odźwiernika, ropnie podoponowe w omawianej postaci chorobowej nigdy nie bywa.

Najskuteczniej leczy się to cierpienie przetworami żelaza i dobrem odżywianiem. Natomiast zabiegi operacyjne tylko szkodę mogą przynieść w tych przypadkach, mylnie przyjmowanych nieraz za rzeczywisty wrzód okrągły żołądka. *St. Rudzki.*

Dieudonné. **Bakterye tyfusowe w wydzielinie przy zapaleniu płuc.** (*Centr. für Bacteriologie,* Nr. 13). Stühlern pierwszy zauważył prątki durowe w plwocinie przy zapaleniu płuc, a następnie przy sekcyi w płucach. Znajdowały się one obok swoistych dwoinek płucnych. Odczyn dodatni Widala we krwi potwierdził rozpoznanie. Dieudonné opisuje podobny przypadek. W moczu i plwocinie znaleziono prątki durowe w czystej hodowli kilkakrotnie, w plwocinie przeważnie, łącznie z dwoinkami zapalenia płuc. Jeszcze po 7-miu tygodniach od początku choroby znajdowano prątki durowe w plwocinie. Cały przebieg choroby był typowem zapaleniem płuc. *Bujwid.*

Wobec tych spostrzeżeń niebezpieczeństwo rozwleczenia duru za pośrednictwem plwociny może zachodzić nieraz podobnie, jak rozwleczenie moru. To też przy zapaleniu płuc po durze należałoby wobec tego niszczyć troskliwie plwocinę. (*Prz. Ref.*)

III. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. H. Schönfeld. **Doświadczenia kliniczne z nowym lekiem nasennym hedonalem** (*Kozpr. inaug.*, 1901). Hedonal, podawany bez względu na chorobę, okazał się w większości przypadków dobrym lekiem nasennym, zwłaszcza tam, gdzie przyczyną bezsenności nie były bóle. Czasem działał skutecznie w tych przypadkach, w których inne leki nasenne, jak trional, sulfonal, chloral, a nawet morfina zawodziły. Dawki wynosiły 1—2 grm. rzadko 3—4 grm., stosowane w postaci proszku, albo z wodą cynamonową. Czasem 1 grm. był wystarczający; często musiano podać 2 grm. Wielokrotnie zdarzyło się, że środek ten był bezskuteczny, jednak w tych przypadkach i inne leki nasenne nie działały. Sen następował zwykle po 15—30 min., rzadko później i trwał różnie długo: po 1—2 grm. kilka do — 9 — 10 godzin; był spokojny i pokrzepiający. Tylko 2 chorych uskarżało się na sny udręczające. Poważniejszych zaburzeń ubocznych nie było, a tylko u jednej chorej wystąpiły zawroty i nieprzyjemne odbijania; u drugiej — same odbijania. U jednego chorego wystąpiło strzykanie w uszach i migotanie przed oczyma. Pierwsze pod wpływem odpowiedniego leczenia ustąpiło, mimo że lek dalej podawano; drugie utrzymywało się jeszcze długi czas po zaprzestaniu używania leku. Innych szkodliwości autor nie zauważył, a chorzy czuli się podmiotowo lepiej.

Przyzwyczajenie do leku stwierdzono u 2 chorych, którym czas dłuższy hedonal podawano, a objawiało się ono snem krótszym, mniej spokojnym i mniej twardym, niż z początku. W kilku natomiast przypadkach, w których początkowo Sch. podawał 2 grm. hedonalu, później 1 grm. odnosił ten sam skutek, wreszcie chorzy ci sypiali bez zażywania leku. Ilość moczu zwiększa się tylko wyjątkowo. Szkodliwego wpływu na nerki nie zauważył autor nigdy. Zawartość białka w moczu pozostawała nie zmienioną, a potrzeba oddawania moczu snu nie zakłócała. Tylko w 2 przypadkach chorzy częściej się budzili, wnet jednak zasypiali. Oddychanie, tętno, parcie krwi, nocne zmiany ciepłoty, nie zbaczały od stosunków fizyologicznych.

Streszczając wyniki swoich badań, autor jest zdania, że hedonal zwiększa liczbę środków nasennych i ma zastosowanie zwłaszcza w lżejszych przypadkach bezsenności zwykłej, a nie wywołanej silnem podnieceniem, albo bólami. Zaletą jego jest zupełna nieszkodliwość i brak działania zbiorowego. Podawanym być może również tam. gdzie inne środki nasenne są przeciwwskazane.

Nowo przez fabrykanta wprowadzona postać ziarnista ma przy tym samym ciężarze i składzie chemicznym mniejszą objętość niż proszek. *Dr. Flis.*

Prof. Dr. Combemale i Dr. Crespin stosowali **hedonal** w „Hôpital de la Charité“ u 20 chorych różnego wieku (od 26 do 82 lat), dotkniętych rożnemi chorobami. (*L'Echo médical du Nord, Nr. 29 1901*). W 14 przypadkach hedonal okazał się lekiem znakomitym. U 10 chorych bezsenność pochodziła z wyczerpania, u reszty 4 miała podstawę organiczną. W 6 niepomyślnych przypadkach chorzy cierpieli na zaburzenia na tle alkoholizmu, na raka gruczołu tarczykowego, nieżytowe zapalenie płuc, obrzęk śledziony, zapalenie nerwów ogólne, opilstwo przewlekłe, a zatem były to przypadki bezsenności wskutek bólu, kaszlu i t. d.

Jednorazowa dawka wieczorna wynosi 3 grm. i może być przez dłuższy czas podawana bez przypadłości ubocznych. Lek w postaci proszku nadaje się lepiej. gdyż w rozczynie ma smak niemiły. Działania zbiorowego nie ma, jest więc zupełnie nieszkodliwy. Badanie hedonalu nie jest jeszcze skończone, brak bowiem ścisłych wskazań dla podawania tego leku. *Dr. Flis.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 października 1901. r.

Przewodniczący kol. Beck. Członków obecnych 68.

I. Zawiadamiając o zgonie Sw. p. Marcelego Nenckiego kol. przewodniczący poświęca gorące słowa Jego pamięci; przemówienia tego zgromadzeni wysłuchali stojąc. Delegatem na pogrzeb ś. p. Nenckiego wybrano kol. Sieradzkiego.

Następnie kol. przewodniczący składa serdeczne życzenia obecnemu kol. Protomedykowi Merunowiczowi z powodu zaszczytnego odznaczenia Go tytułem Radcy Dworu; — zawiadomiono o przyjęciu przez zarząd dwóch nowych członków: kolegów Hołobuta Teofila i Świtalskiego Mieczysława; przedstawiono zgromadzonym członka Tow. kol. Mieroszewskiego Kazimierza, który przeniósł się z Krakowa do Lwowa.

II. Kol. Machek przedstawia chorą, u której z powodu krótkiego wzroku wyższego stopnia (—16,0 dioptryj) usunął soczewkę z oka drogą operacyjną i osiągnął bystrość wzroku w dal bez szkieł znacznie lepszą, aniżeli była przed operacyą z poprawą zapomocą najlepszych szkieł wklęsłych.

III. Kol. Krzyszkowski demonstruje i omawia szereg preparatów anatomicznych makro- i mikroskopowych, a mianowicie:

A) preparaty z przypadku, który uległ zakażeniu prątkiem wąglika drogą narządu oddechowego, t. zw. *Hadernkrankheit.* Przypadek zajmujący ze względu na sam fakt tej drogi zakażenia u nas, jako w kraju nie przemysłowym, powtóre przypadek ten wyróżniał się od innych znanych obrazów kolosalną wybroczyną środoponową śródczaszkową i znacznem powiększeniem gruczołów chłonnych śródpiersia. Przy badaniu drobnowidowem owrzodzeń w jelitach kol. K. doszedł do przekonania, że powstały one nie drogą przerzutu naczyniami krwionośnemi (haemotogen), lecz od strony światła przewodu, przez połykanie zakażonych plwocin, czyli że mieliśmy do czynienia jeszcze z drugą postacią zakażenia wąglikowego, z postacią jelitową tak zw. *Mycosis intestinalis.* Zakażenie zaś jako takie było czystem, nie mieszanem, co stwierdzono bakteryologicznie (Rzecz ogłoszona w «Przeglądzie lekarskim“).

B) Preparat zapalenia gruźliczego śródsierdzia: *Endocarditis vegetans tuberculosa parietalis.* Preparat pochodzi z 14 l. chłopca, zmarłego na ostrą prosówkową postać gruźlicy. Serce zmian przysłuchowych za życia nie dawało. Przy sekcyi znaleziono zserowaciałe gruczoły śródpiersia; serowate ognisko w ścianie przegrody międzyprzedsionkowej — w miejscu odpowiedniem, na ścianie przedsionka lewego polipowatą wybujałość na 5 ctm. długą a $1^1/_2$ ctm. grubą. Wybujałość ta przez ujście żylne lewe wsterczała do światła komory lewej. Gołem okiem już widać było, że wybujałość ta składa się z licznych drobnych sza-

rawych gruzełków i większych żółtawych guzków serowaciejących. Ten makroskopowy obraz potwierdzają też i obrazy mikroskopowe na których wśród skrzepów krwi świeżych i dawniejszych widać liczne, typowe, przeważnie nabłonkowe gruzełki. Prątki gruźlicze znajdują się dość licznie i leżą poza komórkami. Preparat jest unikatem; sprawa będzie ogłoszona drukiem.

C) Preparat tętniaka tętnicy płucnej. Preparat pochodzi z 17 l. dziewczyny. Workowaty, ściśle ograniczony tętniak umiejscowiony był na ścianie przedniej tętnicy płucnej, wprost naprzeciw drożnego przewodu Botalla; oprócz tego w rozgałęzieniach lewej tętnicy płucnej znaleziono trzy tętniaki mniejsze. Kol. K. jest zdania, że drożność przewodu Botalla jest tu czynnikiem wywołującym powstanie tętniaka. Za tem zapatrywaniem przemawiają: umiejscowienie, łatwo wyobrazić się dające znaczne wahania w parciu ościennem, działające ciągle i rytmicznie (rodzaj trama) i odpowiadające temu obrazy mikroskopowe.

IV. Wiczkowski omawiając ten przypadek klinicznie, zwraca uwagę na cechy rozpoznawcze. (Rzecz przeznaczona do druku).

V. Kol. Kučera okazuje preparat tętniaka tętnicy głównej a kol. Wiczkowski omawia klinicznie ten przypadek. Tu znacznych rozmiarów tętniak, przebiwszy przednią ścianę klatki piersiowej, wylał się do gruczołu piersiowego lewego, gdzie przedstawiał się jako tętniczy guz znacznych rozmiarów. Z powodu tego wahano się z rozpoznaniem pomiędzy tętniakiem a mięsakiem tętniczym. Przypadek w początkowym okresie cierpienia był przedstawiony na jednem z posiedzeń Tow., jako tętniak.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

Uroczyste posiedzenie Tow. lek. lwowskiego z dnia 5 listopada 1901 r. ku uczczeniu pamięci Marcelego Nenckiego.

Posiedzenie odbyło się wspólnie z polskiem Tow. przyrodników im. Kopernika w sali Instytutu chemicznego Uniwersytetu lwowskiego, przy bardzo licznym współudziale członków obu Towarzystw.

Posiedzenie zagaił prof. Beck, oddając cześć pamięci nieodżałowanego badacza przyrody. Pamięć zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

Następnie: Prof. Radziszewski mówił ogólnie o metodach badania, któremi posługiwał się Marceli Nencki: należał On do szkoły Berthelota, był empirykiem. Prof. Niemiłowicz mówił o pracach Nenckiego z zakresu chemii fizyologicznej, a Prof. Bądzyński o pracach z zakresu higieny, bakteryologii, farmakologii.

Pełne nastroju zebranie zakończył Prof. Zakrzewski.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

V. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya chirurgiczna.

(Ciąg dalszy).

7. Quincke (Kilonia): **Chirurgiczne leczenie chorób płucnych.** Częstość nagromadzania się ropy w płucach sprowadza proporcyonalną częstość zabiegów operacyjnych na tym narządzie, gdyż prawie wyłącznie tylko tą drogą ropa może być wydalona. Nagromadzona w płacie dolnym ropa wymaga nacięcia ropnia; nagromadzona zaś w płacie górnym wymaga resekcyi żeber, ponieważ ropa z płatu dolnego łatwiej może być wykrztuszana, aniżeli z górnego. Ważnem jest badanie mikroskopowe. Klasyczne objawy jam gruźliczych znajdujemy w razie ich obecności w płacie górnym. W płacie dolnym jamy zazwyczaj nie są duże, są one raczej szczelinami. Badanie zapomocą promieni Röntgena ma tylko mierną wartość; większe jamy przedstawiają się w tem prześwietleniu jako jasne środowisko z ciemnym brzegiem. W razie operacyi należy przedtem rozstrzygnąć, czy blaszki opłucnej w tem miejscu są zrośnięte. Często przy operacyi doznaje się rozczarowania, jeżeli blaszki te nie są zrośnięte, gdyż wtedy ropa dostaje się do jamy opłucnej, powoduje zapad, zakażenie ogólne i śmierć. Q. jest zdania, że sprawy ostre mogą być z korzyścią leczone drogą operacyjną, przewlekłe mniej korzystnie; proces rozkładowy w obydwu przypadkach czyni rokowanie gorszem. Ropnie skutkiem ciał obcych nadają się do operacyi. Również wpływa operacya korzystnie na gruźlicę i tu wystarcza często unieruchomienie części schorzałych zapomocą resekcyi żeber.

8. Garrè (Królewiec): **Chirurgiczne leczenie chorób płucnych.** G. jest przeciwny ograniczeniu operacyj do przypadków ze zrośniętemi blaszkami opłucnej, gdyż niema pewnych środków rozpoznawczych dla określenia zrostów i nie należy się zbyt obawiać powikłania przez dostanie się powietrza. Ostry ropień płuc niedługo trwający można wyleczyć zwykłem nacięciem i założeniem sączka, lub nawet tylko nakłóciem. Gruźlica, promienica, ropień, zgorzel, rozstrzeń oskrzelowa, bąblowiec i nowotwory muszą być leczone podobnie, jak jamy ropne o ścianach stałych.

Operacya składa się z trzech części: 1) nacięcie klatki piersiowej z rozległem nacięciem części miękich, lub resekcyą kilku żeber, a mianowicie, jeżeli ognisko jest w szczycie lub w płacie górnym, wystarcza wycięcie drugiego, lub drugiego i trzeciego żebra; dla płata dolnego lub środkowego wycina się boczne lub tylne częci 8, 7 i 6 żebra; 2) pleurotomia, i 3) pneumotomia, którą G. chętnie wykonuje zapomocą żegadła Pacquelina, a obecność ogniska wskazują nastrzykanie blaszki wewnętrznej opłucnej, złogi włóknikowe lub zgrubienia, zmienione napięcie miąższu płucnego, lub zagłębienie jego. W ostrych przypadkach należy jamę wytamponować, w przewlekłych zaś wycina się przednią ścianę jamy i usuwa zrosty opłucnowe na większej przestrzeni. Leczenie następowe jest takie, jak zwykle. Ostateczne wnioski G. są: 1) uzasadnione jest szerokie nacięcie, założenie sączka lub tamponu do jamy w przypadkach zatrzymania się wydzieliny i rozkładu jej z objawami gorączki septycznej. 2) Również uzasadnione jest wycięcie nacieklej tkanki płucnej w obecności odosobnionych jam i ognisk gruźliczych w płacie dolnym. 3) Uruchomienie ściany klatki piersiowej, względnie opłucnej, jest wskazane w obecności pojedynczych jam w szczytach płuc.

Gruźlica płuc przy operacyjnem leczeniu nie daje dobrych wyników. Z 96 przypadków ropnia płucnego 77 wyleczono, 19 zmarło. Zgorzel płuc daje gorsze wyniki; na 122 przypadków wyleczono 80, zmarło 42. Na 57 przypadków rozstrzeni oskrzeli zmarło 21 w pierwszych tygodniach po operacyi; 46 przypadków wyleczono, ale tylko w połowie przypadków wyleczenie było trwałe. Na 79 przypadków bąblowca wyleczono 71, zmarło 8. Leczenie nowotworów płucnych nie daje dobrych wyników.

W dyskusyi podaje Lenhartz, że operował 6 przypadków rozstrzeni oskrzeli z wydzieliną cuchnącą, z których 3 wyleczono. Na 23 przypadków zgorzeli płuc zmarło 12, wyleczono 11.

Bardenheuer robiąc doświadczenia na kozach otrzymał te same wyniki, co Garrè.

Ziemssen przedstawia przypadek *streptothrix* płuc u młodej dziewczyny, i zapytuje chirurgów, czy poddać go operacyi.

Bäumler uważa rozpoznanie jamy w płucu za bardzo trudne. Widział samoistne wyleczenie zgorzeli płuc pod wpływem ciągłych wziewań terpentyny.

Rehn nie zgadza się z Bäumlerem i radzi zgorzel płuc wczas operować.

Quincke zaznacza, że operuje w znieczuleniu Schleicha, a Garrè unika niebezpieczeństwa aspiracyi przy uśpieniu chloroformem przez wysokie ułożenie chorego, na co się Quincke nie zgadza.

9. Schlagintweit (Monachium): **Krytyka operacyi Bottiniego na podstawie 150 doświadczeń i 82 preparatów z przerosłych gruczołów krokowych ze zbiorów Guyona.** Za wyleczone uważa się przypadki, w których mocz odchodzi strumieniem bez pomocy cewnika, a w pęcherzu nie pozostaje nic, lub bardzo mało moczu (50—60%). Polepszenie nastąpiło tam, gdzie mocz nie zatrzymuje się nigdy w zupełności, parcie mniejsze, mniejsza bolesność i podmiotowe uczucie polepszenia (20—30%). Nie poprawiło się 13—18%, śmiertelność 4,5—8%. Przeciwwskazaniem do operacyi są: ciężkie zapalenia nerek i miedniczek nerkowych, ostre i ciężkie zapalenie pęcherza moczowego i szybki uwiąd. Operacya polega na wypalaniu w miąższu zagłębień 2 centymetrowej rozległości kształtu V. S. przedstawia następnie wyniki swoich doświadczeń i podnosi korzyści sposobu operowania Bottiniego.

10. Zuckerkandl (Wiedeń): **O operacyach kamieni w pęcherzu moczowym.** W 150 przypadkach wykonał Z. 109 razy kruszenie kamieni, 37 razy wysokie cięcie, a raz jeden kruszenie drogą międzykrocza. Śmiertelność w pierwszym przypadku wynosiła 3,6%; w cięciu wysokiem 13,3%. Nawroty choroby w obydwu kategoryach jednakowo często się zdarzały. Ponieważ cięcie wysokie jest niebezpieczniejsze, gojenie się trwa dłużej, a powikłania są częstsze, radzi Z. częściej wykonywać kruszenie kamieni, które należy

wykonać, jeżeli kamień jest za duży, a dostępny dla używanego zwykle narzędzia. Kruszenie drogą międzykrocza wykonuje się w niedrożności cewki moczowej dla narzędzia, a więc w razie przerostu gruczołu krokowego, w zwężeniach cewki, kamieniach, usadowionych w cewce moczowej, i jeżeli przy zwykłem kruszeniu kamienia cewka stała się niedrożną skutkiem przerostu gruczołu krokowego, lub skutkiem uwięźnięcia kamienia, a w pęcherzu znajdują się jeszcze większe odłamki. Wskazanie dla wysokiego cięcia stanowią kamienie duże, wypełniające pęcherz moczowy, lub umieszczone w zaułkach i na dnie pęcherza, kamienie w moczowodzie i pęcherzu się znajdujące, powikłania kamienia z nowotworem, i wreszcie chęć założenia przetoki.

11. Posner (Berlin) opisuje przypadek nadliczbowego moczowodu u młodej dziewczyny. Ujście jego znajdowało się pod cewką moczową, między nią i wargami mniejszemi. P. wykonał połączenie pęcherza z moczowodem i zamknął jego ujście zewnętrzne.

12. Kümmel (Hamburg) przedstawia szereg przypadków wilka, leczonych promieniami Röntgena i dobre wyniki, otrzymane u niektórych osobników. Leczenie trwało do $1\frac{1}{2}$ roku. Blizny powstałe są nierównie ładniejsze, aniżeli przy jakimkolwiek innym sposobie leczenia.

13. Krause opisuje przypadek wyleczonej padaczki, trwającej od ośmiu lat.

Dyskusya: Kümmel, nawiązując do odczytu „o operacyi gruczołu krokowego“ jest przeciwny wykonywaniu operacyi po omacku; nie zaprzecza atoli, że sposób Bottiniego daje dobre wyniki. Operowany chory rzadko tylko może bezpośrednio po operacyi oddać mocz, ale zazwyczaj nie potrzebuje już cewnika. Nie wszystkie przypadki nadają się do tej operacyi.

Strauss żąda zastosowania cystoskopu przy operacyi Bottiniego, ażeby nie operować po omacku.

Eiselsberg stosował w 8-miu przypadkach przeszczepianie moczowodów sposobem Maydla. Pięć razy otrzymał wyleczenie, trzy razy wynik nie dobry.

Schlagintweit zaznacza w odpowiedzi, że cystoskopia nie daje należytego obrazu, gdyż prócz tego, że często nie jest wykonalna, wprowadzony nóż często nie leży na temsamem miejscu, w którem leżał cystoskop.

14. Lorenz (Wiedeń): **Leczenie bezkrwawe szyi skośnej.** L. odróżnia przedewszystkiem „Caput obstipum“ i „Collum obstipum“, a leczenie racyonalne musi równomiernie uwzględniać jedno i drugie cierpienie. Skrzywienie szyi w wieku dziecięcym leczy L. obecnie zapomocą odpowiedniego ustawienia kręgosłupa i ustalenia w opatrunku stałym. Wyniki dotychczas otrzymane były świetne, a zaletą szczególną jest brak szpecącej blizny. W przypadkach zastarzałych u osób starszych wykonuje się nadal nacięcie mięśnia skróconego. Zalecając ten sposób bezkrwawego leczenia, zachęca L. chirurgów do stosowania go w nadarzających się przypadkach.

Dyskusya: Joachimsthal przecina w otwartej ranie mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy i otrzymuje doszczętne wyleczenie bez długotrwałego leczenia następowego.

15. Lange (Monachium): **Wytwarzanie ścięgien z jedwabiu przy przeszczepianiu okostnem.** Wyniki zabiegu tego, zaleconego przez Glucka i Kümmla, w 44 przypadkach były dobre. Tylko w dwóch przypadkach ścięgna jedwabne nacięły skórę, skutkiem ucisku opatrunku gipsowego i trzewika sznurowanego. Ścięgna te dochodziły 20 ctm. i były otoczone rzeczywistą tkanką ścięgnistą, jak się L. mógł przekonać w przypadku, w którym była potrzebna operacya następowa. Ścięgno pierwotne przedstawiało się jako okrągły zbity zwój, otaczający włókna jedwabne, a badanie drobnowidowe okazywało prawidłową tkankę ścięgnistą. L. gotuje jedwab przez 10 minut w $10^0/_{00}$ roztworze sublimatu. Wolff przedstawia sposób przedłużenia ścięgna przez zrobienie wcięć na każdej stronie.

16. Riedinger (Würzburg): **O dowolnem zwichnięciu ramienia.** R. przedstawia chłopca 12-letniego, który potrafił wywoływać zwichnięcia ramienia lewego ku tyłowi i na dół, a koniec przymostkowy lewego obojczyka ku przodowi. Powrót do stanu prawidłowego sprowadzał chory również dowolnie. Cierpienie to było wrodzone, a nie spowodowane przez uraz lub jakąkolwiek chorobę.

17. Graff (Bonn): **O zwichnięciu samoistnem stawu biodrowego w przebiegu chorób zakaźnych.** G. opisuje przypadek, w którym u młodej dziewczyny po durze nastąpiło obustronne zwichnięcie, a mianowicie po jednej stronie jako „luxatio iliaca“, a po drugiej „l. ichiadica“. Ponieważ wyciąganie było bezskuteczne, przystąpił Schede do operacyi, przyczem się pokazało, że panewki bioder były zniszczone, a w ich miejscu wytworzyła się zbita tkanka łączna; również główki kości biodrowych były zniszczone. Na jednej stronie wytworzył się po sześciu tygodniach ropień, w którym ($1\frac{1}{2}$ lat po przebytym durze) wykazano prątki durowe.

W drugim przypadku po zakażeniu połogowem przy pierwszej próbie chodzenia wystąpił ból w stawie biodrowym. Rozpoznano zapalenie w stawie i założono opatrunek gipsowy. Po usunięciu opatrunku zauważono zwichnięcie stawu. W tym, jakoteż i trzecim przypadku z zapaleniem szpiku kostnego, panewka i główka były zniekształcone, a górne sklepienie panewki zanikłe. G. sądzi, że przez ucisk wypociny zapalnej następuje zanik górnego brzegu panewki i następowe zwichnięcie stawu. Leczenie w świeżych przypadkach polega na bezkrwawem odprowadzeniu i założeniu przyrządu wyciągającego, — w przypadkach zaś starszych — na krwawem odprowadzeniu, utworzeniu nowej panewki i względnie resekcyi.

18. Kümmel (Hamburg) przedstawia przypadek „choroby Hirschprunga“, t. j. przewlekłego zaparcia stolca w wieku dziecięcym, spowodowanego zbytnią długością jelita esowatego. Operacya wykazała nadmierne rozdęcie jelita grubego zstępującego bez przeszkody mechanicznej. Po skonstatowaniu tego stanu jamę brzuszną zamknięto i powoli nastąpiło wyleczenie. W drugim przypadku pomyłka rozpoznawcza spowodowała zabieg operacyjny. U dziewczynki dziesięcioletniej zauważono guz olbrzymi, który wywołał objawy niedrożności jelit. Operacya wykazała workowato wydęte, wypełnione kałem jelito grube zstępujące. Zabieg ten skutku nie odniósł.

Rehn w dwóch przypadkach przy operacyi znalazł tylko nadmiernie rozdęte pętle jelitowe i osiągnął wyleczenie przez wysokie wprowadzenie rury kauczukowej.

19. Kuhn (Kassel): **Tężec po wstrzyknięciu żelatyny.** U chłopca, który krwawił po usunięciu wyrośli gruczołowatych, wstrzyknięto żelatynę, wyjałowioną w aptece. Natychmiast powstała zgorzel na miejscu wstrzyknięcia; drugiego dnia wystąpił szczękościsk i tężec, poczem śmierć. Badania następowe, na królikach przeprowadzone, wykazały, że miejsce wstrzyknięcia było punktem wyjścia dla tężca.

20. Jerusalem (Wiedeń): **W sprawie etyologii i leczenia róży.** Na znacznym materyale J. zrobił spostrzeżenie, że u 28 kobiet, u których częste bywały nawroty choroby, występowały one zawsze z miesiączką. Doświadczenia jego wykazały, że badając jamę nosową znalazł t. zw. punkt Fliessa (Fliess'scher Genitalpunkt) na muszli dolnej. Tensam typ Fliessa widział również u mężczyzn, u których nawrót róży wystąpił 23-go dnia. Leczenie polegało na stosowaniu okładów termoforowych, które szybko koją ból.

VI. XXXII Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. med. i filozofii P. Pręgowski.

XXXII Zjazd południowo-zachodnich psychiatrów niemieckich odbył się dnia 2 i 3 b. m. w Karlsruhe. W Zjeździe brał żywy udział Heidelberg, który posiada dwóch znakomitych specyalistów: Kraepelina, głównego twórcę klinicznego kierunku w psychiatryi, tudzież Nissla, pierwszorzędnego znawcę współczesnej anatomii komórki mózgowej. Obecnych było około 70 członków, w tej liczbie przedstawiciele kilku uniwersytetów zachodnio-niemieckich.

Zamierzam położyć w tem sprawozdaniu nacisk tylko na to, co okazało się więcej żywotne i wywołało większą wymianę myśli. A były to przedewszystkiem zagadnienia z dziedziny terapii.

Prof. Kraepelin podkreśla doniosłość stosowania w stanach podniecenia ciepłych wanien długotrwałych. Mówca od wielu lat stosuje te wanny i to bez przerwy dniem i nocą, przez szereg dni, a nawet tygodni. Osiągnął on tą metodą bardzo dobre wyniki. Dzięki przebywaniu chorych w wannach znikło w klinice niszczenie odzieży i narzędzi; ustały pobicia i okaleczenia się między chorymi; znikło szczególnie dające się we znaki zanieczyszczenie zakładu kałem; chorzy przytem uspakajają się o wiele szybciej i łatwiej. Zakład dzięki temu już zupełnie zatraca wyłączny charakter domu obłąkanych, a nabiera wejrzenia zwykłych szpitali powszechnych. Chorzy chętnie przebywają w ciepłych wannach, podczas gdy odosobnienie, a nawet pod-skórne wstrzykiwanie leków uśmierzających uważają za karę. Nad odosobnieniem wanny długotrwałe posiadają i tę przewagę, że pozwalają utrzymywać czysto nietylko zakład, ale i samych chorych, co oczywiście szczególniej jest ważne ze względu na porażonych. Nadto prof. Kraepelin usuwa jeszcze jeden ujemny wpływ odosobnienia, mianowicie całkowite osamotnienie chorego, które nie wpływa dodatnio. K. zapobiega osamotnie-

niu w ten sposób, że wanien w jednym pokoju jest kilka, często więc chory ma towarzysza, a prócz tego w pokoju takim stale przebywa posługacz; z drugiej zaś strony ten stopień odosobnienia, jaki jest potrzebny, pacyent taki, przebywający w wannie, posiada. Dzięki tej metodzie kąpielowej potrzeba odosobnienia w sposób dotychczasowy zeszła *ad minimum*. Zatem wanny długotrwałe, to nietylko odmienny od odosobnienia środek uspokajający, ale nadto o wiele od niego dodatniej działający na chorych. Najlepiej działają długotrwałe wanny w podnieceniu maniakalnem, w ciężkich obłędach porażennych i opilczych. Srednio natomiast działają w silnych podnieceniach katatonicznych, w których z tego powodu stosuje K. uprzednio, jako przygotowanie do wanien, kilkogodzinne prześcieradła. Miesiączka, czyraki — nie stanowią przeciwskazania, jak obawa zapadu; — w razie wystąpienia takowego, co się atoli bardzo rzadko zdarza, — zaleca kofeinę, kamforę lub eter. Na jakiej drodze odbywa się dodatnie działanie wanien długotrwałych, nie jest wiadomo; faktem atoli jest, że to dodatnie działanie ma miejsce. Przeciwko tym wywodom Kraepelina podniósł prof. Fürstner (Strassburg) zarzuty, mianowicie, — że wanny długotrwałe, to sprawa za kosztowna; a wreszcie nie wierzy on w pomyślne wyniki stosowania tych wanien długotrwałych. Kilku natomiast innych mowców, a mianowicie wszyscy, którzy bądź spostrzegali działanie tych wanien w klinice heidelbergskiej, bądź też stosowali je u siebie, — potwierdzają w zupełności wywody prof. Kraepelina.

Drugi odczyt, który wywołał ożywione rozprawy, wygłosił Dr. Sander (Frankfurt n. M.) p. t. „Leczenie ostrych stanów podniecenia“. A wywołał te rozprawy dzięki następującej myśli: „Gdy trzymanie w łóżku, jak i długotrwałe ciepłe wanny okazują się bezskuteczne — a jednocześnie jest obawa, że pacyent odosobniony często spowoduje sobie niebezpieczne uszkodzenia cielesne, więc wobec niebezpieczeństwa dla życia pacyenta należy uciec się do przymusu mechanicznego, gdyż w ten sposób ratujemy życie choremu“.

Ta myśl o przymusie mechanicznym niemile dotknęła niektórych psychiatrów, szczególnie starszych, podczas gdy młodzi okazali się dla niej przychylni. Na pytanie, co postawić wyżej, czy niebezpieczeństwo śmierci pacyenta, czy też przymus mechaniczny, — starsi nie odpowiedzieli, lub odpowiedzieli wymijająco; — młodsi dali sobie zupełnie jasną odpowiedź: jeżeli rzeczywiście zachodzi taki przypadek, to oczywiście stosować należy przymus.

A więc widzimy, że myśl o przymusie mechanicznym zaczyna powracać i to nie na podstawie doktrynerskich wywodów, lecz z konieczności i odpowiedzialności lekarza za życie i zdrowie chorego.

Wreszcie jeszcze jeden odczyt z zakresu terapii psychiatrycznej wywołał ożywienie w zebraniu, acz mniej dla siebie przychylne. Dr. Smith poleca stosować w wielu stanach przygnębienia elektryzacyę, miesienie itp. środki na serce, opierając się na tem spostrzeżeniu, że badania jego i wielu innych wykazują w tych stanach przygnębienia rozszerzenie serca tudzież, że stosowanie środków, usuwających to rozszerzenie serca, miało także usunąć i samo przygnębienie. Ten związek między środkami sercowymi, a ustąpieniem bądź całej choroby umysłowej, bądź choćby stanu chorobowego, — wydał się wszystkim wysoce wątpliwym. (Dok. nastąpi).

Oprócz trzech przytoczonych powyżej odczytów, dotyczących terapii chorób umysłowych, więcej zajęły zebranych jeszcze 2 odczyty, odnoszące się do strony społecznej psychiatryi. Pierwszy odczyt dotyczył sprawy sanatoryów publicznych dla nerwowo chorych, którą to sprawę poruszyło niedawno ministerstwo oświaty W. Ks. Badeńskiego. W dyskusyi wyłoniło się kilka zdań, kwestyonowano, czy sanatorya te mają istnieć przy zakładach psychiatrycznych; przeciwko temu oświadczyli się niemal wszyscy, podnosząc, że toby odrazu zdyskredytowało sanatorya w oczach publiczności. Poruszono dalej myśl, by sanatorya te były oddzielne dla mężczyzn, oddzielne dla kobiet. Całe zebranie uznało potrzebę rozdziału płci w sanatoryach i to nietylko dla nerwowo chorych i psychiatrycznych, ale i wszelkich innych (gruźliczych i t. d.).

Roztrząsano, czy te sanatorya dla nerwowo chorych nie mogłyby przyjmować także i alkoholików, a względnie i wszystkich ozdrowieńców po przebytych ciężkich cierpieniach.

Nagromadzenie podobnych zagadnień spowodowało, że sprawę tę polecono jeszcze raz gruntownie opracować 2 referentom i przedłożyć jako I-szy punkt porządku dziennego następnego Zjazdu.

Stanowisko lekarzy i sędziów w przypadkach psychiatryczno-sądowych omawiał Dr. Trank (Münsterlingen) i wyraził pragnienie, aby dowolność sędziów ograniczoną została w stosunku do spraw, o których nie mają pojęcia, a wchodzących w zakres specyalistów-psychiatrów. Podniesioną przytem została z wielu stron myśl, ażeby słuchacze wydziału prawniczego, a przynajmniej ci z nich, którzy mają zostać sędziami, obowiązkowo zapoznawali się w ogólnych przynajmniej zarysach z psychiatryą. W tej sprawie postanowiono wystąpić na jednym z najbliższych Zjazdów z odpowiednim wnioskiem, opracowanym na podstawie większego materyału.

Przytoczone odczyty przykuły do siebie uwagę zgromadzonych i wywołały więcej ożywioną wymianę zdań. Oprócz tego odczytanych zostało jeszcze 8 wykładów, w tej liczbie 2 referaty.

Dr. Kreuser (Schussenried) referował o wartości środków uspokajających w chorobach umysłowych.

Doc. Dr. Gaupp (asystent prof. Kraepelina) mówił o opilstwie okresowem (*dipsomania*). Rzuciwszy pogląd historyczny i określenie tej sprawy, uzasadniał zdanie, głoszone przez szkołę Kraepelinowską, że opilstwo okresowe jest postacią padaczki; napady tego opilstwa są równoważnikami napadów padaczkowych.

Nadzw. prof. Nissl (asystent prof. Kraepelina) omawiał sprawę odgraniczenia histeryi od innych psychóz, zwracając uwagę na konieczność większego przedmiotowego badania i nie ograniczania się li tylko do psychologicznego objaśniania histeryi.

Dr. Friedmann (Mannheim) mówił o myślach natrętnych.

Prof. Kraepelin (Heidelberg) i Dr. Haardt (Emmendingen) roztrząsali sprawę urządzenia i rozkładu sal w zakładach i zwracali uwagę na pożytek sal większych, mogących pomieścić do 10—15 łóżek, co czyni chorym pobyt w łóżku przyjemniejszym, a zarazem ułatwia dozorowanie.

Dr. Arndt mówił o historyi katatonii wraz z uwzględnieniem dziejowej doniosłości postępu, dokonanego przez psychiatryę, mianowicie, że stanęła ona nareszcie na gruncie klinicznym, na którym stoją już oddawna inne nauki lekarskie; że dla rozpoznania choroby nie zadawalniamy się dziś stwierdzeniem pewnego zbioru objawów, którym nadawało się miano jednostki chorobowej, lecz kładzie się w całej pełni nacisk na przebieg, roztrząsa się wywiady i stawia rokowanie. Tę różnicę między szkołą starszą (Krafft-Ebing, Jolly i t. p.), *a par excellence* kliniczną szkołą Kraepelina, mowca podkreślił w swoim referacie, omawiając dzieje katatonii, tego, powiedzmy, dziecka nowej metody w psychiatryi, którą to metodę już, acz niewyraźnie, postawił Kahlbaum, a którą rozwinął, uzasadnił i do wszystkich dziedzin chorób umysłowych stosuje Kraepelin i jego szkoła.

Przytoczyć wreszcie wypada jeszcze 2 odczyty: Dra Bartelsa (Strassburg) „O zapaleniu błony wewn. żył w ośrodkowym układzie nerwowym i jego oponach“, tudzież Dra Alzheimera (Frankfurt n. M.) „O porażeniach atypowych“.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 listopada.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Rosner przedstawił chorą na rozmiękczenie kości; doc. dr. Siedlecki miał odczyt »O pasorzycie malaryi ze stanowiska zoologicznego«. W rozprawach zabierali głos koledzy profesorowie: Ciechanowski i Bujwid.

* Pierwszy zeszyt »Polskiego Archivum nauk biologicznych i lekarskich« opuścił prasę. Żadne czasopismo powstające nie wymagało tyle rozwagi i tyle zastanowienia, ile jej spotrzebowało »Archiwum polskie«. A chociaż nad kolebką jego, zanim wydało głos życia, »kiwano« już głowami i rokowano złowrogo, to dla tych, którzy świadomi są pierwiastków duchowych i materyalnych jego organizmu, »Archiwum polskie“ posiada pełną życiową siłę rozwoju i trwania. O bycie czasopisma rozstrzygają dwa czynniki: umysłowa potrzeba jego istnienia i materyalne zasoby do pokrycia kosztów wydawnictwa. Czy typ czasopisma, który reprezentuje »Archiwum polskie« jest potrzebny? Niech w odpowiedzi na to pytanie złoży świadectwo zastęp autorów, pracujących na polu medycyny teoretycznej, jakie trudności zwalczać muszą, a nie zawsze je przezwyciężyć zdołają, ażeby módz ogłosić po polsku pracę teoretyczną, opatrzoną tablicami, rysunkami i t. d.; niech zaświadczą redakcye tygodników lekarskich, poświeconych medycynie praktycznej, ile technicznych przeszkód przełamać trzeba, ażeby tego rodzaju pracę teoretyczną wydrukować, za którą notabene, jeśli jest obszerna, większość abonentów, lekarzy praktycznych, wcale wdzięczną nie bywa.

Ile jest redakcyj naszych czasopism lekarskich, tyle jest grona ludzi, dokładających wysiłków do rozdobycia materyału piśmienniczego, a temsamem rozbudzających ruch umysłowy. Więc chociaż jesteśmy z zasady przeciwnikami mnożenia się polskich czasopism lekarskich o tym samym typie, w programie »Archiwum Polskiego« widzimy krok do rzetelnego i pomyślnego rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego

mianowicie jego zakresu umiejętnego. Z głębi przekonania, a z wdzięcznością dla czcigodnego założyciela i redaktora, witamy z radością nowe wydawnictwo, jako istotny i cenny nabytek, przeznaczony nietylko do zrównoważenia naszej kazuistycznej literatury lekarskiej pracami z zakresu wiedzy teoretycznej, lecz i do skupienia przy nowym programie wszystkich polskich sił naukowych, pracujących w wszechnicach obcych. Tak zapatrując się na cele nowego czasopisma, święcie wierzymy, że ogół lekarzy polskich odgądnie i odczuje wzniosłe jego zadanie, a w następstwie użyczy mu swego poparcia w każdym kierunku i pod każdym względem.

* Dwa przypadki moru w Odesie, odległej o 12 godzin pociągiem pospiesznym od Wołoczysk, wywołały ze strony władz galicyjskich sanitarno-policyjne zarządzenia na granicy austryackiej. P. Protomedyk, radca dworu Dr. Merunowicz, udał się dnia 17 b. m do Podwołoczysk, w celu osobistego przekonania się o wykonaniu tych zarządzeń. Podróżni, przybywający z Odesy, poddawani będą pod obserwacyę lekarską w Podwołoczyskach i na stacyi końcowej.

* Wydział »Tow. Samopomocy lekarzy« przypomina kolegom, że Walne Zgromadzenie odbędzie się w niedzielę, d. 24 listopada o godzinie 3-ciej popołudniu w sali Kopernika *(Collegium novum)*. Koledzy, nie będący członkami Towarzystwa, mogą przed rozpoczęciem Zgromadzenia zapisać się w poczet członków u sekretarza, lub też wziąść udział w obradach, jako goście. Liczny udział kolegów byłby bardzo pożądany ze względu na projekt ubezpieczenia lekarzy, nad którym Walne Zgromadzenie ma obradować.

* Biblioteka Tow. Lek. Krak. otrzymała około 30 tomów cennych dzieł i czasopism od prof. Dra Trzebickyego, któremu za ten dar składam serdeczne podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, bibliotekarz Tow. Lek. Krak.

* Maryan Zahradnik, wielce zasłużony pracownik na polu przemysłu aptekarskiego w Galicyi, zakończył życie w Złoczowie, w 53 roku życia.

* Czasowym zastępcą śp. Nenckiego w petersburgskim Instytucie medycyny doświadczalnej mianowaną została Dr. Ziber-Szumowa.

* W Wiedniu ma powstać instytut dla leczenia światłem na wzór Finsenowskiego w Kopenhadze. Na czele założycieli stoi prof. Lang.

* Liczba lekarzy płci żeńskiej w Rosyi, zatrudnionych na posadach lekarzy ziemskich, szkolnych, zakładów dla ubogich i t. d., wynosi 624.

* W Wiedniu grasuje złośliwa płonica. Fizyk miejski zarządził, ażeby dyrekcye szkolne nie wpuszczały uczniów do zakładów przed upłynięciem pięciu tygodni od zachorowania na płonicę, i bez dowodów, że uczeń taki został zbadany przez lekarza miejskiego i uznany przez niego za zdrowego.

* Kierownik wiedeńskiego Zakładu dla badania środków spożywczych, Dr. Mansfeld, wydał sprawozdanie roczne, z którego wynika, że na 1133 okazów badanych 293 było sfałszowanych, zepsutych i wogóle zdrowiu szkodliwych.

* Towarzystwa lekarskie w Niemczech obchodzą 50 tą rocznicę wynalezienia przez Helmholtza zwierciadła ocznego. W berlińskiej klinice okulistycznej wystawiono 120 tych zwierciadeł, stanowiących zbiór historyczny.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Drasch mianowany zwyczajnym profesorem histologii i embryologii w Grazu. Docent Herczel mianowany nadzwyczajnym prof. chirurgii w Peszcie. Wiceprezes buczackiej Rady powiatowej Dr. Edward Krzyżanowski, otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

Nekrologia. W Marsylii zmarł prof. kliniki lekarskiej Dr Villard. Były prof. fizyologii Magaz y Jaime zmarł w Madrycie. W Samarkandzie zmarł Dr. Adam Morawicki, który 30 lat spędził, jako lekarz praktyczny, w tem oddalonem mieście.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Pruszyński: Działalność naukowa ś. p. Marcelego Nenckiego.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 11. Sterling: O zakresie patologii zawodowej. Serkowski: O kryoskopii (dok).

— *Zdrowie* Nr. 11. Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem. Mucha: Walka z gorączką połogową.

— *Postęp okulistyczny* (październik). Strzemiński: Rzadkie powikłanie zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu.

— *Medycyna* Nr. 46. Biro: O padaczce. Brudziński: O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy u dzieci (dokończ).

— *Przegląd dentystyczny* Z. 10. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim (c. d.). Zieliński. O protetycznem leczeniu braku podniebienia.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 46. Babák: Pojem biologie (c d). Hüttel: Operativni léčeni diftherických stenos laryngu v prvém desitileti české dětské kliniky. (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 11. Čačković: O posvenašnjem smanjenju želudca i o jejunostomiji. Marković: Sarkom rodnice u ranom djetinjstvu. Gojtan: Liečenje croupozne pneumonije.

— *La Presse médicale* Nr. 91. Hutinel: O wydzielaniu komórkowem. Guinard: O kokainizacyi rdzenia drogą podoponową. Wilbouchevitsch: Mór i jego zapobiegawcze leczenie. — Nr. 92. Lapersonne: Wykład wstępny.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 46. Gruber: Przyczynek do nauki o antytoksynach. Stintzing: O zapaleniu nerwów pojedyńczych i o ogólnem zapaleniu nerwów. Edel: Białkomocz okresowy i nowy pogląd na zwalczanie białkomoczu. Geret: Wpływ wyjałowionych drożdży na prątki. Rosenbach: Uwagi nad teoryą choroby morskiej. Feldmann: Przypadek rozmiękczenia kości z wytworzeniem się guza. Strohmayer: Znaczenie statystyki indywidualnej w sprawie dziedziczności w neuro- i psychopatologii (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Pick: O zbiorze objawów, spowodowanych kombinacyą podkorowych zmian ogniskowych ze starczym zanikiem mózgu. Schloss: O wpływie pożywienia na przebieg padaczki. Halban: Dalsze przyczynki do nauki o wiądzie rdzenia pacierzowego u młodzieży. Landsteiner: O objawie aglutynacyi prawidłowej krwi ludzkiej. Bergmeister: O zaćmie w cukrzycy.

— *Berliner klin. Wochenschrift.* Nr. 46. Senator: O niedokrewności śledzionowej z puchliną brzuszną. Römer: Badania nad wewnątrzmacicznem i zewnątrzmacicznem przenoszeniem się antytoksyny z matki na potomstwo. Reimar: Przypadek wywołanego ciałem obcem ropnia w okolicy ucha. Asch: O wczesnem rozpoznaniu gruźlicy pęcherza moczowego. Baumgarten: O działaniu i wpływie histologiczno patologicznym prątka gruźlicy (dok).

Redakcya otrzymała: Mierzejewski: K woprosu o patołogiczeskoj anatomii idiotizma. Korybut-Daszkiewicz: 1) Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa. 2) O błędach w higienie mieszkań słów kilka.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 listopada, o godz. 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem mówie będą: 1) kol. doc. Raczyński „O zakażeniu gruźliczem u dziecka“; 2) prof. Waleryan Klecki (jako gość) „O zwalczaniu gruźlicy u bydła w świetle zapatrywań hodowców“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XL. Kraków, 30 Listopada 1901. **Nr 48.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa.**

O opatrywaniu pępowiny według Martina w stosunku do innych sposobów polecanych.

Napisał

Dr. Kazimierz Bocheński

asystent kliniki.

W lutym 1900 roku demonstrował Martin w berlińskiem Towarzystwie ginekologicznem nowy sposób opatrywania pępowiny u noworodków, polegający na tem, że bezpośrednio po porodzie podwiązuje się pępowinę prowizorycznie, a następnie po wykąpaniu i obsuszeniu noworodka układa się naokoło pępowiny na brzuszku płodu wilgotny, wyjałowiony kompres z gazy, poczem wyjałowioną nitką jedwabną podwiązuje się ostatecznie pępowinę na granicy pierścienia skórnego i przepala się ją rozżarzonemi nożyczkami $1-1\frac{1}{2}$ ctm. powyżej miejsca podwiązania.

Sposób ten, wypróbowany na 30 noworodkach, ogłosił następnie Martin w 8-ym numerze 1900 r. *Berliner klinische Wochenschrift* (1), a wkrótce po nim asystent jego, Dr. A. Rieck, ogłosił z kliniki Martina w 5-ym zeszycie *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie* (2) ogółem 52 przypadków, w których wyżej opisanym sposobem opatrywano pępowinę i podał krytyczne uwagi nad tym sposobem.

W celu wypróbowania tego sposobu, zachęcony przez prof. Marsa, przeprowadziłem doświadczenia na 50 noworodkach w lwowskiej klinice położniczej.

Dla łatwiejszego przeglądu zebrałem swe doświadczenia w szematyczną tablicę, zupełnie odpowiadającą tej, jaką się przy swych spostrzeżeniach posługiwał Rieck. Szemat ten przedstawia wszystkie fazy od chwili podwiązania pępowiny, aż do chwili zupełnego zagojenia rany pępkowej po odpadnięciu pępowiny, a nadto pozwala mi porównać wyniki mych doświadczeń z wynikami Riecka i przez to nie narazi mnie na zarzut, jakobym sposobu, przez Martina podanego, nie trzymał się wiernie, jak to się przydarzyło (słusznie zresztą) Ballinowi ze strony Riecka (3). Ballin bowiem nietylko że po podwiązaniu i przepaleniu pępowiny zasypywał pozostały kikut proszkiem salicylowym, lecz nadto, wypuszczając położnicę 7-go dnia po porodzie, nie mógł dokładnie obserwować całej sprawy gojenia się, która czasem przedłużała się nawet do dnia 13-go (patrz tablicę), a nawet do dnia 18-go, jak to widać ze spostrzeżeń Riecka.

Dlatego też, chcąc badać sprawę gojenia się rany pępkowej po odpadnięciu pępowiny aż do końca, nie wypuszczałem położnic z kliniki nigdy wcześniej jak 3-go lub 4-go dnia po zupełnem zagojeniu się rany pępkowej.

Wynik mej pracy jest następujący:

Liczba porządkowa, nazwisko, dzień porodu	Zupełne zaschnięcie kikuta dnia	Strup w płaszczyźnie skóry dnia	Kikut na odpadnięciu, co poznać można przez wystąpienie wydzieliny dnia	Kikut odpadł dnia	Rana pępkowa jeszcze widoczna dnia	Rany pępkowej nawet w głębi nie widać dnia	Zupełne zagojenie rany pępkowej — brak zupełny wydzieliny dnia	Żółtaczka	Uwaga
1. C. 25/4 1901.	1	1	2	6	7	8	9		Naokoło pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości 1 mm.
2. J. 26/4 „	1	2	1	6	6	7	7		
3. Z. 26/4 „	1	1	1	4	6	11	13		„
4. D. [illegible]/4 „	2	3	6	8	8	9	12	I	Płód niedonoszony IX m.
5. S. 28/4 „	2	2	3	4	6	7	7		
6. F. 29/4 „	1	1	1	3	3	4	4		
7. M 29/4 „	1	1	2	4	4	4	5		
8. D. 29/4 „	2	2	2	6	7	8	8		
9. K. 1/5 „	2	2	2	5	6	7	10		
10. Sz. 1/5 „	1	2	2	3	3	6	8	I	
11. P. 1/5 „	1	2	2	3	3	4	9		Naokoło pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości $1\frac{1}{2}$ mm.
12. J. 1/5 „	1	2	2	5	12	13	13		
13 F. 2/5 „	2	2	3	4	5	6	10	I	
14. Z. 2/5 „	1	1	2	4	5	6	12		
15. P. bliźniaki starszy °/5 1901	2	2	3	4	7	8	13		
16 młodszy	1	1	3	5	5	6	13		
17. P. 6/5 1901.	1	2	3	5	7	8	9		
18. W. 6/5 „	1	1	2	4	5	6	11		
19. K 6/5 „	2	2	2	3	7	8	10		
20. Sz. 6/5 „	2	2	2	4	7	8	10		
21. K 6/5 „	2	2	2	3	5	6	8		
22. R. 7/5 „	2	2	2	3	10	11	11		
23. K. 7/5 „	2	2	2	3	5	7	11		
24. K. 9/5 „	1	1	1	2	4	5	10		
25. M. 9/5 „	1	2	4	8	9	10	11		
26. S. 10/5 „	2	2	2	4	4	6	7		
27. B. 10/5 „	2	2	2	5	5	5	6		
28 C. 11/5 „	1	1	1	3	4	5	9		Wydzielina obfitsza niż w innych przypadkach
29. Z. 14/5 „	1	1	2	4	10	11	11		
30. S. 14/5 „	2	2	2	4	4	5	7		
31. S. 14/5 „	1	1	2	4	4	5	10		
32. M 14/5 „	1	1	1	3	4	5	7		
33. J. 14/5 „	1	1	2	3	4	5	6		
34. W. 15/5 „	2	2	2	3	3	4	10		
35. Ż 15/5 „	1	1	3	4	5	6	10		
36. J. 16/5 „	1	1	2	3	4	5	8		
37. D. 17/5 „	1	1	2	4	7	7	8		Przy podwiązaniu nitka jedwabna przecięła b. grubą pępowinę. Powtórne przypalenie bez podwiązania. Dziecko nie kąpane.
38 J. 20/5 „	1	1	2	3	3	4	6		
39. K 21/5 „	1	1	2	4	4	5	6		
40. B. 21/5 „	1	1	1	3	3	3	5		
41. M. 21/5 „	1	2	2	8	9	9	10	I	
42. B 22/5 „	3	3	3	5	7	8	9		
43. S. 22/5 „	2	1	3	4	4	5	6		
44. W. 23/5 „	1	2	2	3	3	4	5		Naokoło pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości 1 mm.
45. P. 24/5 „	1	1	1	3	7	8	11		
46. B. 26/5 „	1	1	1	4	4	4	7	I	
47. K. 26/5 „	1	1	2	5	6	7	9	I	
48. W. 26/5 „	1	2	2	5	5	6	9		
49. R. 27/5 „	1	1	1	4	8	9	11		
50. C. 27/5 „	2	2	2	5	7	8	11		
Przeciętnie .	1·42	1 58	2 08	4.18	5 62	6·64	8·96		

Przeglądając nasz materyał, możemy zaznaczyć, że zupełne uschnięcie kikuta nastąpiło po 24 godzinach, t. j. 1-go dnia po podwiązaniu, — na 50 przypadków — 30 razy;

2-go dnia — 19 razy i jeden raz dnia 3-go, a więc prawie taksamo, jak i w przypadkach, spostrzeganych przez Riecka.

W 23 przypadkach można było już w tym czasie zauważyć zaciąganie się i skurczenie pozostałego krótkiego kikuta pępowinowego w ten sposób, że strup leżał w płaszczyźnie otaczającej go skóry; najczęściej, bo w 25 przypadkach, działo się to dopiero dnia następnego, a 2 razy wreszcie dnia 3-go po podwiązaniu, — nigdy zaś później.

Sprawa odpadnięcia kikuta rozpoczynała się w głębi i zaznaczała się pojawieniem się skąpej wydzieliny, powodującej często przylepianie się ułożonego na kikucie gazika; gazika tego nigdy nie odrywano, lecz odpadał sam zwykle w kąpieli, lub też, gdy nie odpadł, pozostawał aż do chwili odpadnięcia pępowiny. Sama pępowina w tym czasie wyglądała jako krótki, żółto zabarwiony, zmartwiały kikut.

Wspomniana wydzielina na kikucie pojawiła się już 1-go dnia w 10-ciu przypadkach, najczęściej, bo w 30-tu przypadkach — dnia 2-go 8 razy — dnia 3-go, raz dnia 4-go i raz — dopiero dnia 6-go; przeciętnie więc już po upływie 2 dni, a więc o kilkanaście godzin wcześniej, niż w przypadkach Riecka.

Sam kikut odpadał najczęściej w kąpieli i to raz dnia 2-go, 16 razy 3-go, 18 razy dnia 4-go, 9 razy dnia 5-go, 3 razy dnia 6-go; 3 razy dnia 8-go; a więc już do dnia 5-go w 44-ech przypadkach na 50 odpadł kikut pępowiny; u Riecka zaś miało to miejsce w 39 przypadkach na 52.

Czas od chwili wystąpienia wydzieliny aż do chwili odpadnięcia kikuta wynosił więc zatem, jak widać z tablicy, przeciętnie $1^1/_2$ dnia, najdłużej zaś, w kilku zaledwo przypadkach, 4 dni.

Płaszczyzna ranna po odpadnięciu przedstawiała się zwykłe wielkości główki od szpilki, była pokryta skąpą, rzadką, ropiastą wydzieliną i przeważnie już w 2 dni po odpadnięciu nie można jej było dopatrzeć; w kilku zaledwie przypadkach utrzymywała się jeszcze 3 go dnia, a wyjątkowo 4-go dnia po odpadnięciu. Za zupełnie wygojone uważałem te przypadki, w których płaszczyzna ranna pokryła się zupełnie przybłonkiem, przez co samo przez się i wydzieliny zupełnie nie było. Tak pojęte wygojenie nastąpiło raz jeden w 4-ym dniu po porodzie, 3 razy — w 5-ym, 5 razy w 6-ym, 6 razy w 7-ym, 5 razy w 8-ym, 7 razy w 9-ym, 9 razy w 10-ym, 8 razy dnia 11-go, 2 razy 12-go i 4 razy dnia 13-go.

Raz tylko (przyp. 29) zauważyłem nieco obfitszą wydzielinę, przyczem jednak rana nie robiła wrażenia nieprawidłowej, brzegi nie były zaczerwienione, ani obrzękłe, ani też naciekłe.

W 3-ech przypadkach natomiast (2-gi, 12-ty i 43-ci) spostrzegać można było na brzegu pierścienia skórnego zaczerwienienie szerokości $^1/_2$—2 mm., którego to objawu jednak nie uważa Rieck (4) za patologiczny. Skóra jednak w okolicy nie okazywała żadnych zmian; nigdy też nie zauważyłem przy tym sposobie postępowania objawów zapalenia skóry, które tak często występują przy innych sposobach opatrywania. Przeważna część autorów podaje, iż blizko u 80% noworodków występuje żółtaczka. W spostrzeganych przezemnie 50 przypadkach wystąpiła żółtaczka tylko 7 razy (t. j. 14%) i to zwykle bardzo lekka, najsilniejsza w przypadku 3-im; Rieck na 52 przypadków spostrzegał żółtaczkę 15 razy (t. j. 15%).

O ile wystąpienie żółtaczki wpływa na przebieg gojenia się, trudno osądzić z tak małej liczby przypadków; zdaje się jednak, że wystąpienie jej opóźnia całą sprawę. Podobne spostrzeżenie zrobił również Rieck. U owych 7 noworodków z objawami żółtaczki odpadła pępowina jeden raz dnia 3-go, 3 razy dnia 4-go, raz dnia 5-go i 2 dnia 8-go. W przypadku moim 3-cim, w którym objawy żółtaczki były bardzo wybitne, odpadła pępowina dopiero dnia 8-go; płód ten był przedwcześnie urodzony, w 9-ym miesiącu księżycowym. Zupełne zagojenie rany pępkowej w owych 7 przypadkach, w których wystąpiła żółtaczka, nastąpiło najwcześniej dopiero dnia 7-go, raz dnia 8-go, raz dnia 9-go, 3 razy dnia 10-go i raz dnia 12-go.

Na podstawie moich 50 przypadków cała sprawa od chwili podwiązania i przepalenia pępowiny aż do zupełnego zagojenia się rany pępkowej przedstawia się z reguły, jak następuje:

W 24 godzin po podwiązaniu i przypaleniu wygląda kikut pępowinowy czarno i sucho, a więc ulega zupełnej mumifikacyi. Wskutek dalszego zasychania i zaciągania się naczyń ku wewnątrz kikut chowa się tak w pierścień skórny, że już 2-go dnia jego powierzchnia górna, pokryta strupem, leży w płaszczyźnie skóry brzuszka płodu. W głębi pierścienia skórnego, a więc w miejscu ochronionem, rozpoczyna się po dwóch dniach sprawa odpadania kikuta, ujawniająca się wystąpieniem skąpej wydzieliny; sam zaś kikut odpada przeciętnie dnia 4-go (16 razy dnia — 3-go, 18 razy — 4-go, 9 razy — 5-go).

Dnia 6—8-go po porodzie zwykle już rany pępkowej nie widać; przez jeden lub dwa dni najdłużej można jeszcze spostrzegać bardzo skąpą, rzadką, białawo-żółtą wydzielinę, poczem wydzielina ta zupełnie znika; rana pępkowa jest całkiem zagojona, pokryta przybłonkiem i przykryta fałdem skóry. Dzieje się to dnia 8-go do 11-go (przeciętnie 8·96). Przy zwykłym sposobie podwiązywania pępowiny, gdzie się zostawia 4—5 ctm. długi, podwójnie podwiązany kikut, rzadko kiedy odpada pępowina dnia 3-go lub 4-go, zwykle zaś dopiero dnia 7-go lub 8-go, podczas gdy rana sama po odpadnięciu pępowiny bardzo często 14-go dnia po porodzie zupełnie nie jest jeszcze zagojoną. W klinice położniczej lwowskiej, gdzie nadto używaliśmy przedtem dermatolu do zasypywania kikuta i okolicy pępka, przeciętnie odpadała pępowina dnia 6-go lub 7-go (w 290 przypadkach z r. 1899 przeciętny czas odpadnięcia = 6·15 dni, zaś w 288 przypadkach z roku 1900 = 6·59).

Widzimy więc, że w tym kierunku sposób Martina zaznacza się bardzo wyraźnym postępem, przeciętnie bowiem czas odpadnięcia kikuta przypada na dzień 4-ty po porodzie, a nierzadko (bo 16 razy na 50 przypadków) na dzień trzeci (raz nawet dnia 2-go odpadł kikut). Jeżeli nadto zważymy, że przeważnie w 4-tym dniu po odpadnięciu kikuta, t. j. 7-go lub 8-go, czasem 9-go dnia, po porodzie rana pępkowa jest zupełnie zagojona, to przyznać trzeba, że sposób ten zaznacza wyraźny postęp w dążeniu do ideału, jaki nauka oddawna w tym kierunku osiągnąć się stara.

Jakiż czynnik tu działa tak dodatnio, że sposób ten przedstawia większe korzyści, niż inne, dotąd używane?

Jest ich kilka. Przedewszystkiem samo przypalenie odciąga kikutowi wilgoć, przez co sprawa mumifikacyi musi się szybciej odbywać; nadto krótki kikut prędzej ulega uschnię-

ciu, niż długi i mniej jest narażony na urazy, zwłaszcza, że już dnia 2-go prawie nie wystercza ponad brzegi pierścienia skórnego. Wacik, którym kikut po podwiązaniu i przypaleniu się przykrywa, wywiera nań tylko nieznaczny ucisk w kierunku ku wewnątrz; sama zaś sprawa odpadania kikuta odbywa się w miejscu ochronionem i na bardzo małej przestrzeni tak, że pozostała rana po odpadnięciu kikuta jest bardzo mała. Łatwo zaś zrozumieć, że dobrze ochroniona i mała rana posiada wszystkie warunki do szybszego gojenia się.

Nadmienić jeszcze muszę, że do przepalenia (i przypalenia) kikuta, (którą to czynność w przeważnej liczbie przypadków, bo 38 razy, sam wykonywałem, a tylko 12 razy położna kliniczna i to w mej obecności) używałem zawsze żegadła Paquelina, jak to pierwotnie polecił Martin, a nie rozżarzonych nożyczek. O ile nożyczki dadzą się zamiast żegadła Paquelina użyć, nie mogę osądzić, stwierdzić jednak muszę, że często po jednorazowem przepaleniu pępowiny żegadłem Paquelina widać było naczynia na kikucie otwarte, strup sam zaś bardzo cienki, i wątpię bardzo, czy w takim przypadku ów strup zdołałby zapobiedz następowemu krwotokowi z naczyń pępkowych. Dlatego też na tę okoliczność zawsze zwracałem uwagę i w danym przypadku nieraz dwa i trzy razy przypalałem kikut żegadłem Paquelina, dopóki nie stwierdziłem, że naczynia są zupełnie zamknięte i strup, przykrywający kikut, dosyć gruby. Jeśli więc jednorazowe przypalenie Paquelinem nie zdołało zamknąć dostatecznie światła naczyń, to tem mniej, sądzę, zdolne są to uczynić nożyczki rozżarzone, które wnet stygną i trzebaby je w celu powtórnego przypalenia powtórnie rozżarzyć, co znów całą manipulacyę znacznieby przedłużało i utrudniało. Że zaś Rieck w swych przypadkach nie spostrzegał przy użyciu nożyczek następowego krwawienia z naczyń pępkowych, to jest rzecz naturalna, gdyż podwiązka jedwabna temu zapobiegała. Mnie w moich doświadczeniach szło o istotę rzeczy, tj. o działanie samego przypalenia przez wytworzenie strupa na kikucie, że zaś w żegadle Paquelina miałem środek dzielniej w tym celu działający, niż nożyczki, dlatego nim się posługiwałem.

Nim się jeszcze zastanowię nad stroną praktyczną sposobu tego, podanego przez Martina, chciałbym w kilku słowach wspomnieć o innych sposobach, używanych przy zaopatrywaniu pępowiny u noworodków.

Krótki rzut oka na odpowiednie piśmiennictwo z ostatnich 25 lat przekonuje nas, że nauka dąży ciągle do usunięcia wszystkich szkodliwych wpływów dla dziecka, mających swe źródło w źle zaopatrzonej pępowinie, przedewszystkiem zaś usiłuje uchronić noworodka od możliwego zakażenia, mającego tutaj często swe źródło. To też chętnie chwytamy każdą nowość, zdającą się zapobiegać złemu, pilnie śledzimy rozwój innych gałęzi medycyny i wyzyskujemy każdą zdobycz, obiecującą postęp w tym kierunku. I chociaż postęp ten w dążeniu do ideału wydawał się nieraz nieznaczny, to jednak najmniejszy czynnik dodatni, najmniejsza zmiana na lepsze święciły swe tryumfy, dające się liczbowo w statystyce przedstawić.

Przed 20 laty polecił Dohrn (5) po należytem oczyszczeniu antyseptycznem zawinąć resztę pępowiny w suchą watę karbolową i to wszystko przykryć kawałkiem przylepca w ten sposób, by uniemożliwić dostęp powietrza *(Okklusivverband)*. Równocześnie widzimy ze strony innych autorów żywe zajęcie się sprawą zaopatrywania pępowiny, a w pracy tej spotykamy takich ludzi jak Sänger (6), Runge (7), Paul (8) i wielu innych. Usiłowania takich szermierzy naukowych nie mogły pozostać bez wydania plonu. I tak też rzeczywiście było. To, co wówczas można było osiągnąć, osiągnięto, i wtenczas już nauka w sprawie zaopatrywania pępowiny u noworodków odpowiedziała wysokości swego zadania, kiedy w sprawie tej mogła wypowiedzieć zasadę: „idealna czystość i unikanie wszelkich możliwych szkodliwych czynników“.

I była to zdobycz w tym kierunku nie poślednia, kiedy zważymy, jak znaczny odsetek chorobliwości i śmiertelności noworodków miał swe źródło w źle zaopatrzonej pępowinie. Doktor (9) np. znalazł w praktyce położnych 45% gorączkujących noworodków z powodu zakażenia pępkowego. Lambert (10) na 147 przypadków w 95 stwierdził gorączkę z powodu zakażenia pępkowego, a nawet 5 przypadków śmierci. Według spostrzeżeń Erössa (11) w klinice budapeszteńskiej gorączkowało 43% wszystkich noworodków, z tego 22% niewątpliwie z powodu zakażenia rany pępkowej. W klinice w Halli gorączkowało, według podania Rösinga (12), 21% noworodków, a z tych 6% z powodu niewątpliwego zakażenia rany pępkowej.

Liczby te nie dają nam jednak wcale dokładnego wyobrażenia o częstości zakażenia; zważyć bowiem należy, że pochodzą one z klinik, w których przepisy czystości są ściśle przestrzegane; w każdym jednak razie dowodzą one dostatecznie, jak niebezpieczną dla dziecka stać się może sprawa gojenia się rany pępkowej i że dążenie do ulepszenia w tym kierunku jest nietylko usprawiedliwione, ale i bardzo pożądane, a nawet konieczne. To też z przyjemnością zanotować musimy cały szereg prac w tym kierunku i zalecenie najrozmaitszych pomysłów w celu zapobieżenia zakażeniu ze strony pępowiny i przyspieszenia sprawy zeschnięcia (mumifikacyi) kikuta, jakoteż następowego gojenia się rany pępkowej.

I tak Flagg (13), chirurg amerykański, chcąc zapobiedz zakażeniu ze strony naczyń pępkowych, podwiązywał je podwiązką, a pozostały kikut przykrywał skórą pierścienia skórnego. Podobnie postępował Doktor (14) i w nowszych czasach Gessner (15). Ten ostatni, używając tego sposobu, chciał się przekonać, o ile żółtaczka noworodków ma swe źródło w zakażeniu pępkowem. Dickenson (16) podwiązywał pojedyncze naczynia, okrawał naokoło kikuta krótkiego skórę i zaszywał go w ten sposób. Że tego rodzaju postępowanie nie da się zastosować w praktyce prywatnej, a nawet jest trudne do przeprowadzenia w klinikach, nie trzeba chyba dowodzić.

Przed 5 laty Beandecerf (17) i Bar (18) zastosowali przy zaopatrywaniu pępowiny metodę klemową, zaciskając pępowinę zapomocą *pince à demeure* tuż przy pierścieniu skórnym i pozostawiając tak zaciśniętą klemę przez 24 do 48 godzin. Tę samą myśl widzimy w metodzie, zwanej *omphalotripsią,* stosowanej przez Poraka (19), który używał do tego celu omfalotrybu, mającego działać podobnie jak klema Thummnina. Równocześnie prawie Kussmin (20) postępował w ten sposób, że zakładał nizko na pępowinie pierścień gumowy i przykrywał krótki kikut opatrunkiem gipsowym.

Widzimy więc, jak zwolna starano się tutaj zastosować wszystko, co nauka w innym kierunku, a zwłaszcza operacyjnym, zdobyła i w ten sposób zdobywała uznanie zasada, by przy zaopatrywaniu pępowiny postępować aseptycznie, a kikut o ile możności pozostawiać krótki.

Niezależnie od wymienionych wyżej autorów inni starali się postępować nie bez, — lecz przeciwgnilnie, wychodząc z założenia, że ścisłe postępowanie bezgnilne wymaga wielkiej wprawy i jest trudne do przeprowadzenia w praktyce prywatnej, a najdrobniejsze uchybienie sprowadzić może niepożądane następstwa (21).

I tak widzimy znów cały szereg środków antyseptycznych, polecanych przez rozmaitych autorów: Schrader (22), Świtalski (23), Kośmiński (24) polecają dermatol; Herms (25) osłaniał kikut płateczkami z 4% waseliną karbolową; Wentz (26) stosował kalomel i kwas borowy; Grosz (27), Sänger (28) i Czerwenka (29) — mieszaninę skrobi z kwasem salicylowym; Gaszyński (30) airol; Schliep (31) pędzlowanie 2 razy dziennie 2% rozczynem azotanu srebrowego, itp. środki przez innych polecane, jak np. bismut, jodoform, garbnik i w. i.

Ahlfeld (32, 33, 34) odcina pępowinę nizko, wyciera kikut i okolicę 96% wyskokiem, przykrywa następnie kikut watą wyjałowioną i nie kąpie noworodków. Sposób swój uważa Ahlfeld za najlepszy i powiada, że przez to postępowanie „das denkbar günstigste Ergebnis erreicht worden ist“ (35). Badania jednak porównawcze innych autorów, jak np. Stolza (36) w klinice Rosthorna w Gracu i Leubea (i. m.) wykazują, że sposób Martina stoi wyżej od sposobu Ahlfelda, tak co do czasu odpadnięcia kikuta, jakoteż i gojenia się rany pępkowej. Budberg (37) osłania kikut pępowinowy wacikiem, umaczanym w wyskoku, przez co, zdaniem jego, sprawa zeschnięcia szybciej się odbywa. Również w celu przyspieszenia zeschnięcia kikuta, a nadto w celu uniknięcia możliwego zakażenia radzą niektórzy autorowie zaniechać kąpania noworodków np. Basard (38), Neumann (39), Cohn (40), Keilmann (41), Doktor (42), Ahlfeld (43); inni zaś jak Schrader (44), Anthes (45), Sänger (46), a zwłaszcza Fuchs (47) polecają codziennie kąpiele.

Martin przy swym sposobie poleca kąpiel; niezaniechałem jej także i ja przy swych doświadczeniach, a jak wynik spostrzeżeń świadczy, uzyskałem skutek lepszy tak co do zeschnięcia i odpadnięcia kikuta, jakoteż co do sposobu i czasu trwania gojenia się rany, niż inni autorowie, którzy nawet nie stosowali kąpieli u dzieci.

Wreszcie wspomnieć muszę, że nie brak i takich autorów, którzy zupełnie nie podwiązywali pępowiny, jak np. Keller (48), lekarz amerykański, który u 2000 noworodków nie podwiązywał zupełnie pępowiny i nie obawia się wcale krwawienia z naczyń pępkowych; D. Kluge (49), zaś, który również u pewnej liczby noworodków w szpitalu berlińskim (Charité) nie podwiązywał w r. 1818 pępowiny, spostrzegł w 12 przypadkach następowe krwawienie z naczyń pępkowych. Postępowanie to, słusznie przez Riecka (l. c.) nazwane nihilistycznem, nie wielu miało naśladowców i zdaje się, że już ich chyba mieć nie będzie.

Podczas rozpraw na temat zaopatrywania pępowiny u noworodków na Kongresie lekarskim w Paryżu r. 1900 polecił gorąco Pinard (50) sposób, przez siebie wypróbowany, a polegający na krótkiem odcięciu pępowiny i zastosowaniu opatrunku aseptycznego. Niezależnie od Pinarda Charles, stosując sposób Martina przez pewien czas, w celu uproszczenia tego sposobu doszedł do tego samego postępowania, co i Pinard, a doświadczenie w tym kierunku wypadło pod wszelkim względem zadowalniająco. Pod wpływem tych rozpraw Martin postanowił przez Pinarda podany sposób wypróbować; rzeczywiście w 36 przypadkach otrzymał wyniki zadowalniające (51). To też odtąd nie przypala on już kikuta zupełnie i stosuje stale w swej klinice sposób Pinarda, który też w grudniowym zeszycie z 1900 r. „Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie“ poleca do ogólnego użycia.

Jak więc widzimy, od czasu prac Dohrna, Sängera i Rungego, tj. od 20 lat, nauka nie ustawała w dążeniu do uzyskania możliwego ideału. I każda praca w tym kierunku swój wpływ wywarła, dając innym bodziec do spostrzeżeń i doświadczeń, wśród których znowu czynione spostrzeżenia torowały drogę innym poglądom i zasadom, przy budowie których nawet najmniejsza cegiełka nie jest bez znaczenia. Dlatego trudno zgodzić się ze zdaniem Ballina (52), który sposobu Martina wcale nie uważa za widoczny postęp, przyznać bowiem trzeba, że sposób ten był przecież jednym z czynników, którymi zdobyła nauka dzisiejszy swój pogląd na sprawę zaopatrywania pępowiny u noworodków, zapatrywanie, choćby o krok dalej idące niż przed 20 laty, wygłoszone na Kongresie paryskim, a polegające na krótkiem obcięciu pępowiny i opatrunku aseptycznym.

Jeżeli się teraz zastanowimy, o ile sposób Martina posiada wyższość nad sposobami dotąd używanymi i jakie dla praktyki przedstawia korzyści, to wątpliwości w tym drugim kierunku okażą się dość poważne.

Nie da się zaprzeczyć, że dotychczasowe doświadczenia Riecka, Ballina, jakoteż i moje, wypadły zadowalniająco; — nie trzeba jednak zapominać, że były to doświadczenia przeprowadzone w klinikach, przeważnie przez samych lekarzy. Inaczej rzecz się przedstawia, jeźli czynność tę wykonywać będzie położna prywatna. Słusznie obawiać się należy, na co już Ahlfeld (53) zwrócił uwagę, że niewprawna ręka bardzo łatwo może rozżarzonemi nożyczkami spowodować poparzenie dziecka. Obawa słuszna i widzimy też, że Ballinowi (54) na 50 przypadków przydarzyło się to 2 razy. Oba te poparzenia i to 2 stopnia, raz na brzuszku, a drugi raz na udzie płodu, wydarzyły się w czasie nieobecności Ballina, kiedy położna sama zaopatrywała pępowinę. Ja w mych doświadczeniach nie miałem żadnego przypadku poparzenia, jednak, o czem już wyżej wspomniałem, zwykle doświadczenia sam przeprowadzałem, mianowicie 38 razy, a tylko 12 razy i to w mojej obecności położna kliniczna. Nie mogę przemilczeć, że położna ta, zapytana przezemnie, czy w praktyce prywatnej posługiwałaby się stale tym sposobem, oświadczyła mi, że z obawy przed poparzeniem dziecka stanowczo nie miałaby odwagi używać tego sposobu, przyczem nadmieniła, że i rodzice, jakoteż otoczenie dziecka z obawą patrzyliby na położnę, manipulującą rozżarzonemi nożyczkami koło pępowiny noworodka.

Obawa przed poparzeniem, to jeden wzgląd, który przeciw praktyczności tego sposobu przemawia. Drugi wzgląd, to możność przecięcia podwiązki jedwabnej. Ballinowi (55)

przydarzyło się to w jednym przypadku. Ja na 50 przypadków również miałem jeden (41), w którym jedwabna podwiązka przecięła grubą i tłustą pępowinę. W przypadku tym musiałem w celu zatamowania krwotoku przypalić drugi raz kikut w miejscu przecięcia żegadłem Paquelina, gdyż powtórne podwiązanie z powodu krótkości kikuta było niemożliwe. Z obawy przed krwawieniem nie poleciłem dziecka tego kąpać. Kikut w przypadku tym odpadł dnia 8, zaś dnia 10 po porodzie nastąpiło zupełne zagojenie rany pępkowej. U dziecka tego nadto wystąpiła żółtaczka w 3 dniu po porodzie.

Z powyższego wyniku jasno, że jeźli sposób Martina może nam dać dobre i pewne wyniki w klinikach i zakładach, gdzie lekarz, względnie rutynowana i o możliwych niebezpieczeństwach pouczona położna czynność tę wykonuje, to ogółowi położnych polecić go chyba nie można raz z obawy przed poparzeniem dziecka, a powtóre dlatego, że przy silniejszem zaciśnięciu podwiązki jedwabnej może ona łatwo przeciąć naczynie, a wówczas powtórnego podwiązania z powodu krótkości kikuta położna nie będzie mogła uskutecznić. I jestem najmocniej przekonany, że te okoliczności w znacznej mierze przyczyniły się do tego, że Martin swego sposobu już nie stosuje w swej klinice i innym nie poleca, a natomiast chętnie przyjął i polecił sposób przez Pinarda zalecony.

Już po napisaniu przezemnie powyższych uwag ogłosił Dr Leube w ostatnich dniach lipca (56) wyniki z doświadczeń, jakie przeprowadził w zakładzie położnic w Konstancyi nad sposobem Martina, Ahlfelda, oraz sposobem, w tym zakładzie praktykowanym. Sposób ten polega na tem, iż podwiązuje pępowinę zupełnie nizko katgutem (Nr. 5) i krótki kikut przysypuje świeżym pudrem dyachylowym. Badania porównawcze tych trzech sposobów wykazały, że sposób Martina jest najlepszy. Mimoto jednak używa Leube dalej swego sposobu z pudrem dyachylowym, gdyż jest on prostszy, wymaga mniej wprawy i daje zadowalniające wyniki.

Piśmiennictwo. 1) A. Martin: Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen. »Berliner klinische Wochenschrift«. Nr. 8, 1901 r. 2) Dr A. Rieck: Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen. »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XI, H. 5, 1900. 3) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 29, 1900 4) *l. c.*, str. 755 5) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 14 i 19, 1880. 6) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 19, 1880 i Nr. 6. 1881 7) »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. VI, H. 1 8) Paul: Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln? »Inaug. Dissert.« Marburg, 1894. 9) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLV, H. 3 10) »Med News.« Vol. LXX, p. 557. 11) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLIII. 12) »Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XXX. 13) Umbilicalasepsis in the newborn. »Med. News.« Vol LXXI 14) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd. XXXV, p. 163. 15) Gessner: Zur Hygiene der ersten Lebenstage mit besonderer Berücksichtigung des Icterus neonatorum. Halle 1899. 16) »Centralblatt für Gynäkologie 1899«. (Ref. Str. 1450). 17) »Gaz. hebdomad. de medecine et de chirurgie 1897«. Str. 738. 18) »Presse medicale 1891«. September 8 19) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 44 (Ref.) 1899 20) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 19, 1899, str. 267. 21) Kośmiński: W sprawie pielęgnowania noworodków. »Przegląd lekarski«. 1898. Nr. 1. 2, 3 i 4. 22) »Centralblatt für Gynäkologie 1894« Nr. 46. str. 1176 23) »Przegląd lekarski 1893«. Nr. 18 24) *l. c.* 25) »Centralblatt für Gynäkologie«. Bd XIX, p. 443. 26) »Pennsylv. med Journal«. Juni 1897. 27) »Wiener klinische Rundschau«. Bd. IX, p. 292. 28) *l. c.* 29) »Wiener klinische Wochenschrift«. 1898. Nr. 11 30) »Medycyna 1896«. Nr. 34 i 35. 31) »Therapeutische Monatshefte 1895«. Nr. 6. 32) »Inaug Dissert.« Marburg, 1894. 33) »Lehrbuch der Geburtshilfe von Ahlfeld«. (Str. 188). 34) »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. X Str 123. 35) »Centralblatt für Gynäkologie 1900«. Nr. 13, str. 339. 36) »Wiener klinische Wochenschrift 1901«. Nr 5 37) »Centralblatt für Gynäkologie 1899«. Str. 518. 38) »Contribution à l'étude du traitement du cordon ombilical après la naissance; action des bains«. Thése de Paris. 39) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd XXXV, Str. 10. 40) »Therapeutische Monatshefte 1896« 41) »Deutsche medicinische Wochenschrift 1895«. Nr. 22. 42) »Archiv für Gynäkologie«. Bd. XLI, H. 3. 43) *l. c.* 44) »Berliner klinische Wochenschrift«. Bd XXXV, Str. 163. 45) »Ueber den Einfluss des Bades auf die Nabelschnurbehandlung. Inaug. Dissert«. Halle 1896. 46) »Centralblatt für Gynäkologie 1881«. 47) Fuchs: Zur Hygiene der ersten Lebenstage. »Münchener medicinische Wochenschrift 1899«. Nr. 21. 48) »Wiener medicinische Blätter«. Bd. XX, Ref. str. 285. 49) »Hufelands Journal der praktischen Heilkunde 1819«. Januar, str 118. 50 Berichte über den Pariser Congress. »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie« Bd. XII, H 3, 1900. 51) »Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«. Bd. XII, H 3, 1900. 52) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 20, 1900. 53) »Centralblatt für Gynakologie«. Nr. 13, 1900. 54) »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 20, 1900. 55) *l. c.* 56) Dr Wilhelm Leube: Ueber Nabelschnurversorgung der Neugeborenen. »Centralblatt für Gynäkologie«. Nr. 30, 1901.

II. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:

Część anatomiczną **Dr. J. Krzyszkowski.**
Część kliniczną **Doc. Dr. J. Wiczkowski.**

Z instytutu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

I Część anatomiczna.

Do bardzo rzadkich zmian, jak świadczy przytoczone niżej zestawienie, należą tętniaki tętnicy płucnej. Niepokaźną liczbę znanych przypadków niektórzy autorowie, np. Schrötter (*Erkrankungen der Gefässe. Path. und Therap. Nothnagel* III T. 1 H.) zmniejszają, odróżniając od tętniaków rzeczywistych rozstrzenie tętniakowate. Schrötter (*ibidem*) nawet wyraża niesłuszne zapatrywanie, że wszystkie po dziśdzień ogłoszone tętniaki tętnicy płucnej są raczej znacznymi rozstrzeniami, tylko dla swej wielkości za tętniaki uważanymi.

Pomijając nieznaczne powiększenie światła naczynia wraz z przerostem roboczym ściany, spotykane często w małem krążeniu w przewlekłych wadach ujścia żylnego lewego, które to rozszerzenie jako takie łatwo na oko ocenić, uważam za tętniak rzeczywisty (*Aneurysma verum*) każde znaczniejsze rozszerzenie światła naczynia ne ogranicznej lub rozlanej przestrzeni.

Ze względu na etyologię; w zakresie tętnicy płucnej spotkać się możemy z następującymi rodzajami tętniaków.

Do najczęstszych należą tętniaki pasorzytnicze gruźlicze (*An. parasitarium tuberculosum*) i dotyczą one zwykle cieńszych rozgałęzień, nie dochodzą znacznych rozmiarów, leżą w świetle starych jam gruźliczych, rzadziej wśród mas serowatych, a powstają wskutek zserowacenia ściany zewnętrznej i wypuklenia błony wewnętrznej tętnicy (*intima*); są to więc właściwie tętniaki powstałe przez nadżarcie ściany (*An. per arrosionem vel A. herniarium*). Według badań Fraentzla na sto krwotoków śmiertelnych w gruźlicy przypada 75 razy pęknięcie tych tętniaków. W naszym instytucie stwierdziłem obecność tętniaków sześć razy, a w pięciu przypadkach pęknięcie było powodem krwotoków.

Rzadkie są tętniaki pasorzytnicze przerzutowe (*An. mycoticum embolicum*), zwykle wielokrotne; zniszczeniu ulega błona wewnętrzna tętnicy i warstwa mięsna, a wypukleniu błona zewnętrzna; na wsierdziu serca prawego spotykamy wtedy zwykle zapalne wybujałości. Za takie też, t. j. pasorzytniczozatorowe uważa Schrötter wielokrotne tęniaki roz-

gałęzień tętnicy płucnej, opisane w przypadku Chartona.

Opisu tętniaka urazowego rozdzierającego *(An. traumaticum dissecans)*, jakkolwiek o możliwości takiego w podziale tętniaków tętnicy płucnej wspomina Williams, nigdzie nie napotkałem.

Szczupłą resztę stanowią tętniaki tak nazwane twardzielowe (sklerotyczne); te możemy rozdzielić na tętniaki rozlane kształtu mniej więcej wrzecionowatego *(An. periphericum, totale, cylindroideum vel fusiforme)*, uważane przez wielu, jak wyżej wspomniałem, tylko za rozstrzenie i na najrzadsze tętniaki ograniczone kształtu workowatego *(An. semiperiphericum, parietale vel sacciforme)*.

Z takim też rodzajem tętniaka niedawno miałem do czynienia; zanim jednak przystąpię do opisu mego przypadku, zestawię wprzód ważniejsze spostrzeżenia, opisane po roku 1868. Do roku 1868 zebrał Goldbeck dwadzieścia przeważnie anatomicznych przypadków, potem idą następujące, które podaję w chronologicznym porządku:

Gilewskiego: U mężczyzny 28 l., który przed pięciu laty przebył gościec stawowy, znaleziono przy sekcyi znaczny przerost serca, tętnicę płucną rozszerzoną wraz z obydwoma rozgałęzieniami do wielkości dużej pomarańczy i przewlekłą wadę zastawkową ujścia żylnego lewego. Ściana tętniaka uległa miażdżycy, częściowo wapniejąc. (»Przegląd lekarski« Nr. 10—14 i »Wiener med. Wochenschrift« Nr. 33—38, 1868 r.).

Dowsego: U kobiety 19 l., która przed czterema laty przebyła gościec stawowy, znaleziono przy sekcyi przerost serca prawego, na przedniej ścianie tętnicy płucnej tętniak wielkości jaja kurzego, zastawki tętnicy płucnej ponadżerane, pokryte wybujałościami grzebieniastemi; świeże zapalenie osierdzia i świeże wybujałości na zastawce półksiężycowej tętnicy głównej. (»Transact of the path. Soc.« XXVI. r. 1875).

Leberta: U kobiety 37 l., cierpiącej na długotrwały gościec stawowy, znaleziono: zastawki tętnicy płucnej zniszczone, wybujałościami pokryte, a początek tętnicy płucnej tętniakowato rozszerzony; obwód rozszerzenia wynosił 11 ctm. (»Berliner klin. Wochenschrift« Nr. 20—29, 1876 r.).

Buchwalda: U kobiety 17 l. znaleziono: przewód Botalla otwarty, na ścianie tętnicy płucnej tętniak wielkości jaja kurzego, na zastawkach serca prawego, lewego i około obu ujść przewodu Botalla polipowate wybujałości, oprócz tego ropówka *(phlegmone)* na nodze, ostre zapalenie nerek i ostry obrzęk śledziony. (»Mittheilungen aus der Biermerschen Klinik in Breslau«, 1878).

Korczyńskiego. U kobiety 32 l., która przebyła wysiękowe zapalenie osierdzia, znaleziono: osierdzie, pokrywające pień tętnicy płucnej zgrubiałe, z osierdziem ściennem postronkowatymi zrostami spojone. W miejscu zrostów (2 ctm. ponad zastawkami) tętnica płucna okazuje workowate, wielkości jaja gołębiego wypuklenie. Strona wewnętrzna worka gładka, lśniąca; na szczycie jego liczne, wielkości ziarn grochu kieszonki. Grubość ściany worka na szczycie pół, — na obwodzie dwa — do trzech milimetr.; ściana złożona wyłącznie z tkanki łącznej włóknistej. (»Przegląd lekarski« 1—4, 1878).

Wolframa: U mężczyzny 55 letn., który za młodu przebywał choroby zakaźne, znaleziono znaczny przerost serca prawego, a tętnicę płucną objętą workiem sercowym nadmiernie tętniakowato rozszerzoną. Rozszerzenie to odnosi się głównie do przedniej wolnej strony naczynia i ma kształt beczułkowaty, obwód 14 ctm. Główne dwa pnie i dalsze grubsze rozgałęzienia tętnic płucnych mają światło obszerniejsze. Ściana pnia prawidłowa; ściana naczyń okazuje nacieki miażdżycowe. Drobniejsze rozgałęzienia, a zwłaszcza mikroskopowo wśród tkanki płucnej widoczne, okazują znaczne zgrubienia warstwy wewnętrznej; »Gazeta lekarska« Nr. 24—25. 1883).

Foulisa: U kobiety 22 l., która przed sześciu laty przebyła płonicę, znaleziono przewód Botalla otwarty i tętniakowate rozszerzenie pnia, workowaty tętniak ściany przedniej tętnicy płucnej, ograniczone tętniakowate wypuklenie ściany tylnej tętnicy głównej i świeże wybujałości na zastawkach i ścianie tętnicy płucnej. W myśli poprowadzona linia przez światło przewodu Botalla trafia punkta środkowe obu tętniaków, t. j. tętniaka przedniej ściany tętnicy płucnej i tętniaka tylnej ściany tętnicy głównej. (»Edinburgh Medical Journal« 1884).

Williamsa: U mężczyzny 40 l., cierpiącego na przewlekłą gruźlicę, znaleziono: tętnicę płucną symetrycznie rozszerzoną. Rozszerzenie miało kształt wrzecionowaty i przechodziło na oba rozgałęzienia. Przewód Botalla od strony tętnicy płucnej otwarty, rozszerzony; od strony tętnicy głównej — zamknięty. (»Philad. Reports«, 1890.

Austa: U mężczyzny 25 l., pracującego od dwóch lat jako wydymacz w fabryce szkła, znaleziono: przerost serca prawego, pień tętnicy płucnej znacznie tętniakowo rozszerzony; rozszerzenie dotyczy grubszych i średnich rozgałęzień, na błonie wewnętrznej rozgałęzień zgrubienia miażdżycowe, najdrobniejsze natomiast rozgałęzienia wybitnie zwężone. (»Münch med. Wochenschrift», 1892).

Romberga: Dwa analogiczne przypadki, gdzie bez zmian w płucach i zmian na zastawkach, małe gałązki tętnicy płucnej były znacznie zwężone, ściana cieniutkich i grubszych gałązek okazywała znaczne stwardnienie, pień zaś tętnicy płucnej był tętniakowato rozszerzony. (»Arbeiten an der med Klinik zu Leipzig«, 1893).

Wreszcie mój przypadek, którego opis podaję poniżej. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *„Haemoptoe, mors subita"*.

Opis sekcyjny.

Zwłoki kobiety 17 letniej, wzrostu miernego, dobrze odżywionej i zbudowanej. Barwa skóry i jej wejrzenie naturalne. Błony śluzowe warg blade. Twarz i usta obficie pokryte skrzepłą krwią. Czaszka opony i mózg zmian nie okazują. Przepona sięga po obu stronach do 4-tego żebra. Oba płuca spojone świeżymi i dawniejszymi zrostami ze ścianami klatki piersiowej; brzegi przednie z tego powodu nieco na boki ściągnięte, tak, że worek sercowy na większej niż prawidłowo przestrzeni odkryty. Na opłucnej obu płuc pomiędzy zrostami widać już to dające się łatwo usunąć, świeże, już to silniej przylegające, dawniejsze naloty włóknika. Oba płuca wielkości prawidłowej, cięższe, a przy dotyku wyczuwa się liczne, w głębi i pod powierzchnią ułożone, duże kształtu nieregularnego, zbite ogniska. Płuco lewe okazuje na przekroju bardzo różnorodny obraz, a mianowicie: miąższ płuca w przeważnej części szarołupkowo zabarwiony, zbitszy, tu i owdzie zasiany drobniutkiemi żółtawemi ogniskami ropnemi; przy ucisku powierzchnia przekroju zalewa się cieczą mętną, ropną, mało powietrzną. Na tymże przekroju widać dalej liczne, ściśle odgraniczone, zbite, bezpowietrzne ogniska kształtu charakterystycznego dla zawałów. Barwa ognisk odpowiednio do ich dawności ciemnoczerwona, albo szarawo-rdzawa, z żółtawo-szarą naokoło obwódką albo też żółtawo-biała; te ostatnie ogniska są w środku rozmiękłe; dalej widać kilka podopłucnowo ułożonych zaciągniętych ognisk, w środku zwapniałych, a złożonych z bliznowatej tkanki łącznej i jedną podopłucnowo ułożoną jamę wielkości orzecha włoskiego, a kształtu trójkątnego, wypełnioną świeżą ropą. Błona śluzowa oskrzeli rozpulchniona, pokryta obfitą wydzieliną śluzowo-ropną, zmięszaną z krwią napółskrzepłą.

Oprócz tych zmian w miąższu uderzają jeszcze wybitnie zmiany w naczyniach: w środku płatu górnego widzimy twór krągły wielkości orzecha laskowego, na przekroju suchy, warstwowy; twór ten leży w świetle odpowiednio do jego kształtu tętniakowato rozszerzonego naczynia; ściana tego tętniaka w jednem miejscu gwiazdkowato rozdarta, krucha, zresztą dość gruba. Komunikacya z częścią doprowadzającą naczynia dobrze widoczna, zgłębnikiem stwierdzona; naczynie odpowiada rozgałęzieniu czwartego stopnia tętnicy płucnej.

W tymże samym płacie, nieco niżej i bardziej ku

przodowi, znajduje się drugi tętniak wielkości orzecha tureckiego, nie pęknięty, wypełniony skrzepem krwi Naczynie doprowadzające gubi się w zgrubiałej ścianie tętniaka, a odpowiada rozgałęzieniu trzeciego stopnia. Naczynie biegnące ku dołowi w płacie dolnym, a będące rozgałęzieniem drugiego stopnia, jest na znacznej przestrzeni walcowato rozszerzone; rozszerzenie to przechodzi i na trzy wychodzące zeń rozgałęzienia, obejmując je częściowo. Ściana naczynia zgrubiała, podłużnie pofałdowana; do ściany przylegają silnie odbarwione kruche skrzepy; reszta naczyń obu płuc o świetle i wejrzeniu ścian prawidłowych; w świetle niektórych dawne, przylegające, kruche skrzepy, w innych świeżo naniesione i luźnie leżące. Główny pień tętnicy płucnej lewej i dolna jej gałąź zatkane skrzepem świeżo-naniesionym, żeberkowanym.

W miąższu płuca prawego widoczne są zmiany podobne, lecz o mniejszym stopniu nasilenia (zawały i zapalenie przewlekłe ropne), naczynia zaś płuca prawego zmian nie okazują.

W worku osierdziowym około 50 ctm.³ płynu mętnego. Obie blaszki osierdzia przy podstawie, t. j. w miejscu wielkich pni naczyniowych, zlepione włóknikiem, częściowo organizującym się na większej przestrzeni. Po rozdarciu tych zlepów widać na przedniej ścianie tętnicy płucnej ograniczone tętniakowate wypuklenie, kształtu eliptycznego, wielkości połówki jaja kurzego. Wypuklenie to nie obejmuje całego światła, co po rozcięciu pnia tętnicy dobrze widać, lecz dotyczy przedniej i górnej części ściany pnia i przechodzi częściowo na lewą gałązkę tętnicy płucnej. Kształt worka eliptyczny i brzegi otworu doń prowadzącego znacznie zgrubiałe; do ściany worka silnie przylegają białe, warstwowane, kruche skrzepy. Ściana worka na przekroju dość gruba, cieńczeje ku szczytowi, a makroskopowo okazuje utkanie jednostajne łącznotkankowe. Ściana ta w miejscu odpowiadającem gałązce tętnicy płucnej lewej bardzo krucha (przy wyjmowaniu płuca) w kilku miejscach uszkodzona, naddarta. W tkance okołonaczyniowej śródpiersia danego miejsca i we wnęce płuca lewego świeży naciek ropny. Tętniak ten leży na dwa i pół ctm. ponad początkiem tętnicy płucnej, której światło jakoteż i zastawki zmian nie okazują. Na tylnej ścianie tętnicy tuż ponad zastawkami widać tylko jedną malutką, szaro-różową wybujałość, wielkości ziarnka prosa, zresztą bł. wewnętrzna tętnicy wejrzenia prawidłowego.

Tuż przy górnym tylnym brzegu worka w ścianie tętnicy płucnej lewej znajduje się lejkowaty otwór. Otwór ten wielkości przekroju zwykłego ołówka, tylko przez silnie przylegające skrzepy częściowo zwężony, prowadzi do światła łuku tętnicy głównej, gdzie się też lejkowato kończy. Tętnica główna nieco węższa, niedotwórcza.

Zastawki wszystkich ujść obu serc prawidłowe. Serce prawe okazuje światło większe, a ścianę w dwójnasób grubszą. Ściana serca lewego nieco grubsza, mięsień wejrzenia prawidłowego. Gruczoły zaoskrzelowe i okołotchawicze powiększone, szarołupkowo zabarwione, twardsze. Śledziona powiększona powierzchnia jej przekroju gładka, barwy wiśniowej, miazgi mało. Wątroba w krew zamożna. Nerki i przewód pokarmowy zmian nie okazują.

Rozpoznanie: *Ductus Botalli apertus. Aneurysma sacciforme parietis anterioris arteriae pulmonalis. Aneurysmata Nr. III ramificationum arteriae pulmonalis pulmonis sinistri. Hypertrophia excentrica ventriculi cordis dextri. Pericarditis fibrinosa adhaesiva ad conum vasorum. Pleuritis fibrosa adhaesiva et fibrinosa recens ambilateralis. Pneumonia chronica abscedens dispersa, infarctus haemorrhagici recentes et inveterati pulmonis utriusque. Caverna post infarctum suppuratum pulmonis sinistri. Mediastinocellulitis purulenta ad hilum pulmonis sinistri. Lymphodenitis chronica pigmentosa glandularum peribronchialium et peritrachealium. Induratio hepatis. Tumor lienis chronicus venostaticus. Thrombosis embolica arteriae pulmonalis pulmonis sinistri.*

Szczepienie, dokonane z miazgi śledzionowej, dało wynik ujemny. (dok. nast.)

III. Wyciągi.

Ewald (Berlin). **O ostrawem osłabieniu serca w przebiegu wad sercowych oraz uwagi nad leczeniem chorób sercowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 42, 1901). W przypadku, dotyczącym 62-letniego chorego dołączyło się do istniejącej wady sercowej zapalenie mięśnia sercowego, które pociągnęło za sobą ciężkie upośledzenie czynności serca. Pod wpływem jednak środków sercowych i moczopędnych, w połączeniu z zabiegami, zmierzającymi do usunięcia przeszkód w obwodowem krążeniu (nakłócia, nasiekania), ustąpiły wszystkie objawy chorobowe, nie pozostawiając żadnej ważniejszej zmiany w mięśniu sercowym. Przy sposobności więc opisu tego przypadku chorobowego omawia autor środki sercowe i postępowanie lecznicze w takich razach stosowane, zwracając się w pierwszym rzędzie do usuwania obrzęków. Ku temu celowi służą przedewszystkiem nakłócia jam ustroju, — a więc jamy opłucnowej, brzusznej, lub wreszcie worka sercowego; po odejściu bowiem płynu nietylko doznaje chory natychmiast znacznej ulgi, ale co ważniejsza, często gęsto można stwierdzić fakt, że leki sercowe, które aż do tej chwili żadnego wpływu nie wywierały, po odprowadzeniu nagromadzonego płynu wcale skutecznie działają. Niezawsze atoli prowadzi tego rodzaju zabieg do pożądanego celu: albo warstwy mięśniowe lub skórne są w takim stopniu obrzękłe, że nakłócie niedobrze się udaje, albo (co częściej się zdarza) płyn nagromadzony w jamie opłucnowej lub brzusznej nie komunikuje z obrzękiem skórnym lub kończyn, skutkiem czego wynik nakłócia nie jest należyty. W takich razach nasiekuje się dolne kończyny kaniulkami wielkości igły Pravatza i płyn wchodzi do odpowiednio nałożonego, dobrze wchłaniającego opatrunku, albo też bywa wysysany zapomocą lejków gumowych lub szklanych. Z leków aptecznych zajmuje niezachwiane dotychczas stanowisko naparstnica; zdarzają się jednak przypadki, w których i ona pozostaje bez wpływu, najczęściej u chorych z silną dusznicą i bezsennością. W takich przypadkach jedyna morfina, wstrzyknięta pod skórę, uspokaja chorego fizycznie i umysłowo, — następuje pokrzepiający sen i serce ma czas przyjść do równowagi. Teraz jest chwila do podania naparstnicy, która też rzeczywiście wywołuje prawie w oczy bijący skutek. Inne przetwory, jak digitalina, digitoksyna mniej dobrze działają.

Drugim również niepoślednim środkiem sercowym jest *tinctura strophanti*; — różni się jednak od naparstnicy tem, że wcale nie wpływa, albo bardzo mało, na obwodowe naczynia. W przypadkach więc, w których ma być działanie skierowane na serce i na naczynia, należy stosować naparstnicę: wzmacnia ona skurcze serca, przedłuża rozkurcze i podnosi napięcie obwodowych naczyń. O kofeinie, kamforze, eterze i t. d. można powiedzieć, że są bardziej środkami podniecającymi, aniżeli sercowymi. *Dr. Henryk Pisek.*

Martin. **Rozcięcie spojenia łonowego i cięcie cesarskie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Autor opisuje przypadek wykonanego cięcia łonowego z powodu ścieśnienia miednicy, w którem mimo rozszerzenia się wchodu miednicy prawie o 6 ctm. płód nawet kleszczami nie dał się urodzić, a w końcu dla rozwiązania rodzącej musiano wykonać cięcie cesarskie, przyczem wydobyto płód żywy, wagi 3700 gramów.

Z okazyi przytoczonego przypadku omawia M. postępowanie przy miednicach ścieśnionych. Przyznaje wielką doniosłość porodom przedwczesnym, których sprowadzenie wobec obecnego stanu aseptyki jest prawie bez niebezpieczeństwa. Obroty zapobiegawcze radzi wykonywać tylko przy miednicach płaskich; cięcie łonowe tylko zaleca w przypadkach, gdzie główka dużą częścią jest do wchodu wklinowana i rozszerzenie płaszczyzny wchodu o 6 ctm., wystarczy do

jej przejścia. Wogóle cięcie łonowe uważa za sposób niepewny i przestrzega przed zbyt pochopnem jego wykonywaniem. *P.*

Uhlenhuth. **Badanie różnych gatunków mięsa zapomocą surowiczego odczynu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Szczepiąc krew różnych zwierząt królikom, przekonał się autor, że zapomocą otrzymanej z nich surowicy można rozpoznać mięso tegoż gatunku zwierzęcia. Tak np. surowica z krwi królika, szczepionego krwią konia, wywołuje w soku mięsnym konia widoczne zmętnienie, nie powodując zmian w soku z mięsa świni, kota, psa i odwrotnie. Badania tego rodzaju mogą być bardzo ważne przy zafałszowaniach mięsa droższego innem tańszem. Badanie wykonywa autor, dodając 10—15 kropel surowicy królika do soku z mięsa roztartego z podwójną ilością roztworu fizyologicznego. Otrzymuje się sok po przesączeniu przez bibułę barwy żółtawej zupełnie jasny. Do metod badania artykułów spożywczych przybywa zatem jedna więcej, dzięki rozpoznaniu surowicą. *O. B.*

Dr. Sternberg. **Przypadek uwięzniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej.** (*Wiener klin Wochs.* Nr. 42, 1901). Znajomość przepuklin bocznych w ścianie brzusznej (szczególnie w razie uwięźnięcia) ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż zabieg chirurgiczny w takich przypadkach ratuje z jednej strony życie pacyenta, z drugiej zaś, nierozpoznanie choroby pociąga za sobą najcięższe następstwa, jak tego przykładem wspomniany w podręczniku Alberta przypadek, w którym rozpoznano ropień i otwarto go przez nacięcie, wytwarzając przez to sztuczną rzyć. Autor miał sposobność oglądania przy sekcyi rzadkiego obrazu uwięźniętej przepukliny bocznej w ścianie brzusznej. Po otwarciu jamy brzusznej okazał się po lewej jej stronie guz owalny, którego długość wynosiła 15 ctm., a szerokość 9 ctm. między warstwami mięśni brzusznych. Od przodu guz ten był przykryty przez mięsień skośny zewnętrzny brzucha, a od tyłu przez mięsień skośny wewnętrzny, poprzeczny i otrzewnę. Guz ten, którego treścią była pętla jelita i sieć, znajdował się w osłonce powstałej przez wpuklenie się otrzewnej i powięzi poprzecznej między pęczki mięśnia skośnego wewnętrznego. Zastanawiając się nad przyczyną powstania tej przepukliny, sądzi autor, że powstała ona skutkiem zadziałania tępego urazu, sprowadzającego podskórną szczelinę w mięśniu skośnym. W piśmiennictwie niewielka jest liczba takich przypadków, a z tych najciekawszy jest przypadek Eiselsberga, w którym u kobiety po spadnięciu z wysokości jednego piętra, przyczem uderzyła się o dyszel wózka w prawą okolicę podbrzusza, skutkiem podskórnego zranienia mięśni brzusznych i otrzewnej powstała boczna przepuklina w ścianie brzusznej, nieposiadająca worka przepuklinowego. *Dr. Ozga.*

Eisenberg. **O stosowaniu gorących przestrzykiwań pochwy w cierpieniach kobiecych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 42). Przechodząc historyczny rozwój metody przestrzykiwań pochwy, rozróżnia E. dwa ich rodzaje: ciepłe, które sprowadzają zwiotczenie tkanin i gorące, sprowadzające stężenie. Aby przestrzykiwania te mogły sprowadzić dobry skutek, powinny być wykonywane zawsze w pozycyi leżącej, nadto powinna być przepuszczona wolno znaczna ilość płynu, 20—30 litrów. Czas trwania takiego przestrzykiwania wynosi 20 minut. Z początku jednak należy robić przestrzykiwania króciej, do 5 minut, a więc i mniejszą ilością płynu; taksamo z początku ciepłota ich musi być niższą od 37°. Celsiusza, później mogą wynosić nawet 48° C. W celu uniknięcia oparzenia radzi nasmarować wazeliną okolicę sromu, nadto używać wziernika Bandla. Dobre skutki leczenia zapomocą gorących przestrzykiwań spostrzegał E. w starych wypocinach okołomacicznych, rozmaitych schorzeniach trąbek i jajników, w nieżytach macicy, krwisteku i w macinnictwie. Przestrzykiwaniom gorącym przypisuje E. działanie lecznicze, uspokające i uśmierzające ból. Przy guzach, otoczonych wypociną, mają przestrzykiwania działanie przygotowawcze do późniejszej operacyi, wpływają bowiem na wessanie wypociny i odsłaniają nam sam guz w jego właściwej wielkości. W końcu przestrzykiwania te działają jako środek pomocniczy przy mięsieniu. *P.*

R. Lepine. **Leczenie moczówki cukrowej.** (*Semaine médicale* 1901, 46). Zanim rozpocznie się leczenie, bardzo ważną jest rzeczą gruntownie poznać chorego: jego właściwości osobnicze i dziedziczne, tryb życia, nawyknienia i to ile możności drobiazgowo. Autor przytacza szczegóły, dotyczące chorego, u którego zmiana mieszkania, dość oddalonego od miejsca codziennego zajęcia, na bliższe, spowodowała wystąpienie cukrzycy; zalecenie mu codziennej dłuższej przechadzki i niektórych zmian w trybie życia usunęło cukier z moczu. Z nadzwyczajną dokładnością należy postępować przy badaniu moczu: powinniśmy mieć przed sobą całą ilość moczu z 24 godzin; dalej bardzo jest wskazane, aby chory przez dwa lub trzy dni, poprzedzające badanie, trzymał się zwykłego prawidłowego trybu życia. Już zwykła np. podróż wystarcza, aby zmienić ilość cukru i spowodować fałszywą ocenę stopnia choroby. Przy ilościowem oznaczaniu cukru nie należy zadawalniać się jedną metodą, lecz kontrolować wzajemnie próbę polaryzacyjną i próbę rozczynem Fehlinga. Polaryzator ma tę wyższość nad metodą Fehlinga, że nie wliczamy tu innych substancyj, działających na ten rozczyn podobnie jak cukier; jednak naodwrót, obecność — wcale niezbyt rzadka — w moczu maltozy może spowodować znaczne błędy. Przy oznaczaniu mocznika należy uwzględniać ciężar ciała chorego i stosunek ilości mocznika do ilości cukru. Objawem nierzadkim w cukrzycy, nader często przez lekarzy zapoznawanym, jest białkomocz. Kühl znalazł białko u 79% badanych dyabetyków i to wcale nie w wyłącznie cięższych postaciach. U 64% chorych znaleziono w moczu wałeczki, co dowodzi, że mamy tu do czynienia z zadrażnieniem samego miąższu: ztąd wskazanie, aby unikać leków drażniących nerki, gdyż można przyspieszyć wystąpienie śpiączki.

Najważniejsze pytanie, jakie musimy uczynić w każdym przypadku cukrzycy, dotyczy kwasu acetooctowego. Diacetury a jest niezmiernie ważną tak dla rokowania, jak i leczenia: tam, gdzie znajdziemy kwas acetooctowy (próba Gerhardta: wlewamy kroplami do moczu półtorachlorek żelaza, zabarwienie ciemno-czerwone), tam usuwanie cukrzycy schodzi na plan drugi.

Autor dzieli chorych zasadniczo na:

I. cukrzycych bez kwasu acetooctowego w moczu	*a)* u których cukromocz znika pod wpływem odpowiedniej dyety; *b)* cukromocz pod wpływem dyety tylko się zmniejsza.
II. chorych cukrzycych z kwasem acetooctowym	*a)* znikającym pod wpływem odpowiedniego leczenia; *b)* utrzymującym się mimo leczenia (rokowanie bardzo niedobre).

I. *a*). Dyeta z początku wyłącznie mięsna i tłuszczowa z tem zastrzeżeniem, aby równowaga azotowa była utrzymana, a z drugiej strony, aby nie wprowadzać do ustroju zbyt wiele substancyj białkowych. Następnie przechodzimy do dyety mięszanej i staramy się oznaczyć tolerancyę ustroju dla węglowodanów. Ciągła kontrola i indywidualizowanie każdego przypadku jest konieczne.

I. *b*). Dawną metodę dyety wyłącznie mięsnej zarzucono, zdaniem autora słusznie, gdyż drażni nerki i powiększa białkomocz, sprzyja rozwinięciu się skazy kwaśnej, a wreszcie, co jest mniej znane, przy dłuższem używaniu powiększa ilość cukru w moczu. Fakt ten rozmaicie objaśniają: w ostatnich czasach Talma tłómaczył go podrażnieniem miąższu nerkowego i zwiększoną przepuszczalnością dla cukru bez istotnego powiększenia jego wytwarzania się. Próbowano dalej dyety tłuszczowej, wobec dotychczasowej teoryi, że tłuszcze nie przyczyniają się do wytwarzania się cukru. Autor widział powiększenie się cukru po wprowadzeniu pół litra śmietanki; zdaje się być również rzeczą pewną, że tłuszcze wytwarzają aceton; zresztą wstręt chorych do dyety wyłącznie tłuszczowej staje tu na przeszkodzie.

II. Według najnowszych badań (Geelmuyden) źródłem dla kwasu β oksymasłowego i jego wytworów pochodnych, acetonu i kwasu acetooctowego, są tłuszcze. Spostrzeżenia kliniczne potwierdzają tę hipotezę, dziś już uznaną prawie jako pewnik. Jakkolwiek ustrój może znosić diaceturyę bezkarnie przez przeciąg nawet całych miesięcy, jednakowoż usunięcie jej jest koniecznie wskazane: wynik odpowiedniego leczenia pozwoli nam dokonać wyżej wzmiankowanego podziału (II *a*, II *b*). tak ważnego ze względu na rokowanie.

Obfite podawanie węglowodanów zmniejsza wprawdzie diaceturyę, nieuniknionem jednak następstwem tej dyety jest powiększenie się ilości cukru w moczu. Odpowiadająca teoretycznym wymaganiom (Szullen) gliceryna w praktyce okazała się bez wartości. Według Schwarza zadaniu temu odpowiada kwas glykonowy (*acide gluconique*), a przypadek ogłoszony przez niego [1]), zasługuje na wszelką uwagę: chodziło o mężczyznę 28-letniego, dotkniętego ciężką cukrzycą i gruźlicą płuc. W ciągu sześciu tygodni pobytu w klinice w Pradze chory ten uległ trzy razy śpiączce. W dwóch pierwszych napadach choremu, już nieprzytomnemu zupełnie, podano duże ilości (do 70 gramów) kwasu glykonowego, rozpuszczonego w wodzie i zobojętnionego dwuwęglanem sodowym, a prócz tego 140 gramów dwuwęglanu sodowego tak przez usta, jak i w lewatywie: wszystkie przypady znikły w przeciągu kilku godzin i przez dni kilkanaście utrzymywał się stan względnie dobry; — w trzecim napadzie chory zginął, ponieważ brakło kwasu glykonowego i podawano mu tylko dwuwęglan sodowy. Zdaje się rzeczą niewątpliwą, że dwuwęgian sodowy dwa razy ocalił chorego, dlatego

[1]) L. Schwarze: Zur Behandlung des Coma diabeticum. »Prag. med. Wochenschrift« 25 lipiec i sierpień 1901.

byłoby bardzo pożądaną rzeczą, aby kwas ten mógł być niedługo wytwarzany w dostatecznej dla szerszych doświadczeń ilości, i aby go podawać nietylko podczas śpiączki w cukrzycy, lecz także i w skazie kwaśnej przed wystąpieniem duszności. Przeciw skazie kwaśnej i podczas wyczekiwania skutków podania kwasu glykonowego należy zażywać dwuwęglan sodowy w bardzo wielkich ilościach.

Dr. J. Żeleński.

V. Babes i G. Robin. **O epidemiach skojarzonych.** (*La semaine medicale* Nr. 42, 1901). Autorowie mieli sposobność w zimie roku 1900 spostrzegać w Bukareszcie epidemię, srożącą się głównie w pewnych ogniskach, wybuchłych bądź w okolicach niezdrowych, bądź też zamieszkanych przez ludność ubogą, przeważnie cygańską, żyjącą w jak najgorszych warunkach. Przedstawiają oni ośm spostrzeżeń chorych, przybyłych do szpitala z rozpoznaniem duru osutkowego. U wszystkich ośmiu znaleziono prątki Pfeifferowskie. W większości przypadków wynik próby Widala był dodatni, jakkolwiek zmian durowych nie było. ani prątków Ebertha nie wykryto. Nie można było przyjąć duru poronnego, ponieważ często z początku brakło aglutynacyi, lub była niewyraźna, a potem występowała wybitnie. Nie można też było uważać grypy jako tła epidemii, ponieważ prątków Pfeiffera w pierwszych dniach choroby nie było, a dopiero później się pokazywały, lub też spotykano te drobnoustroje w starych zapalnych lub zgorzelinowych ogniskach płuc. Autorowie dochodzą do wniosku, że pierwotną przyczyną tej epidemii były jakieś nieznane nam drobnoustroje i że dopiero na tle tej choroby zagnieździły się następowo prątki Pfeiffera, a prawdopodobnie także prątki Ebertha, które wskutek przypadkowych okoliczności nie mogły się dostatecznie rozmnożyć i wywołać zmian durowych. Nie wystarcza tedy zdaniem autorów wykrycie podczas jakiejś epidemii prątków Pfeiffera dla stwierdzenia grypy, ani też wykazanie odczynu surowicy dla stwierdzenia duru, ponieważ możliwem jest równoczesne wystąpienie obu czynników w przebiegu tak zwanej przez autorów epidemii skojarzonej (*épidémie associée*), która nie jest ani grypą, ani durem. Wiele przypadków uważanych za dur osutkowy, należy zdaniem autorów zaliczyć do epidemij skojarzonych.

Z punktu widzenia epidemiologicznego fakty powyższe wykazują, że każda epidemia nie jest wytworem jednego swoistego drobnoustroju, lecz że istnieją choroby epidemiczne skojarzone, wywołane bądź przez czynniki skojarzone, bądź też przez zarodki swoiste, osiadłe na tle innych, również swoistych, nieznanych stanów chorobowych. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. Jessner. **Ambulatoryjne leczenie wrzodów podudzia.** (*Dermatol. Vorträge für Praktiker* 1901, Zeszyt 7). Monografia powyższa, nader przystępnie skreślona, ma przedewszystkiem na celu zwrócenie uwagi lekarza — praktyka na to cierpienie, mające tak doniosłe znaczenie ze stanowiska społecznego wśród biedniejszej ludności. Posiadając rozległe na tem polu doświadczenie, uważa autor, z czem zresztą wszyscy się godzą, zastój żylny w dolnych kończynach za najważniejszy czynnik w powstawaniu wrzodów podudzia, który też z tego właśnie powodu przy leczeniu cierpienia powinien być uwzględnionym. Załatwiwszy się pokrótce z innemi przyczynami i objawami choroby, przechodzi autor do właściwego leczenia owrzodzeń. Wprawdzie nic nowego autor nam nie podaje na tem miejscu, — z naciskiem jednak podnosi, że pomyślny wynik leczenia zależy przedewszystkiem od uregulowania krążenia krwi w naczyniach żylnych dotkniętej kończyny. Osiąga się to zapomocą znanych już opasek, t. zw. cynko-kleinowych Unny, którego przepis uległ przez autora pewnej modyfikacyi. Małe koszta leczenia i sama praktyczność jego powinny znaleźć zastósowanie tam, gdzie nam nie wolno chorego skazać na bezczynność, jeżli jedynie praca jego zapewnia mu byt. (Na oddziale chirurgicznym prof. Trzebickyego stosuje się leczenie wrzodów podudzia od szeregu lat według przepisu Heidehaina, będącego modyfikacyą sposobu Unny, przyczem otrzymano znakomite wyniki. *Przyp. referenta*).

Dr. L. Berger.

Dr. E. Siegel. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia zwężeń dwunastnicy.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. VIII, Z. 1 i 2). Zwężenia dwunastnicy, wywołane najczęściej wrzodem okrągłym tego jelita, lub rakiem trzustki, zaciskającym jelito, dają szereg cechujących i znanych objawów. Ladevès doradzał, aby w przypadkach zwężeń bliznowatych, gdy się znajdą i inne korzystne po temu warunki, wykonać plastykę, podobną do tej, którą na odźwierniku podawał Heinicke-Mikulicz. W przeważnej jednak liczbie przypadków zadowolnić się musimy gastro-enterostomią. Ta daje wynik zupełnie dobry, a przepływ żółci i soku trzustkowego przez żołądek, nie zdaje się wywierać nań wpływu niekorzystnego. *Herman*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Ludwik Müller. **Lecznicza wartość somatozy i somatozy żelezistej** (*Wien. med. Presse* Nr. 30. 1901). Albumozy posiadają prócz wartości odżywczej także i działanie lecznicze, pobudzając ruch robaczkowy jelit i większe wydzielanie soków trawiennych. W przeciwieństwie do peptonów, jak to wykazał Voit, mogą w pokarmach zastąpić białko. Działanie lecznicze jest 1) podniecające łaknienie, 2) pobudzające czynność jelit i 3) odżywcze. Ogólne zatem działanie jest wzmacniające. Do wielu w nowszych czasach sporządzonych tego rodzaju środków należy także mięsny preparat somatoza, proszek bez smaku i woni, łatwo rozpuszczalny i dlatego wygodny do podawania w pokarmach płynnych; 10—12 gr. dziennie, rozdzielonych na 3—4 dawki, wystarcza, aby osiągnąć pożądany skutek. Już po 6—8 dniach łaknienie się zwiększa, ogólne odżywienie poprawia i waga ciała podnosi.

Somatoza żelezista jest według autora organicznem połączeniem Fe z somatozą i dlatego uważa ją jako znakomity środek wzmacniający i łatwiej wessalny, niż inne przetwory Fe, nie wyłączając pigułek Blauda.

Autor opisuje kilka przypadków, w których somatoza żelezista jak najlepsze dała wyniki, np. kilka przypadków zaparcia stolca u osób niedokrewnych, w błednicy, w znacznem wychudzeniu po obfitych krwioplućiach, w zanikach po chorobach zakaźnych, np. płonicy i t. d.

Uważa zatem M. somatozę żelezistą za cenny lek wzmacniający, który we wszystkich przypadkach błednicy, niedokrewności i stanach osłabienia może lekarzowi bardzo dobre oddać usługi lecznicze.

Dr. Ewald. **Lecznicza wartość somatozy żelezistej.** (*Wiener med. Blätter* Nr. 39. 1901). E. stosował somatozę żelezistą w 3 przypadkach ostrej niedokrewności po ciężkich operacyach. Lek był dobrze znoszony, a niedokrewność ustępowała daleko szybciej, niż zwykle i jakkolwiek odrodzenie się krwi po obfitych krwotokach jest szybkie, mimo to działanie somatozy żelezistej było pod tym względem widoczne. To samo spostrzeżenie zrobił w 2 przypadkach, z których w jednym wskutek łożyska przodującego, w drugim wskutek krwotoku atonicznego, chore ciężko były zagrożone. Siły wzmagały się daleko szybciej niż zwykle.

Prócz tego podawał E. somatozę żelezistą w silnej niedokrewności podczas ciąży i jakkolwiek dawki były mniejsze od zwykłych, chore traciły wnet przygnębiony i mizerny wyraz twarzy i dostawały lepszego łaknienia; w jednym przypadku, w którym chora wskutek uporczywych wymiotów ciężarnych znacznie podupadła, oddała somatoza żelezista bardzo dobre usługi.

Doświadczenia innych lekarzy, że somatoza wpływa podniecająco na czynność gruczołów mlecznych, skłoniły go do podawania somatozy żelezistej w tych przypadkach, gdzie obok leniwej czynności gruczołów sutkowych była lekka niedokrewność.

U żadnej chorej (doświadczał około 50 przypadków) nie zauważył najmniejszych przypadłości żołądkowych, nawet przy wielkiej wrażliwości żołądka. We wszystkich przypadkach, gdzie zawartość hemoglobiny z różnych przyczyn ucierpiała, zaleca somatozę żelezistą, jako lek bardzo dobry, przedewszystkiem jednak uważa ją za idealny środek w tych wszystkich przypadkach, gdzie wskutek zaburzeń przewodu pokarmowego chłonienie pokarmów jest upośledzone; jest ona bowiem łatwo wessalną, o wysokiej wartości odżywczej, a żelazo w tej kombinacyi może być przez długi czas znoszone.

Dr. Flis.

Doc. Dr. H. Suchanek: **O zastosowaniu soli sozojodolowych** (*Correspondblatt f. Schweizer Ärzte* 6. 19). S. stosował sozojodolan potasowy w rozmaitych postaciach cierpień nosa (zapalenie błony śluzowej nosa przewlekłe, ropne, surowicze, gruźlicze) z wynikiem dodatnim.

Przetwór zaś sozojodolan cynkowy stosował S. w przerostowem zapal. bł. śluz. nosa z skąpą wydzieliną, w *ozena* i tu osiągnął dobre wyniki. W cierpieniach nosa na tle kiłowem używał sozojodolanu rtęciowego w rozczynie 1 : 20 : 10.

Doc. Dr. Trapesnikow. **Leczenie wrzodu miękiego zapomocą sozojodolanu sodowego** (*Therap. Blätter*, 2). Na podstawie obfitego materyału przyszedł T. do przekonania, że działanie tego przetworu w wrzodzie miękim jest znakomite; już w pierwszym dniu po zastosowaniu — wrzód się oczyszcza, — nie postępuje dalej i w krótkim czasie zabliźnia się. Wogóle do wyleczenia wystarczały 3—4 zasypki, — a w pracy swojej wyraża się o tym przetworze jak następuje: „Gdy porównamy leczenie wrzodu miękiego zapomocą zasypki jodoformowej i zasypki z sozojodolanem sodowym, to przyznać należy, że przetwór sozojodolowy przewyższa znacznie jodoform; niechaj się nie wydaje dziwnem, skoro twierdzę, że sozojodalon sodowy jest lekiem swoistym w leczeniu wrzodu miękiego“. *G.*

Doświadczenia nad działaniem **fersanu** u osesków przeprowadził Doc. Dr. Tedeschi *(Giorn. di Farm.* 12. 1901). Podając ten przetwór żelezisto-fosforowy w postaci proszku, dodawanego do mleka, przekonał się, że fersan działa u dzieci podobnie, jak u dorosłych, poprawiając układ krwi i ogólne odżywienie. Na szczególną uwagę zasługuje to spostrzeżenie, że lek ten działa równie dobrze wobec nieżytów przewodu pokarmowego, a nawet, że wpływa on korzystnie wprost na samą sprawę chorobową w przewodzie pokarmowym, lecząc uporczywe biegunki, które nie ustępowały przy podawaniu innych środków. *r.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 6 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kolega Gliński przedstawił przypadek mięsaka zaotrzewnowego, który przebił do jelita biodrowego (Opis dokładny przeznaczony do druku).

III. Kol. Rosner wygłosił odczyt p. t. »Z kazuistyki ginekologicznej«. Prelegent opowiedział szereg rzadkich przypadków ginekologicznych, ilustrując wykład swój preparatami anatomicznymi.

1) Słoniowacizna sromu *(elephantiasis vulvae)* niezwykłych rozmiarów. Obie wargi sromowe większe zamienione w ogromne guzy, z których jeden miał w obwodzie 47, drugi 50 ctm. Jako przyczynę, wywołującą słoniowaciznę w tym wypadku, uważa kol. R. od szeregu lat istniejący toczeń przerostowy *(lupus hypertrophicus)* na obu kończynach dolnych i wywołane przez to cierpienie zmiany w gruczołach chłonnych pachwinowych. Opisuje operacyę i okazuje odcięte guzy.

2) Włókniako- mięśniak podśluzowy macicy z następowem zupełnem wynicowaniem macicy i zropieniem guza. Stan przed zabiegiem operacyjnym bardzo zły z powodu ogromnej niedokrewności i ogólnego zakażenia. Zabieg sam trudny i powikłany przedziurawieniem macicy w dnie. Trzeciego dnia dobrowolna reinwersya. Wyleczenie.

3) Włókniako-mięśniaki macicy, powikłane ropniami w miednicy małej. Wydobycie macicy przez pochwę z pomocą rozkawałkowania macicy. Otwarcie ropni, sączkowanie. Wyleczenie. Prelegent omawia sprawę t. zw. *castratio uterina* w przebiegu ropnych zapaleń okołomacicznych.

4) Włókniako-mięśniaki macicy wielorakie. Guz sięgał do pępka. Mimo to zdecydował się kol. R. na operacyę doszczętną przez pochwę. Rozkawałkowanie z pomocą korkociąga. W kikutach pozostałych po wycięciu macicy, więzadeł szerokich podwiązał prelegent każde naczynie z osobna, przez co uniknął zakładania kleszczyków i podwiązek ryczałtem. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

5) Włókniako-mięśniaki macicy szczątkowej. W r. 1890 stwierdzono w klinice krakowskiej szczątkowy rozwój macicy przy zupełnem zarośnięciu pochwy. Co miesiąc zwiastunowe objawy miesiączki, ale brak krwisteku śródmacicznego. Obecnie macica przedstawia guz większy od pięści. Laparotomia. Wydobycie całkowite macicy wraz z przydatkami. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

6) Rak trzonu macicy. Rozpoznano w bardzo wczesnym okresie po drobnowidowem zbadaniu strzępków wyskrobanych. Wydobycie macicy przez pochwę. Wyleczenie.

7) Rak trzonu macicy u panny lat 60 liczącej. Rak rozwinął się tutaj w macicy zanikłej (*atrophia senilis*). Mimo, że ściany macicy były prawie zupełnie zniszczone, nie było prócz nieznacznych krwawień żadnych objawów. Wydobycie macicy przez pochwę. Wyleczenie.

8) Olbrzymi torbielak jajnika zaotrzewnowy. Włókniako-mięśniaki macicy. Guz niezwykłych rozmiarów. Operacya bardzo trudna z powodu rozwoju wśród blaszek więzadła, a potem pozaotrzewnego. Po usunięciu guza jajnikowego wykonano odjęcie macicy nadpochwowe. Wyleczenie.

9) Torbielak jajnika. Pęknięcie rany pooperacyjnej. Przypadek niezwykły, gdyż przed operacyą rozwinęło się zapalenie otrzewnej, którego przyczyna nie dała się wykazać. Po operacyi stan był groźny aż do rozejścia się rany brzusznej, które nastąpiło 12 dnia po operacyi. Równocześnie z pęknięciem zlepionej już rany znaczna poprawa. Jelita wsunięto do jamy brzusznej i wykonano powtórne zaszycie. Wyleczenie.

10) Torbielak zarodkowy brodawczaty obu jajników. Puchlina brzuszna. Prelegent podnosi trudności rozpoznawcze i opisuje zabieg operacyjny. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

11) Ciąża trąbkowa lewa II. m. Pęknięcie trąbki ciężarnej. Krew wylała się w tym wypadku do wolnej jamy brzusznej tak, że nie powstał krwistek zamaciczny. Niedokrewność bardzo duża. Laparotomia, usunięcie trąbki. Wyleczenie.

12) Ciąża trąbkowa lewa II. m. Pęknięcie trąbki ciężarnej. I w tym wypadku nie wytworzył się krwistek, tylko wylew krwi płynnej nastąpił do wolnej jamy brzusznej. Wobec rosnącej w oczach ostrej niedokrewności wykonano laparotomię i doszczętne usunięcie trąbki. Hipodermokliza. Wyleczenie.

13) Ciąża trąbkowa prawa. Pęknięcie trąbki ciężarnej. Tutaj pęknięcie nastąpiło w nocy na kilka godzin przed terminem operacyi. Laparotomia. Wyleczenie.

14) Ciąża trąbkowa. Poronienie trąbkowe. Krwistek. Postanowiono leczyć zachowawczo. Wśród zupełnego spokoju powstał nawrót krwawienia i znaczne pogorszenie stanu zdrowia. Krwistek wzrósł przez kilkanaście godzin w dwójnasób. Wobec tego laparotomia. Wyleczenie.

15) Ciąża trąbkowa lewa. Pęknięcie trąbki. Krwistek. Operowano doszczętnie z powodu nawrotów krwawienia. Wyleczenie. (Demonstracya preparatu).

W ożywionych rozprawach, jakie się po odczycie wywiązały, kol. prof. Jordan podnosił zalety operowania przez pochwę przy operacyi raka nad zabiegami, dokonanymi na częściach rodnych wewnętrznych przez laparotomię; nadto zwrócił uwagę na trudności rozpoznawcze w przypadkach ciąży zamacicznej: rozpoznanie jest trudne, gdyż i wywiady bałamucą nieraz rozpoznanie. Kol. Borzęcki omówił przyczyny powstawania słoniowacizny po wyjęciu gruczołów chłonnych w pachwinie. Prócz tego w rozprawach brali udział koledzy Cercha i Kryński. Wszystkim wyczerpująco odpowiedział prelegent.

IV. Z powodu opóźnionej pory odczyt kol. Bochenka odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 13 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Pieniążek przedstawił następujące przypadki ze swego oddziału:

a) chorego ze zwężeniem w jamie nosowo-gardłowej, powstałem na tle twardzieli, które usunięto częściowo galwanokauterem, przywracając choremu w ten sposób do pewnego stopnia oddechanie nosem;

b) chorego z rakiem gardła, przechodzącym na krtań. Z powodu zwężenia krtani trzeba było wykonać tracheotomię, następnie spostrzegano przejście per continuitatem sprawy nowotworowej na ścianę tchawicy. To spowodowało zwężenie światła tchawicy poniżej kaniuli tak, iż zaszła potrzeba wyskrobania nowotworu z następowem założeniem odpowiednio drugiej kaniuli;

c) chorego, u którego pierwotnie operowano papilloma na podniebieniu miękkiem, a obecnie obok blizny wyraźnej po dawnej operacyi (amputatio pętlą kaustyczną) przyszło do nawrotu cierpienia pod postacią nacieku, sięgającego w głąb, tak że sprawę tę należy uważać za mięsakową. Naciek spróbowano zniszczyć zapomocą przyżegania galwanokauterem.

III. Kol. prof. Trzebicky przedstawił:

a) cztery kamyki z miedniczki nerkowej, wydobyte podczas operacyi u mężczyzny, który żalił się na silny ból po stronie lewej w okolicy nerki. Co do nerki, to była ona sinawo-czerwoną i kruchą.

b) chorego, u którego lekarz przed przyjęciem do szpitala, rozpoznawszy mylnie puchlinę brzuszną, wykonał nakłócie, przyczem wydobył się przez trójgraniec kał. Na oddziale chirurgicznym wykonano laparatomię, okazało się, że mamy do czynienia z typowym obrazem *megacolon* z okręceniem. Na razie założono szew i odkręcono pętlę. Po wyjściu ze szpitala chory wrócił ponownie z objawami niedrożności otwarto jamę brzuszną, odkręcono pętlę i wykonano enteroanastomozę między jelitem cienkiem a esowatem. Chory, mało rozgarnięty, pomimo zakazu wstał z łóżka w kilka dni po operacyi, przyczem szwy w ścianie brzusznej puściły, a przez ranę wyszły pętle jelit. Po operacyi brzuch zmalał mu wybitnie.

c) chorego, u którego równocześnie jest wól, torbiel skórzakowy, wysięk opłucnowy i duży guz, wychodzący z żebra, twardy, złożony z drobnych guzków; uważać go należy za chrzęstniak.

d) preparat z chrzęstniaka, znajdującego się na 12 żebrze po stronie lewej. Przy operacyi trzeba było wyciąć i kawałek przepony, a odcięty brzeg przyszyć do powłok klatki piersiowej. Przebieg pomyślny. Demonstracya chorego wyleczonego.

e) preparat z chrzęstniaka, wychodzącego z przedniej powierzchni mostka, a przechodzący na opłucną, którą częściowo wycięto. Przebieg pomyślny.

f) chorego, u którego rozwinął się rak na przodowej powierzchni mostka, dochodzący do pokaźnych rozmiarów. Przypadek należy uważać za stracony; znajdują się bowiem przerzuty w śródpiersiu i nad obojczykiem. Pomimo tego wykona prelegent operacyę, gdyż chory na nią się zgodził.

g) chorego z wielką ilością włókniaków powierzchownych, z których część wyłuszczono.

h) przypadek nawrotu mięsaka na pięcie, operowanego poraz pierwszy w klinice lwowskiej. U chorego stwierdzić można dzisiaj przerzuty na brodzie i czaszce, w ilości jedenastu.

Z przypadku ad *g)* przedstawił kol. Gliński preparaty drobnowidowe. W dyskusyi kol. Borzęcki ad *a)* opowiada, że chory ten pierwotnie zgłosił się do niego i zapytuje, czy same wywiady mogą posłużyć w takich przypadkach do pewnego rozpoznania.

W odpowiedzi kol. Trzebicky wyjaśnia, że rozpoznanie takie nie może być uważane za naukowe; należy uwzględnić oprócz wywiadów cały obraz choroby ze strony przedmiotowej, a mianowicie dokładnie zbadać mocz i jego osad, czy nie znajdują się w nim przybłonki z miedniczek nerkowych. Najważniejszem jednak w rozpoznaniu jest bolesność nerki.

IV. Kol. doc. Bochenek miał wykład na temat »O drogach czuciowych rdzeniowych«. Drogi czuciowe rdzeniowe rozpoczynają się na obwodzie w narządach zmysłowych skóry, dążąc do rdzenia wspólnie z drogami ruchowemi. Tuż przed samym rdzeniem włókna czuciowe oddzielają się od włókien ruchowych. Czuciowe zdążają przez korzonki tylne do rdzenia. Pochodzą zaś wszystkie włókna czuciowe z komórek zwojów międzykręgowych. Wszedłszy do rdzenia dzieli się każde włókno czuciowe na część wstępującą i zstępującą. Część zstępująca kończy się po krótkim przebiegu wśród istoty szarej ostatecznemi rozgałęzieniami, otaczającemi komórki istoty szarej rdzenia. Część wstępująca, oddająca szereg gałązek zwanych gałązkami pobocznemi, zachowuje się nadzwyczaj rozmaicie u różnych włókien. Jedne z nich, jak to przekonywamy się, badając obrazy zwyrodnień tej drogi, sięgają aż po rdzeń przedłużony (po jądro sznuru Golla i Bardacha), stanowiąc tak zw. drogi czuciowe długie, inne kończą się wśród rdzenia po krótszym znacznie przebiegu, stanowiąc drogi czuciowe krótkie.

Włókna dróg czuciowych długich oddają podrażnienia komórkom jądra sznuru Golla i sznuru Bardacha. Wypustki nerwowe tych komórek zaś doprowadzają je skrzyżowawszy się aż po wzgórki czworacze i wzgórek nerwu wzrokowego *(Thalamus opticus)*. Chociaż wiemy, że musi istnieć połączenie tych ostatnich miejsc z korą mózgową, przecież połączenie to nie jest dotychczas znane. W ten sposób kształtuje się droga czuciowa najprostsza. Jak tego doświadczenia dowodzą, przenosi ona jedynie wrażenia czucia mięśniowego. Czucie dotyku, bólu, (elektryczne) ciepłotne musi się zwracać inną drogą wyżej wspomnianą, a mianowicie przez drogi krótkie. Doświadczenie podwiązania aorty niszczące zupełnie istotę szarą dolnej części rdzenia przekonywa nas, że przenoszenie tych wrażeń zależy od utrzymania istoty szarej rdzenia. Nie można przypuszczać, by istota szara sama na dłuższych przestrzeniach podrażnienia przenosiła, przenosić je mogą jedynie włókna istoty szarej, wychodzące i w górę ku mózgowi zdążające. Te grupują się w dwie wielkie drogi, zdążające ku półkulom móżdżkowym. Włókna to sznuru móżdżkowego i sznuru Goversa. Biegną obie wiązki w sznurze bocznym, włókna ich ulegają zaś w obrębie rdzenia jeszcze skrzyżowaniu. Z móżdżku przez pedunculi cenebelli ad corpora quadrigemina, przechodzą włókna te do jądra czerwonego a stąd do łożyska nerwu wzrokowego. Odtąd droga czuciowa ta dłuższa, zwana drogą czuciową drugorzędną, nie jest nam ku górze znaną.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya dla chorób wewnętrznych.

(Ciąg dalszy).

1. Jolles (Wiedeń): **O nowych sposobach chemicznego badania krwi.** J. wyłożył rzecz o znaczeniu i o sposobie oznaczania fosforu we krwi. Główną składową część ciałek białych i czerwonych stanowią proteidy, zawierające fosfor lub nukleoalbuminy. Pomiędzy istotami niebiałkowatemi w pierwszym rzędzie jest bogata w fosfor lecytyna i fosforan alkaliczny, który odgrywa ważną rolę ze względu na wiązanie kwasu węglowego przez ciałka krwi. Oznaczenie wartości fosforu we krwi może też dlatego mieć ważne znaczenie rozpoznawcze w wielu stanach chorobowych. Zawartość fosforu w surowicy krwi prawidłowej w stosunku do zawartości jego w ciałkach krwi jest względnie zmniejszona, a stosunek ten podpada zmianie w przypadkach, w których ciałka krwi uległy zniszczeniu. Przez oznaczenie stosunku między kwasem fosforowym we krwi i w surowicy, w połączeniu z wynikami innych badań, możemy osiągnąć nowe wskazówki dla ocenienia krwi w przypadkach chorobowych. Podany przez J. sposób zezwala na dokładne oznaczenie fosforu w najmniejszej ilości krwi.

2. Fleiner (Heidelberg): **Wskazania i przeciwwskazania do leczenia wrzodu żołądka zapomocą bismutu.** Celem leczenia bismutem jest ochronienie dna wrzodu od zadrażnienia przez przesuwające się pokarmy. Wskazane jest podawanie bismutu w lekkich przypadkach naczczo w chwili podawania pokarmów stałych, oraz w czasie wystąpienia zaburzeń w okresie ozdrowienia. Naczczo dlatego, ażeby się bismut dostał na dno wrzodu. Najlepiej nasamprzód żołądek przepłókać jakąś wodą mineralną, a po upływie pół godziny podać 5—10 grm., bismutu w wodzie. Przytem chory powinien zmieniać swe położenie, ażeby się bismut stykał ze ścianami żołądka. W obecności wrzodów w odźwierniku z następowem zwężeniem leczenie bismutem ma tylko skutek przemijający. Odpowiedniejsza jest wtedy wczesna gastroenterostomia, gdyż upośledzone odżywienie pogarsza widoki wyleczenia. Gastroenterostomia wpływa korzystnie na gojenie się wrzodu. Przeciwwskazaniem dla leczenia bismutem są owrzodzenia z uchyłkowatem zagłębieniem ściany żołądka i zgrubiałymi brzegami, jakoteż samoistne przebicie wrzodu i zrośnięcie się jego z narządami sąsiednimi, jak wątroba, trzustka i t. d. W zagłębieniach tych gromadzi się bismut i nie działa skutecznie. F. nie widział nigdy zatrucia bismutem, niekiedy tylko zaparcie stolca.

Ewald i Lenhartz nie spostrzegali również zatrucia bismutem.

3. Hoppe-Seyler (Kilonia): **O cukrzycy na tle stwardnienia tętnic.** H. opisuje przypadki cukrzycy, w których badanie pośmiertne wykazało przerost tkanki łącznej i następową marskość trzustki, zgrubienie ścian i zarośnięcie światła tętnic. Trzustka jest mała, twarda. Obraz podobny, jak w nerce zanikowej na tle stwardnięcia tętnic i podobnie jak tam — mocznica, tak tu powstaje śpiączka cukrzycowa. Leczenie: dyeta i jod.

4. His (Lipsk) i Paul (Tübingen): **Złogi kwasu moczowego w ustroju i środki dla jego rozpuszczenia.** Na podstawie nowszych badań chemii fizykalnej dowiedziono, że kwas moczowy i jego sole ulegają rozpuszczeniu przez dysocyacyę elektrolityczną na jon wodoru i jon kwasu moczowego. Badanie to H. zastosował do leczenia; badania jego wykazały, że sole alkaliczne i dyaminy, jak: piperazyna, lisydyna i lycetol nie nadają się do rozpuszczania tych złogów. Można jednak skutek ten osiągnąć przez użycie substancyj, które z kwasem moczowym tworzą połączenia chemiczne łatwo rozpuszczalne. Mylnie opisywane połączenia z mocznikiem i glikokolem nie istnieją, lecz połączenia z kwasami nukleinowymi i z formaldehydem. Te ostatnie są łatwiej rozpuszczalne, aniżeli kwas moczowy i jego sole; przechodzą one przez ustrój nierozłożone i pojawiają się w moczu. Do rozpuszczenia złogów w dnie nie nadaje się kwas nukleinowy ani formaldehyd. Tu należy stosować zabiegi dyetetyczne i fizyczne, jakoteż podnieść dopływ krwi zapomocą zabiegów miejscowych. Ani alkalia, ani też dyaminy nie rozpuszczają złogów moczanowych, czynią to środki, które w moczu wchodzą w połączenia chemiczne z kwasem moczowym. Z tych urotropina rozpuszcza kwas moczowy niezależnie od kwasoty moczu; stopień rozpuszczania dla celów praktycznych nie jest dostateczny.

Silber zaleca stosowanie Fango dla rozpuszczenia złogów kwasu moczowego.

5. Eulenburg (Berlin): **Choroby mózgu po rażeniu elektrycznem.** Choroby te dotyczą osób, tkniętych prądem elektrycznym skutkiem przerwania drutów na ulicach, przez które krążą koleje elektryczne. Stopień tych schorzeń bywa najrozmaitszy, od lekkiego przemijającego wstrząsu aż do zejścia śmiertelnego. W rzadkich przypadkach powoli rozwija się obraz choroby jako następstwo przewlekłych zmian w centralnym układzie nerwowym. E. przytacza spotrzeżenie własne, dotyczące 48-letniego zdrowego mężczyzny, który po urazie skarżył się na ból głowy i miał chód chwiejny. Objawy te się powiększały, wystąpiły drgawki padaczkowe w prawej kończynie górnej i dolnej, wreszcie porażenie tych kończyn, ślepota po lewej stronie, osłabienie wzroku po stronie prawej. W najbliższych dniach wystąpiły drgawki w lewych kończynach i ich porażenie. Wreszcie ustała czynność wszystkich zmysłów. Przytoczywszy drugi przypadek o słabszem nasileniu, sądzi E., że działanie tego prądu jest przeważnie natury mechanicznej, mianowicie rozluźnienie związku włókien nerwowych bez widocznych zmian anatomicznych, ciężkie zadrażnienie układu nerwowego i wytworzenie nadmiernej ciepłoty w jamie czaszkowej.

6. Burwinkel (Nauheim) w celach leczniczych używał upustu krwi z żyły w przewlekłych chorobach serca i w zaburzeniach w krążeniu i uważa działanie to za fizyologicznie uzasadnne.

7. Katz (Hamburg): **Obecny stan nauki o raku.** Przyczyny, wywołujące raka, dzieli K. na wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych należą te, które polegają na samoistnych zmianach i nieprawidłowościach samego ustroju, do drugich zaś te, które prze działanie z zewnątrz powodują powstawanie raka, a mianowicie rozmaitego rodzaju urazy zewnętrzne, czyto jednorazowe, czy też długotrwające. Częściej w etyologii raka odgrywają rolę urazy przewlekłe, jak dowodzą często spostrzegane przypadki raka u pijaków, u chorych na kamienie żółciowe i u robotników w fabrykach smoły i parafiny. Wiele powodów przemawia za przyjęciem pasorzytniczej teoryi raka i tak: pojawianie się endemii raka, zakażenie u osób, które razem żyją, podobieństwo raka u człowieka ze schorzeniami rakowatemi, pasorzytniczemi u roślin i t. p. (c. d. n.).

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya higieniczno-demograficzna.

1. Prof. G. Kabrhel (Praga). Wykład wstępny o początkach i rozwoju higieny w Czechach.

2. Dr. J. Záhoř (Praga). **Wykaz zachorowań i śmiertelności z gruźlicy i raka w państwie austryackiem, w krajach korony czeskiej, szczególnie w Pradze.** Na wstępie wspomina prelegent o walce z gruźlicą, do których Anglia pierwsza dała hasło; — o sanatoryach dla gruźliczych, z których Austrya wciąż ma tylko jedno (Alland) i o zmniejszaniu się śmiertelności z gruźlicy. Z drugiej strony przytacza autor zestawienia angielskich i niemieckich badaczy o wzrastającym odsetku chorych na raka. Następnie Z. ilustruje liczbowo stosunki zapadania i śmierci z gruźlicy w dwóch okresach czasu: 1884—1890, i 1891—1897, z których wynika, że bezwzględna liczba przypadków, leczonych na gruźlicę, zwiększyła się wprawdzie (i to tak w Austryi całej, jak i w krajach korony czeskiej i w Pradze), że jednak śmiertelność w okresie drugim obniżyła się o 0·7%, (Austrya wogóle), 0·81% (kraje czeskie), 1·6‰ (Praga).

Co do raka, to śmiertelność w porównaniu z liczbą chorych na raka zmniejszyła się również (0·5—1%), lecz za to śmiertelność, w porównaniu z liczbą chorych wogóle, powiększyła się (o 0·05 do 0·08%).

Przyjmując, że chory na gruźlicę przynajmniej przez 90 dni potrzebuje lekarza i lekarstw, chory na raka zaś przynajmniej jeden rok, oblicza Z. straty finansowe, spowodowane przez obie choroby (czas, lekarz, lekarstwa = 4 korony dziennie). Na gruźlicę wydała Austrya w r. 1884—1890 odsetki od kapitału, wynoszącego przeszło 74 milionów koron (na 4%); w roku 1891—1897 — od kapitału przeszło 71 milionów; na raka zaś — od 53 milionów, względnie od 77 milionów koron.

W końcu, stojąc na stanowisku zaraźliwości raka, proponuje Z. przeciw gruźlicy i rakowi takie same przepisy zapobiegawcze, jakie zobowiązują względem innych chorób zakaźnych (zgłaszanie przypadków, dezinfekcya, specyalne sanatorya dla raka i gruźlicy).

(Uchwalono jednak po dyskusyi oddzielić gruźlicę od raka i zastosować przepisy przeciwzakaźne tylko do gruźlicy).

Dr. J. Dvořák (Opočno). **O reformach szpitali powszechnych w król. czeskiem.** Referent wylicza szereg na czasie będących reform w zarządzie i w urządzaniu szpitali publicznych, np. powiększenie liczby sił lekarskich, regulamin dla lekarzy-eksternistów, uregulowanie płac lekarzy, wskazówki co do budowy, rozkładu, opalania, zaopatrywania w wodę, kanalizacyi itd. mniejszych i większych szpitali powszechnych.

4. Dr. E. Vlasák (Kr. Vinohrady). **Domki robotnicze w król. czeskiem.** Pierwszą kolonię dla robotników wybudował w r. 1830 André Köchlin, burmistrz w Muhlhuzie. Później zawiązywały się stowarzyszenia w tym celu i to głównie w Anglii. W Pradze powstało stowarzyszenie podobne w r. 1869 i wybudowało dwie kolonie; obecnie istnieje w Czechach, głównie na północy, znaczna liczba podobnych kolonij. Najlepszym przedsiębiorcą okazały się robotnicze stowarzyszenia budowlane. Robotnik staje się tu z czasem właścicielem swojego mieszkania lub domku i wskutek tego utrzymuje dom w stanie możliwie najlepszym. Prelegent przedstawia plany domków dla robotników zagranicą i omawia szczegółowo rozkład, wymiary i urządzenie wewnętrzne.

W Austryi istnieje ustawa z roku 1892, dotycząca mieszkań dla robotników, zawierająca przepisy budowlane i uwalniająca zabudowanie takie na 24 lat od podatku. Obecnie wypracowany został projekt reformy tej ustawy. W Czechach mieszkania robotnicze pozostawiają dużo do życzenia; widać jednak szczere starania o naprawę braków.

5. Dr. E. Vlasák (Kr. Vinohrady). **Stosunki zdrowotne robotników i robotnic rękawiczniczych w Pradze i okolicy.** Rzemiosło rękawiczników wykonuje się w Pradze już od X-go stulecia; w roku 1800 uszyto w Pradze 16.000 par, co dostarczyło zajęcia 110 siłom robotniczym; obecnie istnieje w Pradze około 150 fabryk rękawiczek, w których pracuje 2200 robotników, 6000 robotnic i 500 uczniów; w okolicy Pragi pracowało w roku 1897 8000 sił robotniczych i to przeważnie w mieszkaniach prywatnych. (W roku tym uszyto 1,200.000 tuzinów par, wartości 12,000.000 złr.). Przeciętnie zarabiają dorośli 7·90—12 złr. tygodniowo, terminator 5·10 złr.; na wsi po domach zaś tylko 2·70—3·30 złr. Czas pracy wynosi 11 godzin dziennie. Stosunki higieniczne są lepsze w fabrykach, aniżeli przy pracy w mieszkaniach prywatnych. Bardzo niehigienicznym zwyczajem jest zwilżania językiem brzegów skóry z powodu łatwego nabycia tą drogą choroby.

Rzemiosło rękawiczników nie odznacza się żadnemi chorobami specyalnemi. Częste są: wypryski i zapalenia odcisków, nieżyt dróg oddechowych, gruźlica, blednica i niedokrewność (zwłaszcza u kobiet po wsiach), rozedma płuc, żylaki na podudziach (robotnicy długo muszą stać): u dzieci zaś zołzy i krzywica. Prawie 60% dzieci szwaczek umiera w ciągu pierwszego roku na wrodzony brak sił żywotnych (*debilitas congenita*) lub gruźlicę.

Wskazanym byłby zakaz szycia rękawiczek po domach, lecz przeszkody materyalne stoją temu na przeszkodzie.

6. Rektor politechniki J. Hráský (Praga). **Organizacya badań w celach zakładania wodociągów.** Badania i prace przygotowawcze, poprzedzające założenie wodociągów dla miast, wymagają zawsze wielkich ofiar finansowych, choć nieraz kończą się wynikiem ujemnym, w którym to razie prawie zawsze doświadczenia w ten sposób uzyskane tracą się tak dla piśmiennictwa zawodowego, jak i dla sfer interesowanych.

W celu więc systematycznego przeprowadzenia badań wodociągowych, zarazem tańszego, niż dotąd i w celu wzmożenia się zaufania do tego rodzaju prac, proponuje prelegent założenie „krajowej kancelaryi technicznej dla badań wodociągowych“. W takim razie do miast należałyby tylko bezpośrednie wydatki na materyał, prace budowlane i na siłę motorową. zaś kierownictwo zawodowe i wypracowanie projektów działoby się kosztem kraju i państwa.

Podobne urządzenia istnieją już w Niemczech, w Austryi zaś w krajach Krasu (Kraina, Istrya).

Propozycyę tę przyjęto.

7. Inżynier J. Vancl (Praga). **O nowoczesnych kierunkach w zakresie budowania wodociągów.** Doświadczenie poucza, że do zaopatrywania miast w wodę często nie można używać wody w jej stanie naturalnym, lecz że potrzeba dołączać jeszcze osobne jej czyszczenie. W Europie używa się w tym celu prawie wyłącznie przesączanie przez piasek, w Ameryce rozpowszechnione jest strącanie substancyj, w wodzie zawieszonych, zapomocą środków

chemicznych (np. siarkanu glinowego) i następne filtrowanie, czyli tak zw. filtracya szybka, lub mechaniczna. Nowością pod tym względem są filtry Pnecha — szereg filtrów o stopniowo zmniejszającej się grubości szutru.

Co do właściwego wyjaławiania wody na wielką skalę zapomocą środków chemicznych, do których znowu zwraca się higiena nowoczesna, najwięcej używanym jest ozon i dwutlenek chloru (ClO_2), połączenie rozpuszczalne. Ozon niszczy prawie wszystkie drobnoustroje, a sam nie wnosi do wody żadnego czynnika szkodliwego (Roux, Calmette, Ermengen), dotąd jednak brak doświadczenia i obliczenia ze strony finansowej. Dwutlenek chloru (ClO_2) jest również mocnym środkiem utleniającym; na 1 m³ wody przeznacza Ogier 3 gramy ClO_3K i 15 grm. kwasu siarkowego (= 0·60 halerzy). Tego rodzaju wyjaławianie wody zastosowało miasto Lectonse we Francyi, Ostenda i inne. Zarzucają tej metodzie powiększanie się ilości połączeń chlorku w wodzie i ujemny wpływ na zdrowie. W obu tych przypadkach chemicznego czyszczenia wody pewną rolę odegra zawsze jeszcze przesączanie przez piasek.

8. Inżynier Heinemann (Praga) wyjaśnia wystawione plany kanalizacyi pragskiej.

9. Dr. Formánek (Slane). **Czyszczenie odpływów w cukrowniach.** Prelegent poleca jako najlepszy sposób czyszczenia wód w cukrowniach: dodawanie mleka wapiennego, osadzenie strątów w sadzawkach dużych i głębokich (aby woda miała dosyć spokoju) i odpowiednio częste wywożenie osadu (z chwilą, kiedy zaczyna się w nim odbywać rozkład).

W dyskusyi zwraca uwagę dyrektor Diviš-Čistecký (Přelouč) na połączenia pektynowe, których woda wapienna nie usuwa wcale i poleca sposób Proskovca, przy którym wypuszcza się wodę zanieczyszczoną na wielkie obszary gruntów dwa razy z rzędu.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Epidemiologia, Statystyka.

Od Dra Krzyżanowskiego z Buczacza otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Na tablicę pamiątkową i pomnik dla śp. prof. Borysiekiewicza w dalszym ciągu złożyli na moje ręce: Dr. Ryszard Bolesław, Geppner 25 k., kollegium prof. w Gracu 230 k., Drowie: Sölder 20 k., Wettendorfer 23 k., Huth 10 k., Pendl 40 k., Hejek 30 k., Jutrzenka 30 k., Vicic 8 k., Himmel 30 k., Scarpatetti 15 k., Mader 10 k., Wachtler 100 k., Heiss 5 k., Stampl 10 k., Zechmeister 10 k., Pischl (z St. Francisco) 49 k., Rainer 10 k., Neuwirth 10 k., Michaeler 50 k., Seidl, Neugebauer, Lepuschütz po 2 k., Wiesler 10 k., Spitzer 4 k., Lainsinger, Payer, Hansa. Wischnak, Luksch, Hammerl, Schmidt, Pirquet po 5 k., Steinbüchel. Merz-Wegandt, Knapitsch, Kosakiewicz, Doryk po 10 k., Jpavic, Jakopp, Sorger, Weiss po 3 k., Streisler, Hyden, Sölner, Müller po 2 k., Ciepanowski 8 k., Sernec, Wassmuth po 3 k., Holzer 1 k., dekanat lekarski w Grazu (po raz wtóry) 60 k., radca dworu prof. G. Neusser i Ziemiński po 40 k., Noiszewski z Dynaburga 25 k. 40 h., Hocne z Kijowa 12 k. 70 h., Gidlewski i nieczytelny po 10 k., Kos 6 k., Cetnarowicz 5 k. 8 h. Płachecki 6 k., Ostafiński 4 k., Drzymalik 2 k. Razem **1501 k. 18 h.**, z czego złożono na książeczkę powiatowej Kasy oszczędności Nr. 398 koron 1451 i 18 hal., zaś 50 koron użyto na pokrycie wydatków (portorya, telegramy i t. p.).

Zamykając z dniem dzisiejszym listę składek, przesyłam łaskawym ofiarodawcom »Bóg zapłać«.

Buczacz, 23 listopada 1901 r.

Dr. Edw. Krzyżanowski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 listopada.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. doc. Bossowski przedstawił chorego, przez siebie operowanego; demonstracyę tę uzupełnił kol. dr. Gliński uwagami anatomicznemi. Następnie odbyły się zapowiedziane odczyty: kol. doc. Raczyńskiego: »O zakażeniu gruźliczem u dziecka« i prof. Wal. Kleckiego: »O zwalczaniu gruźlicy u bydła w świetle zapatrywań hodowców«.

* Walne zgromadzenie Towarzystwa samopomocy lekarzy, na które przybyło około 90 członków, odbyło się dnia 24 b. m. Zanim zarząd Towarzystwa ogłosi sprawozdanie z tego zgromadzenia, donosimy, że najważniejsza sprawa: projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy — został w całości uchwalony. Do wydziału zostali wybrani: prezesem — prof. Jordan, I-szym wiceprezesem — prof. Trzebicky, II-gim — Dr. Bogdanik; I-szym sekretarzem Dr. Langie, II-gim — Dr. Weinsberg; skarbnikiem Dr. Słapa. Do wydziału wybrani zostali: docent Braun, prof. Dr. Ciechanowski i Dr. Schöngut. Do komisyi kontrolującej Drowie: Damski, Idziński i Schaitter. Do sądu polubownego: prof. Łazarski, Drowie: Kohn, Lang, Mączka i K. Hirsch.

* Dr. Aug. Wróblewski otrzymał *veniam legendi* z zakresu chemii biologicznej na wydziale filozoficznym Uniw. Jagiellońskiego.

* »Księga jubileuszowa Dra medycyny Teodora Dunina«, wydana przez dawnych i obecnych «uczniów« jubilata ku uczczeniu jego 25-letniej działalności zawodowej, stanowi wspaniały tom o 529 stronach wielkiej 8-ki, ozdobionej portretem Dra Dunina, oraz 4 tablicami litograficznemi. Księga obejmuje 24 prac przeważnie zasłużonych już w piśmiennictwie autorów, mianowicie: Wł. Janowskiego (3 prace), K. Rzętkowskiego, A. Pańskiego, J. Goldbauma, A. Landaua, W. Lehra, W. Palmirskiego, S. Nowaczka, H. Landaua, S. Kopczyńskiego, S. Mintza, S. Trzebińskiego, S. Mutermilcha, W. Dąbrowskiego, T. Jasieńskiego, A. Puławskiego (2 prace), J. Pstrokońskiego, J. Markiewicza, J. Skłodowskiego, M. Halperna, J. Świętochowskiego. Idąc od skutków ku przyczynie, przytoczone nazwiska może najlepiej i najszczytniej świadczą o znakomitej działalności jubilata, skoro ludzie tej miary zaliczają się do jego »uczniów«. Gdy się jednak uwzględni, że to są »uczniowie« nauczyciela bez katedry, to każdy z nas oceni jasne światło tej pochodni, która przyświecała jubilatowi w drodze całego jego życia.

Zwyczaj naszych lekarzy wydawania »zbiorowych prac« ku uczczeniu mężów zasłużonych na polu medycyny należy do najwznioślejszych pomysłów, godnych obu stron; jakże obok takiej »Księgi« blekną albumy, pierścienie, pióra złote i t. d. Z dobrą myślą łączy się wzniosła intencya; cały dochód z rozsprzedaży »Księgi jubileuszowej" przeznaczyli wydawcy na sanatoryum gruźlicze, będące, jak wiadomo, szlachetnem pragnieniem jubilata. Jeśli więc już nie to, że prace, zawarte w »Księdze« nie będą ogłoszone nigdzie po polsku, to wzgląd na przeznaczenie całego dochodu na sanatoryum gruźlicze niewątpliwie zapewni »Księdze« pokup śród lekarzy, tak szczęśliwie zawsze łączących swój zawód z ofiarnością i miłosierdziem. Redaktorem »Księgi« był Dr. Władysław Janowski, i jak zwykle szczytnie wywiązał się ze swego zadania.

* Ze sfer uniwersyteckich donoszą nam, że niejaki p. Krz—cz z M. głosi, jakoby wynalazł panaceum na wszelkie choroby ludzkie i zwierzęce: rozbiór chemiczny wykazał, że cudownym tym lekiem jest rozczyn fenolu. Nie byłoby właściwie o czem pisać, gdyby nie fakt podany przez samego p. Krz—cza, że z polecenia Towarzystwa gospodarczego robi on próby leczenia bydła na gruźlicę w Z—nie. Godziłoby się, ażeby zarządy Towarzystw gospodarczych i właściciele obór i stajni zapoznali się ze składem tego »panaceum«, gdyż toby najskuteczniej zapobiegło czynieniu — wiednie lub bezwiednie — lekkomyślnych i niepotrzebnych prób.

* Komisya budżetowa austryackiej Izby posłów uchwaliła na wniosek posła Pernerstorfera ustanowienie posad higienistów i lekarzy, jako inspektorów zakładów rzemieślniczych dla całego państwa.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia wniósł prof. Chrobak, ażeby lekarze szpitalni czynnie brali udział w pracy aptek szpitalnych, a to w celu nabrania prawdziwego pojęcia o przygotowywaniu i przechowywaniu leków.

* Wydział lekarski czeskiego uniwersytetu w Pradze powierzył zastępczo wykłady z zakresu farmakologii i farmakognozyi po śmierci prof. Jiruša zasłużonemu prof. Karolowi Chodounskyemu.

* W Anglii grasuje ospa. Od czasu zniesienia obowiązkowego szczepienia liczba przypadków ospy wzrasta z roku na rok; to jednak nie rozbraja przeciwników szczepienia, których zaciekłości nie opamiętywa nawet tak dotykalne i ciężkie doświadczenie.

Mianowania i odznaczenia. Docent H. Albrecht mianowany nadzwyczajnym prof. anatomii patologicznej w Wiedniu. Doc. Kretz otrzymał tytuł nadzwyczajnego prof. anatomii patologicznej w Wiedniu. Dr. Ohlmacher mianowany profesorem ogólnej patologii w Chicago.

Nekrologia. Dr. Bogusław Jiruš, prof. farmakologii i farmakognozyi w czeskim Uniwersytecie w Pradze, zmarł w 60 roku życia. Był twórcą zakładu farmakologicznego w Uniwersytecie i organizatorem takiegoż zakładu w król. Muzeum czeskiem: instytucyom tym poświęcał swój czas i mienie. Ogłosił drukiem kilka prac, z których wyróżnia się rozprawa »O nitroglicerynie«; w zbiorowem dziele »Szczegółowej terapii« opracował dział »O otruciach jadami roślinnymi«. Ostatnią pracą zmarłego jest dzieło: „Vyklad rakouské farmakopoee«. Podróżował wiele w celach naukowych i pozostawił liczne i doniosłe sprawozdania z tych wypraw.

W Stanisławowie zmarł magister chirurgii Szymon Klaar, licząc lat 60.

Bibliografia:

Dr. S. Jessner: **Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 1900.** Ogłaszając swój krótki podręcznik, który doczekał się w stosunkowo krótkim czasie drugiego wydania i został równocześnie przełożony na język włoski, zaznacza autor wyraźnie w swojej przedmowie, że zamierzał dać uczniowi poglądowo opracowany zarys chorób skórnych, lekarzowi praktycznemu zaś — treściwe dziełko, mające na celu ułatwienie mu oryentowania się w zakresie patologii dermatologicznej, jak również w chaosie wyrazownictwa i rozlicznych, nie ustalonych jeszcze zapatrywań w kierunku patogenezy wielu chorób skórnych. Zadaniu swemu odpowiada też dziełko Dra Jessnera, nie mające zresztą pretensyi do wyczerpującego objęcia całokształtu nowoczesnej dermatologii. Lekarz praktyczny znajdzie w niem przedewszystkiem treściwe i jasno zebrane wskazówki rozpoznawcze, przyczem na szczególną uwagę zasługuje pracowite zestawienie wszystkich cech kliniczno-morfologicznych w kierunku rozpoznania różniczkowego cierpień zbliżonych do siebie cechami klinicznemi. Wskazania terapeutyczne opracował autor nadzwyczaj dokładnie i niemal wyczerpująco, uwzględniając w tym kierunku nietylko zapatrywania szkoły wiedeńskiej, na której poglądach oparł autor podział pod względem nozologicznym. Możnaby się tu i owdzie nie zupełnie zgodzić z autorem na niektóre może nieco zbyt jednostronnie wypowiedziane poglądy w kierunku etyologii niektórych cierpień (np. niektórych postaci ograniczonych wyprysku i t. p.); nie czyni to jednak bynajmniej ujmy dziełku, podanemu w tej formie i mającemu służyć dla krótkiej i łatwej oryentacyi lekarzowi w praktyce. Właściwą patologię poprzedza krótki zarys anatomii i fizyologii skóry, a zamykają treściwe wskazówki z dziedziny higieny i kosmetyki skóry, paznogci i włosów.

Ponieważ autor w treść swego dziełka wciągnął również i osutki kiłowe oddał tem lekarzowi praktycznemu tem większą usługę, o ile i rozpoznanie różniczkowe także w kierunku tych osutek znajduje rozległe, a tak dla wszystkich lekarzy ważne uwzględnienie.

Przeczytanie dziełka Jessnera przyniesie też niewątpliwie korzyść każdemu lekarzowi praktycznemu. *W. R.*

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Morozewicz: Zatrzymanie moczu u dziecka jako powikłanie influenzy. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 47. Endelman: Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmkowych krwawiaków. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Nusbaum: Witalizm i Marceli Nencki. Jakowski: Prace Marcelego Nenckiego, dotyczące trawienia. Palmirski: Odkrycia śp. Marcelego Nenckiego, dotyczące księgosuszu i surowicy przeciw księgosuszowej.

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. R.: Aseptyka i Antyseptyka: R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). Cetnarowicz: Zapalenie ropne oczu u noworodków i zapobieganie jego powstawaniu (dok.). Cohn: O wyjmowaniu zębów. Schmidt: Świerzba. Freilich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Nr. 3. R: Zapalenie sromu. R.: Aseptyka i Antyseptyka (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). R.: Z higieny żywienia. Schmidt: Świerzba (dok). Żegański: Kilka słów o higienie jamy ustnej. Cohn: O wyjmowaniu zębów. Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Nr. 4. M.: Zapobieganie drgawkom porodowym: R.: Aseptyka i Antyseptyka (c. d.). Cohn: O wyjmowaniu zębów (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Chodounsky: Prof. Dr. Bohuslav Šlechtic Jiruš (wspomnienie pośmiertne). Babák: Pojem biologie (c. d). Čačkovič: Diagnostika celkového zmenšeni žaludku. Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikálni léčeni ischurie při zbytněni předstojnice.

— *La Presse médicale* Nr. 93. Chantemesse: Leczenie surowicze durzycy. Romme: Gruźlica u poprzednio tracheotomowanych i intubowanych. Dieulafoy: Kilak płatu czołowego z napadami padaczki Jacksona. — Nr. 94: Lop: O zapaleniach stawów w zakresie miednicy pochodzenia połowego. Martinet: Zastosowanie persodyny w celu pobudzenia łaknienia u gruźliczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Hirschberg: O kurczliwości źrenicy w ciężkiem zapaleniu nerwów wzrokowych. Becher O wczesnem rozpoznaniu zniekształtniającego zapalenia stawu biodrowego. Biedert: Używanie mleka i śmiertelność z gruźlicy. Herzfeld: Ropień płata czołowego, pochodzącego z muszli nosowej, operacyjnie wyleczony. Kiss: O wartości nowej metody badania w celu oznaczenia niewydolności nerek. Oppenheimer: Wynik zbadania jednej szkoły berlińskiej w kierunku jaglicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Curschmann: Medycyna i żegluga. Ribbert: Pasorzytnicza przyroda raka. Friedmann: Doświadczenia nad dziedziczeniem gruźlicy. Möllers: Przyczynek do sprawy o wartości antytoksyny tężcowej. Silberschmidt: O bakteryologicznem rozpoznaniu promienicy. Bókay: Przyczynek do miejscowego leczenia wrzodów krtani, wywołanych przez intubacyę. Lesser: O jednoczesnem stosowaniu leczniczem rtęci i przetworów jodowych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Neumann: O powstaniu rumienia guzkowego i pęcherzykowego po wewnętrznem użyciu roztworu Fowlera. Stenitzer: Wykazanie chełbotania w wypocinie opłucnowej i o jego znaczeniu rozpoznawczem. Süsswein: Grypa w przebiegu odry. Donath: Wyleczenie zbioru objawów Menierowskich zapomocą prądu galwanicznego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 47 Hirsch: Obecny stan nauki o t. zw. sercu stłuszczonem. Spiro: O wpływie lewatyw wyskokowych na wydzielanie soku żołądkowego u ludzi. Thorn: Praktyczne znaczenie zaniku macicy w czasie karmienia. Aichel Oznaczenie połogu podług liczby tętna. Fischer: O leczeniu wąglika wstrzykiwaniami śródżylnemi rozpuszczonego srebra. Gruber: Przyczynek do teoryi o antytoksynach (dok.). Edel: Białkomocz okresowy i nowy pogląd na zwalczanie białkomoczu (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 listopada, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Rosner mówić będzie „O ciąży bliźniaczej monochorialnej“; 2) kol. dr. Kędzior zagai dyskusyę nad odczytem doc. Siedleckiego „O malaryi“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 7 Grudnia 1901. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał
Dr H. Schramm,
docent chir. na Uniw. lwowskim.

W ostatnich czasach objawia się stanowczy zwrot w zapatrywaniach na leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zwolennicy operacyjnego leczenia każdego przypadku tej choroby z chwilą postawienia rozpoznania, tracą coraz więcej grunt; niektórzy z nich, jak Sonnenburg, sami coraz bardziej ograniczają wskazania do operacyi, coraz więcej chirurgów zaczyna się przychylać do leczenia zachowawczego. Zdaje mi się jednak, że w wielu przypadkach cofanie się to przechodzi poza złotą drogę pośrednią, że wskazanie do czynnego wkroczenia zaczyna się stawiać zbyt ostrożnie. Wobec tego nie będzie może zbyteczne, jeżeli w tem miejscu wypowiem wyniki, do jakich doprowadziło mnie własne doświadczenie, oparte na 20 operowanych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i kilkunastu przypadkach, leczonych zachowawczo wspólnie z kolegami internistami. Materyał to wprawdzie nie obfity, ale może mieć pewne znaczenie choćby dla tego, że prawie wszystkie przypadki leczone były prywatnie, w mieszkaniu chorych, zatem w warunkach, w jakich znajduje się przeważna liczba chorych.

Nie mam zamiaru rozwodzić się dłużej nad przyczynami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; liczne badania na tem polu udowodniły zdaje się dostatecznie, że przyczyną choroby są osiadłe w wyrostku drobnoustroje zakaźne, w jakie obfituje przewód pokarmowy, zatem prątek okrężnicowy, gronkowce i paciorkowce; czy niektóre przypadki odnieśćby trzeba do swoistych prątków, mających jedyną swą siedzibę w wyrostku, analogicznie do prątków Löfflera, usadawiających się w migdałkach, tego badania jeszcze dostatecznie nie udowodniły. Nie ulega jednak wątpliwości, że jak długo światło wyrostka jest prawidłowe, a odpływ do jelita ślepego zupełnie wolny, tak długo osiadłe w wyrostku drobnoustroje nie wywołują cięższych zmian chorobowych. Jeżeli jednak światło wyrostka zostanie zwężone, lub tem bardziej — zamknięte, czy to wskutek obrzmienia błony śluzowej lub kilku mieszków chłonnych, w które błona wyrostka tak obfituje, jeżeli wskutek zagięcia się wyrostka lub ucisku przez zrosty wolne połączenie z resztą przewodu pokarmowego zostanie przerwane, natenczas jadowitość drobnoustrojów zawartych w wyrostku lub jego odcinku — w zamkniętej jamie — nagle się zwiększa, na przekrwionej i obrzmiałej błonie śluzowej powstaje owrzodzenie: ściana wyrostka staje się przepuszczalną dla bakteryj i ich toksyn, a w razie zaczopowania drobnych tętniczek odżywczych występuje częściowa lub nawet całkowita zgorzel wyrostka. Z przypadków operowanych wnosić muszę, że obecność kamyków kałowych w wyrostku ma większe znaczenie, niż to przyjmują niektórzy autorowie i że same przez się, lub przy małem obrzmieniu błony śluzowej, mogą zamknąć światło wyrostka i sprowadzić wszystkie ciężkie następstwa. We wszystkich bowiem moich przypadkach, w których przy operacyi znalazłem wyrostek zgorzelinowy i przedziurawiony, znalazłem też kamyki kałowe, niekiedy leżące już luźnie w jamie otaczającego ropnia, czasem leżąc jeszcze w wyrostku, zatykały miejsce przedziurawienia. Badania, przeprowadzone na zwłokach przekonywują, że w zdrowych wyrostkach robaczkowych kamyki kałowe znajdują się bardzo rzadko; wobec tak częstego stosunkowo znachodzenia ich w ogniskach schorzałych, musimy więc przypisać im dość wielkie znaczenie patologiczne. Kamyki te znajdujemy też bez porównania częściej niż inne ciała obce, które trudno tylko mogą się dostać aż do wyrostka, a które zresztą przez kurczenie się zdrowych ścian wyrostka mogą łatwo zostać wydalone napowrót do jelita ślepego. Kamyki kałowe zaś wytwarzają się najprawdopodobniej w samym wyrostku. Być może już w nieco odsznurowanej części jego, powoli się powiększają; średnica bowiem kamyków, które miałem sposobność spostrzegać, była zawsze znacznie większa, niż przekrój prawidłowego wyrostka; mogą więc z czasem zamknąć zupełnie jego światło a następnie, uciskając na zapalnie zmienioną ścianę wyrostka, wywołać miejscową zgorzel.

Sprawa chorobowa w wyrostku przybrać może w miarę okoliczności i zależnie od jadowitości bakteryj, oraz budowy i oporności ścian wyrostka różną postać i rozmiary, przyczem pamiętać trzeba, że objawy kliniczne często nie odpowiadają ciężkości zmian anatomicznych. Podział poszczególnych odmian tej choroby, podany przez Rydygiera, odpowiada według mego przekonania celom praktycznym; będę się go też trzymał w następnem omawianiu tego cierpienia. Do pierwszej gromady zaliczamy więc przypadki, w których sprawa chorobowa ogranicza się do samych ścian wyrostka; odróżnić tu musimy trzy odmiany, stosownie do tego, czy 1) sprawa chorobowa ogranicza się do samej błony śluzowej, wywołując jej przekrwienie lub tylko powierzchowne owrzodzenie: *appendicitis simplex catarrhalis*, czy 2) naciek zapalny zajmuje głębsze warstwy ścian wyrostka, to jest błonę mięsną *appendicitis parenchymatosa*, czy wreszcie 3) mamy przed sobą zgorzel mniej lub więcej rozległą całej grubości ściany: *appendicitis gangraenosa*. Wszystkie te trzy odmiany mogą przebiegać mniej lub więcej ostro, — bez wciągnięcia przynajmniej na razie w sprawę chorobową sąsiednich tkanek tak, że zgorzel objąć już może nawet błonę surowiczą, a mimo

to nie będzie ani wysięku zapalnego w okolicy wyrostka, ani nawet najlżejszych zrostów z siecią lub okolicznemi pętlami jelit; w przypadkach tych, wobec niezbyt gwałtownych objawów klinicznych, może przy lada silniejszym ruchu, przez działanie tłoczni jamy brzusznej pęknąć ostatnia warstwa ściany, a treść wyrostka wylewa się wprost do wolnej jamy brzusznej.

I. W maju 1891 roku wezwał mnie kolega Kucharski do 7 letniego chłopca, który od 14 dni cierpiał na objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Ciepłota utrzymywała się stale na 39°; bóle w okolicy kiszki ślepej wzmagają się coraz bardziej. Przy badaniu znalazłem bardzo znaczną bolesność nad punktem Mc Burneya. W miejscu tem znaczny opór ścian brzusznych — wysięku jakiegokolwiek ani macaniem, ani wypukiem wykazać nie można. Z powodu przewlekania się sprawy chorobowej i nie ustępowania objawów zapalnych mimo odpowiedniego leczenia przystąpiono do operacyi. Cięciem Sonnenburga otwarto jamę brzuszną, bez trudności odnaleziono wyrostek robaczkowy dość mocno zgrubiały, zagięty ku górze, zresztą wolno leżący bez jakichkolwiek zrostów z sąsiedniemi kiszkami. Wyrostek odcięto, jamę brzuszną prawie całkowicie zamknięto szwami, pozostawiając tylko wąski pasek gazy, idący do miejsca odcięcia wyrostka. Przebieg zupełnie pomyślny, ściany wyciętego wyrostka opuchłe i zapalnie naciekłe, szczególnie błona śluzowa mocno obrzmiała, w niej kilka owrzodzeń, sięgających do błony podśluzowej.

II. W marcu 1896 r. wezwany zostałem wraz z kolegą Merczyńskim do dziecka 6-letniego, które przed 3 dniami zachorowało wśród nagłej gorączki, wymiotów i znacznego bólu w prawym dołku biodrowym. Badanie wykazało: ciepłota 39°, tętno 130, brzuch nieco wzdęty, nad dołkiem biodrowym prawym bardzo wielka bolesność; w miejscu tem, oprócz znaczniejszego oporu wskutek skurczu mięśni ścian brzusznych, nie można wykazać żadnego wysięku, badanie przez kiszkę stolcową daje również wynik ujemny. Zalecono spokój, zupełną dyetę, okłady lodowe na bolesną okolicę i makowiec. W nocy przy silniejszem wymiotowaniu gwałtowny ból rozszerzający się na cały brzuch, wśród zapadu dziecko umarło nad ranem.

Drugiem niebezpieczeństwem, grożącem przy tej postaci choroby, na które autorowie zwracają coraz częściej uwagę, jest zaczopowanie drobnych żył w krezce wyrostka, gnilny rozpad skrzepów i dostawanie się ich do ogólnego krwi obiegu, zwłaszcza do wątroby.

Do następnej grupy zaliczyćby należało przypadki, w których sprawa zapalna z wyrostka przeszła na sąsiednie tkanki, prowadząc do zlepów między najbliższemi pętlami jelit i z siecią, lub sprowadzając naciek zapalny mniej lub więcej rozlany w tkance łącznej przed i zaotrzewnowej. Przypadki do tej grupy należące są naturalnie tylko dalszym ciągiem grupy pierwszej, a w miarę natężenia toczącej się sprawy w samym wyrostku i sprawa chorobowa w otaczających tkankach będzie różna. Z tego powodu w grupie tej odróżnić należy następujące odmiany: 1) przypadki z naciekiem surowiczo-włóknikowym, 2) z ropieniem ściśle ograniczonem, 3) z zapaleniem ropnem, szerzącem się mniej lub więcej gwałtownie w różnych kierunkach.

Do grupy trzeciej zaliczamy przypadki rozlanego zapalenia otrzewnej, powstałego wskutek przedostania się treści jelit, bądź to wprost z przedziurawionego wyrostka zgorzelinowego, bądź wskutek pęknięcia zrostów, ograniczających początkowo powstały ropień. Z niektórych przypadków wnosićby zresztą należało, że nawet przez nieprzebite, tylko zapalnie naciekłe ściany wyrostka mogą się przedostać prątki i ich toksyny do wolnej jamy brzusznej i wywołać tu ogólne ropne zapalenie. Powikłanie to najłatwiej występuje u dzieci.

W październiku 1895 r. wezwał mnie kolega Pisek do dziewczynki 5-letniej, cierpiącej od przeszło 2 tygodni na objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. W ostatnich 3 dniach nastąpiło znaczne pogorszenie, częste wymioty, gorączka utrzymująca się stale koło 39°, tętno do 130, nadto bolesność i wzdęcie brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem nad prawym dołkiem biodrowym wylało się około litra ropy gęstej. Po wypuszczeniu jej i odsłonięciu jelita ślepego natrafiono na wyrostek robaczkowy, leżący luźno bez żadnych zrostów. Wyrostek odcięto — jamę brzuszną, o ile się dało, wyczyszczono przez wytarcie paskami gazy borowej, poczem wprowadzono sączki i gazę do zatoki Douglasa i ku górze w okolicę wątroby, a ranę prawie całkiem zamknięto szwami. Dziecko po operacyi przyszło do siebie, w kilkanaście godzin jednak nastąpił zapad, wśród którego dziecko zmarło. Ściany wyciętego wyrostka naciekłe surowiczo, błona śluzowa mocno obrzmiała, kilka drobnych owrzodzeń; przy badaniu drobnowidowem znaleziono w ścianach wyrostka liczne gronkowce.

I w tej grupie odróżnić należy trzy odmiany, a mianowicie: 1) zapalenie otrzewnej surowiczo-ropne; 2) zapalenie czysto-ropne i 3) zapalenie gnilne, czyli tak zwana posocznica otrzewnej. Wystąpienie jednej z tych odmian zależy od rodzaju treści, jaka dostaje się do jamy brzusznej i szybkości z jaką się w niej rozlewa. Mniej gwałtownie wystąpi zapalenie, jeżeli do jamy brzusznej sączy się powoli treść ropna przez mały otwór, powstały w zrostach ograniczających ropień, najgorsze formy gnilnego zapalenia powstają po przebiciu się do wolnej zupełnie jamy brzusznej gnilnej, z kałem zmieszanej treści zgorzelinowego wyrostka.

Z powyższego przedstawienia wynika, że poszczególne postacie ostrego zapalenia wyrostka mogą bardzo łatwo przechodzić z jednej w drugą. Nieżytowe, na początku nic nie znaczące zapalenie błony śluzowej wyrostka może po kilkudniowej chorobie zakończyć się wyzdrowieniem; równie łatwo jednak na rozpulchnionej błonie śluzowej powstają owrzodzenia, a następnie zgorzel ścian i przebicie do wolnej jamy brzusznej, lub też w około zagrożonego miejsca tworzy się wysięk zapalny i zlepy ograniczające. Wysięk ten również może po dłuższym czasie uledz wessaniu, albo część jego przechodzi w ropienie. Pozostały wysięk może przez dłuższy czas pozostać ograniczony, ale też może w każdej chwili szerzyć się w różnych kierunkach do zatoki Douglasa, ku górze pod i nad wątrobą, a nawet do jamy opłucnej, lub wreszcie przebić do wolnej jamy brzusznej. Nie da się jednak zaprzeczyć i operowane w stanie spokoju przypadki niezbicie tego dowodzą, że nawet w tak ciężkich ropnych przypadkach może nastąpić samoistne wygojenie, bądź to przez wessanie ropy, bądź, co częściej, po przebiciu się ropy na zewnątrz przez skórę, lub do jelita ślepego, prostnicy lub pęcherza. Z powodu tej zmienności w przebiegu i łatwości przechodzenia postaci łagodnych w najcięższe, rokowanie w każdym przypadku ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest niepewne. Według dotychczasowych zestawień różnych autorów, nieco więcej niż 70% wszystkich przypadków utrzymuje się w grupie pierwszej, odmianie 1 i 2, jakoteż w grupie 2 odmianie 1; są to zatem przypadki, w których sprawa chorobowa ogranicza się na miejscowem zapaleniu błony śluzowej wyrostka, może i powierzchownem owrzodzeniu; przypadki z surowiczo-włóknikowym wysiękiem naokoło obrzmiałego wyrostka. Przypadki te przebiegają pomyślnie. W pozostałych około 30% przypadkach przychodzi do zgorzeli ścian wyrostka i zropienia powstałego nacieku. W przypadkach tych rokowanie zależy od rodzaju i rozległości ropienia, znacznie lepsze przy ropniu ograniczonym, pogarsza się przy postaci postępującej, naj-

gorsze jest w przypadkach, zaliczonych do grupy trzeciej, zatem przy ostrem, rozlanem zapaleniu otrzewnej

Własna moja statystyka przedstawia się jak następuje: Wogóle spostrzegałem 32 przypadków ostrego zapalenia wyska robaczkowego, z tych 20 razy wykonałem zabieg operacyjny. Z pomiędzy 12 nieoperowanych 5 należało do grupy drugiej, oddziału 1, zatem przypadki z wysiękiem surowiczowłóknikowym, mniej lub więcej rozlanym; wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie; dwa należały do grupy drugiej oddziału trzeciego, to jest przypadki z postępującem ropieniem; z tych jeden u dziewczynki 10-letniej, w którym operacyę odłożono do dnia następnego, zakończył się śmiertelnie wskutek przebicia się nagłego do jamy brzusznej; drugi, w którym rodzice 7-letniej dziewczyny nie zgodzili się na operacyę, po bardzo burzliwym przebiegu zakończył się pomyślnie przez przebicie się ropnia do kiszki ślepej, jak tego dowodziły obfite stolce, zmięszane z ropą. W pozostałych 5 przypadkach wezwany zostałem już przy istniejącem rozlanem zapaleniu otrzewnej w tak późnym okresie, że o pomyślnym skutku zabiegu operacyjnego nie można było myśleć. Chorzy ci pomarli też w kilkanaście godzin później.

Z pomiędzy 20 przypadków, w których wykonano zabieg operacyjny, 1 należał do grupy pierwszej odmiany pierwszej; w odciętym wyrostku znaleziono tylko zmiany nieżytowe, przebieg pooperacyjny był idealny. Ośm przypadków zaliczam do grupy drugiej, oddziału 2, to jest, że były to przypadki z ograniczonem ropieniem; z pomiędzy nich 7 zostało uleczonych, jeden umarł podczas operacyi z powodu dostania się nagle dużej ilości wymiocin do tchawicy i płuc. Również ośm przypadków zaliczyć trzeba do grupy drugiej oddziału trzeciego, to jest, że w chwili badania ich ropienie nie było już ograniczone, lecz szerzyło się w różnych kierunkach, najczęściej ku tyłowi i górze, n. p. u mężczyzny 37-letniego znajdował się już ropień podprzeponowy, w drugim u kobiety 45-letniej (Nr. 15) ropienie pod wątrobą i w lewym dołku biodrowym; u chłopca 7-letniego (Nr. 14) znajdowało się już ropne zapalenie opłucnej, w innych przypadkach (spost. 11, 12, 16) ropienie szerzyło się ku jamie brzusznej tak, że mniej lub więcej rozległą część pętli jelitowych znajdowano już wśród jamy ropnia. Z pomiędzy tych przypadków tylko 3 chorych zostało uleczonych, 5 zaś zmarło wśród objawów przewlekłej ropnicy, lub, jak w przypadkach 12, 16, wśród objawów zapalenia otrzewnej, które zaczęło się rozwijać już przed operacyą.

Trzy przypadki należały do grupy trzeciej, to jest, że w chwili operacyi mieliśmy już przed sobą rozlane zapalenie otrzewny. Z tych tylko jeden przypadek został uleczony (Nr. 20), dwa inne (18, 19) zmarły w kilka godzin po operacyi.

Następująca tabliczka daje najlepszy przegląd otrzymanych wyników.

	Postać chorobowa	Leczenie	Liczba	Wylecz.	Umarł	Uwaga
Grupa I.	*Appendicitis simplex*	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis exulcerans	Operow.	1	1	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis gangraenosa.	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	—	—	—	
Grupa II	*Appendicitis cum exsud. scrofibrinos*	Operow.	—	—	—	
		Nieoperow.	5	5	—	
	Appendicitis cum suppur. saccata	Operow.	8	7	1	Smierć p zypadkowa podczas operacyi
		Nieoperow.	—	—	—	
	Appendicitis cum suppur. progressiv.	Operow	8	3	5	
		Nieoperow.	2	1	1	
Grupa III.	*Appendicitis c. peritonit. diffusa scropurul.*	Operow	—	—	—	
		Nieoperow	—	—	—	
	Appendicitis c. peritonit. diffusa perulenta	Operow.	2	1	1	
		Nieoperow	2	—	2	
	Appendicitis c. peritonit. diffusa septica.	Operow.	1	—	1	
		Nieoperow.	3	—	3	
	Razem	Operow.	20	12	8	
		Nieoperow.	12	6	6	

Zanim przystąpię do omówienia wskazań leczniczych, pozwolę sobie jeszcze poświęcić parę słów pytaniu, do jakiego zakresu chorób należy właściwie ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, do zakresu medycyny wewnętrznej, czy też do chorób chirurgicznych? Nawet tak wstrzemięźliwy chirurg w wskazaniach do zabiegu operacyjnego w tej chorobie, jak n. p. Herman, nazywa ostre zapalenie wyrostka „chorobą *par excellence* chirurgiczną“ („Przegląd lek.“ 1901 Nr. 35) i żąda, aby każdy taki przypadek leczył, jeżeli już nie chirurg sam, to przynajmniej razem chirurg i internista. Zapewne, ostatnie to żądanie bardzo słuszne i dla chorego byłoby bardzo korzystne; należałoby też przestrzegać tego wszędzie, gdzie to jest tylko możebne. Niestety w przeważnej liczbie przypadków rzecz ta jest nie do przeprowadzenia, bo albo w miejscu zamieszkania chorego nie ma drugiego lekarza a tem bardziej specyalisty chirurga, albo stosunki materyalne nie pozwalają na częste wzywanie drugiego lekarza na narady. Również bardzo często nie do wykonania jest drugie żądanie, aby w każdym przypadku utrzymywać spokój zbrojny, to jest, aby ciągle mieć wszystko w pogotowiu tak, by w chwili danej natychmiast przystąpić do wykonania zabiegu operacyjnego. Koszta takiego pokoju zbrojnego byłyby i tu zbyt uciążliwe, a przecie nie każdy chory z zapaleniem wyrostka robaczkowego może być leczony w zakładach, gdzie koszta pokoju zbrojnego ponosi państwo; zresztą i przenoszenie chorych do takich zakładów, ze względu na konieczny, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby, spokój, jest często wprost niemożliwe. Zważywszy nadto, że w przeszło 70% przypadków wyleczenie następuje gładko, bez potrzeby wkraczania chirurgicznego, to musimy zgodzić się na to, że leczenie ostrego zapalenia wyrostka pozostanie w rękach kolegów nie specyalistów chirurgów. Natomiast starać się należy o wydoskonalenie środków rozpoznawczych tak, aby każdy lekarz mógł ocenić, w jakim przypadku i w jakim okresie choroby zabieg operacyjny jest wskazany, aby znał objawy, kiedy zaczyna występować niebezpieczeństwo najgroźniejszego powikłania, to jest rozlanego zapalenia otrzewnej.

Nie mogę się tu wdawać w opisywanie ścisłego rozpoznania, zwłaszcza tak ważnego rozpoznania różniczkowego innych chorób, przedstawiających często podobne objawy kliniczne, ograniczę się tylko do kilku krótkich wskazówek.

W przypadkach, zaliczonych do grupy pierwszej, w których zatem zmiany chorobowe ograniczają się do samych

ścian wyrostka, bez współcierpienia sąsiednich tkanek, najważniejszym objawem początkowym jest ból nagły w dołku biodrowym prawym. Przy obmacaniu tego miejsca znajdziemy wprawdzie zwiększony opór z powodu skurczu mięśni brzusznych, ale przy ostrożnem nieco głębszem macaniu nie natrafia się na żaden naciek. Badanie przez kiszkę stolcową nie wykazuje też prócz bolesności w okolicy wyrostka żadnego zgrubienia zapalnego. Przypadki te występują często po znaczniejszym błędzie dyetetycznym, nagle, wśród bólu w prawej stronie brzucha, prawie zawsze towarzyszą temu jedno lub kilkakrotne wymioty, ciepłota nie przekracza 38^0, różnica ciepłoty mierzonej pod pachą i w kiszce stolcowej nie przenosi 1 stopnia, tętno pozostaje dobre, pełne, częstością swą odpowiada wysokości ciepłoty i nie przenosi 120 uderzeń na minutę. W powyższych przypadkach, gdy sprawa zapalna ogranicza się na samą błonę śluzową, objawy chorobowe utrzymują się 4 do 5 dni bez zmiany, poczem nagle lub powoli natężenie ich coraz bardziej maleje i cała sprawa kończy się wyzdrowieniem. Niestety, jak dotąd, zbyt mało mamy danych, aby rozpoznać na pewno poczynającą się zgorzel ścian wyrostka. W każdym razie utrzymywanie się gorączki przez czas dłuższy, nie zmniejszanie się, lub nawet wzmaganie się bolesności przy ucisku na punkt Mc Burneya, ponowne wystąpienie wymiotów, wzmagająca się bębnica, podniesienie się częstości tętna ponad 100, wystąpienie dreszczyków, wysychanie języka, a może i objaw, na który zwrócili uwagę Madelung i Lenander, to jest powiększenie się różnicy ciepłoty pod pachą i w kiszce stolcowej ponad 1 stopień, każą podejrzywać z wielkiem prawdopodobieństwem istniejącą już choć częściową zgorzel ścian wyrostka. Podobne objawy, zwłaszcza powiększająca się dość szybko bębnica bez wysięku w jamie brzusznej, częste dreszcze, lekka żółtaczka, każą wnosić o groźnem bardzo tworzeniu się gnilnych zakrzepów w żyłach wyrostka lub sąsiedniej części krezki i dostawanie się części mocno zakaźnych do ogólnego krwiobiegu. Grupa druga odznacza się, jak wspomniano, zajęciem chorobowem tkanek, otaczających wyrostek; jest ona zawsze następstwem grupy 1, cechuje się zaś naciekiem mniej lub więcej rozlanym, mniej lub więcej twardym w prawym dołku biodrowym. Naciek ten powstać może bardzo wcześnie, nawet już w 2-gim lub 3-cim dniu choroby; częściej pojawia się nieco później. W miarę rodzaju nacieku i objawy będą różne. Przy nacieku surowiczym lub surowiczo-włóknikowym, jaki przyłącza się do nieżytowego zapalenia błony śluzowej wyrostka z niezbyt głębokiem owrzodzeniem jej, lub naciekiem surowiczym ścian wyrostka, objawy przedmiotowe — z wyjątkiem, że przy badaniu znajdziemy wypocinę w dołku biodrowym — i objawy podmiotowe pozostają takie same, jak w pierwszej odmianie grupy pierwszej. Przebieg również niewiele się różni. Tylko sprawa chorobowa trwa dłużej, wreszcie po upływie czasem dopiero 2—3 tygodni naciek zostaje wessany, często pozostają zrosty naokoło wyrostka, prowadzące łatwo do nawrotów cierpienia, które też może przejść w postać przewlekłą. Jeżeli zmiany w wyrostku były głębsze, zwłaszcza jeżeli już po wytworzeniu się nacieku i zrostów nastąpi przebicie wyrostka, wysięk ulega bardzo często zropieniu, wywołując też odpowiednie objawy. Naciek zamiast się zmniejszać, przyjmuje coraz większe rozmiary, bolesność nie ustępuje, lecz się zwiększa, skóra nad dołkiem biodrowym staje się ciastowata, w okresie surowiczego nacieku, z początku blada, potem się zaczerwienia, wreszcie przy obmacaniu wybadać się daje z początku niewyraźne i głębokie, potem coraz wybitniejsze chełbotanie. Badanie przez kiszkę stolcową wykaże również w okolicy wyrostka obrzmienie i zgrubienie, lub też wyraźne chełbotanie, jeżeli ropień opuszcza się ku zatoce Douglasa Gorączka utrzymuje się stale, przyjmuje cechę gorączki ropnej ze znacznemi wahaniami porannemi i wieczornemi; tętno utrzymuje się jednak dobre i częstością odpowiada gorączce. Wykonywanie nakłócia próbnego w celu wykazania ropnia nie jest wskazane; ujemny bowiem wynik nakłócia nie dowodzi niczego, bo ropień może być zbyt mały i głęboko położony; natomiast zabieg taki z powodu możliwości uszkodzenia jelita, położonego ponad ropniem, połączony jest ze znacznem niebezpieczeństwem.

W pomyślnych przypadkach powstały ropień ogranicza się silnymi zrostami, pozostać może bardzo długo, nawet tygodnie i miesiące niezmieniony; powoduje jednak zwykle nawroty i postać przewlekłą zapalenia wyrostka, albo powiększa się tylko nieznacznie; może nawet według spostrzeżeń niektórych autorów (Sonnenburg) uledz wessaniu, albo po przebiciu się na zewnątrz, do kiszki lub pęcherza, może nastąpić ostatecznie zupełne wygojenie. W przeważnej liczbie przypadków jednak raz powstałe ropienie szerzy się dość szybko w różnych kierunkach; ciągła gorączka, częste dreszcze, występujące po nich poty, przyspieszenie tętna, powiększanie się nacieku ropnego, dające się wykazać prawie z dnia na dzień, bolesność wzmagająca się w kierunku, szerzenie się nacieku — zatem koło wątroby, w jamie Douglasa, objawy zadrażnienia otrzewnej, jeżeli naciek szerzy się ku wewnątrz, wreszcie objawy zapalenia opłucnej, jeżeli ropienie zbliża się ku przeponie, pozwolą rozpoznać, czy i z jakiej strony grozi niebezpieczeństwo przebicia się ropnia.

Do trzeciej gromady zaliczyliśmy przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłane rozlanem zapaleniem otrzewnej. Rozpoznanie tego najważniejszego niebezpieczeństwa jest w przeważnej liczbie przypadków łatwe. Objawy jednak i tu będą różne w miarę rodzaju powstałego zapalenia i jego mniej lub więcej szybkiego rozszerzania się. Pamiętać należy, że w wielu przypadkach już w pierwszym dniu zapalenia wyrostka wystąpić mogą objawy ogólnego zadrażnienia otrzewnej, w postaci wymiotów, zaparcia stolca, miernego wzdęcia i bolesności brzucha. Objawy te jednak szybko przemijają, gdy nasilenie sprawy chorobowej w wyrostku się zmiejsza, lub gdy schorzały wyrostek zostanie ograniczony zrostami. Podobne objawy zadrażnienia występować mogą w dalszym przebiegu choroby, gdy powstałe koło wyrostka ropienie szerzy się ku jamie brzusznej, przebijając np. zrost między jedną pętlą kiszkową a drugą. W tym razie zapalenie nie musi przybrać odrazu cechy ropnej, owszem na szczęście dość często, miejsce przebicia zostaje szybko otorbione nowymi zrostami, wreszcie może powstać tylko wysięk surowiczy. Chwila przebicia się ropnia cechuje się gwałtownem bólem w całym brzuchu, wymiotami i znacznym zapadem. W wyjątkowych przypadkach sprawa chorobowa z chwilą ponownego otorbienia się ropnia może przycichnąć, a nawet po przebiciu się ropnia do kiszek lub pęcherza może jeszcze nastąpić wygojenie lub cała sprawa przybiera postać przewlekłą. Znacznie częściej jednak przychodzi w krótkim czasie do rozwoju ogólnego zapalenia otrzewnej.

Przypadki te, któreby jeszcze właściwie można zaliczyć do gromady drugiej oddziału trzeciego, dają też przy wczesnym zabiegu operacyjnym stosunkowo najlepsze wyniki i im to przypisać należy tak korzystne zestawienia niektórych autorów, podających odsetek wyleczeń po operacyi w ogólnem zapaleniu otrzewnej na 28, a nawet 52%.

Przypadki rozlanego ostrego ropnego zapalenia otrzewnej powstają w razie dostania się naraz wielkiej ilości ropy mocno zakaźnej do wolnej jamy brzusznej; cechują się one gwałtownym bólem całego brzucha, stale się wzmagającym, silnym zapadem, tętnem ponad 120, z każdą prawie godziną coraz gorszem; wymioty uporczywe tak, że wreszcie chory oddaje prawie każdą łyżkę połkniętej wody; wzmagająca się bębnica obok objawów wolnego płynu w jamie brzusznej; zupełne zaparcie stolca z powodu porażenia kiszek, oto główne cechy tego rodzaju zapalenia. Samoistne wyleczenie się w tej postaci chorobowej jest według słusznego zapatrywania Kümmela niemożebne, a nawet wczas wykonany zabieg operacyjny przedstawia tylko małe widoki pomyślnego wyniku.

Najgroźniejszą jest trzecia postać zapalenia otrzewnej, powstająca w razie, jeżeli do wolnej i żadnymi zrostami nie pooddzielanej jamy brzusznej, przebije się mocno trująca gnilna treść wprost z zgorzelinowego ogniska lub z kałem zmieszana zawartość utworzonego poprzednio ropnia. Po nagłym gwałtownym bólu występuje szybko bardzo silny zapad, twarz przybiera cechy *facies Hippocratica,* ciepłota często opada poniżej prawidłowej, tętno słabe, drobne dochodzi do 140 uderzeń i wyżej, chory niespokojny, często rzuca się po łóżku. W sprzeczności z tym groźnym obrazem przedmiotowym, chory podmiotowo czuje się dość swobodny, na pytanie odpowiada, że mu jest znacznie lepiej, nie narzeka na ból; trapią go tylko pragnienie i częste wymioty, potem i to ustaje, a w kilka godzin chory umiera wskutek porażenia serca przy zachowanej prawie do końca przytomności. Są to przypadki tak zwanej *sepsis peritonealis.*

Omówiwszy w ten sposób pokrótce wszystkie gromady i odmiany ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, przechodzę do wskazań leczniczych. Zdaje się, że obecnie przeważna część lekarzy zgadza się, że w przypadkach, należących do gromady I. oddziału pierwszego i drugiego, jakoteż do gromady II. oddziału 1., zatem w przypadkach zapalenia nieżytowego wyrostka bez nacieku w okolicy lub z naciekiem tylko surowiczo-włóknikowym należy stosować leczenie wyczekujące. Zachowanie zupełnego spokoju, bezwzględna dyeta, ograniczona do podawania łyżkami wody lub małych kawałków lodu w celu ugaszenia pragnienia przynajmniej przez pierwsze dwa dni i zimne okłady w postaci worka z lodem na okolicę kiszki ślepej, wystarczają zwykle do złagodzenia napadu. Dość często spotykałem się z stawianiem pijawek nad dołkiem biodrowym; mają one łagodzić bóle i objawy zapalne. W zasadzie nie miałbym nic przeciw nim, byle tylko przez nadmierny upust krwi nie osłabiać chorego. Jako środek przeciw silnym bólom zwykle podawany bywa makowiec, który ma zarazem działać korzystnie przez osłabienie i zmniejszenie ruchów robaczkowych jelit, a zatem ma ułatwiać tworzenie się zrostów; z drugiej jednak strony nie ulega wątpliwości, że właśnie przez usuwanie bolesności, a poczęści przez ułatwianie bębnicy, zaciera obraz chorobowy i maskuje grożące niebezpieczeństwo. Lepiej więc byłoby środka tego nie nadużywać, a jeżeli go podajemy, to nie w zbyt dużych dawkach, a w razie koniecznym łagodzić ból przez podawanie przetworów wilczej jagody lub wreszcie przez podskórne wstrzyknięcie morfiny. Podawanie w pierwszych dniach choroby środków przeczyszczających, nawet tak łagodnych jak olej rącznikowy, nie jest odpowiednie i według przypadków, które miałem sposobność spostrzegać, należałoby ich zaniechać; wzmożony bowiem ruch robaczkowy łatwo może spowodować natężenie sprawy chorobowej, lub nawet przyspieszyć pęknięcie wyrostka, zanim wytworzą się dostateczne zrosty. W następnych dniach choroby po uspokojeniu się groźnych objawów przystępujemy ostrożnie do lepszego odżywiania chorego, okłady zimne zamieniamy na wysychające, a w celu wypróżnienia kiszek stosujemy lewatywy z ciepłej wody.

A co do wskazań operacyjnych? Zapatrywania te są bardzo różne. Herman w ostatniej swej rozprawie, umieszczonej w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 34—37 uznaje tylko dwa wskazania do szybkiego wkraczania operacyjnego, mianowicie w przypadkach, powikłanych postępującym ropnym naciekiem i w przypadkach z ogólnem surowiczo-ropnem lub ropnem ogólnem zapaleniem otrzewnej. Nawet w przypadkach stwierdzonego, lecz ograniczonego ropnia należy według niego: „powstrzymywać niewczesne zapały; — niema powodu nastawać i nalegać na chorego, trzeba mu dać czas do namysłu i oględnie przedstawić mu korzyści wczesnej operacyi". Zdaje mi się, że taka wstrzemięźliwość i obawa posądzenia o „krwiożerczość" jest trochę za daleko posunięta. W sprzeczności z nią stoją też własne słowa Hermana, że „zapalenie rozlane otrzewnej może wystąpić w ostrym napadzie każdego dnia nawet w przypadkach z najłagodniejszym przebiegiem", zatem chyba tem łatwiej, jeżeli już obecny jest około wyrostka ropień, odgraniczony od jamy brzusznej tylko zrostami, o grubości i oporności których nie możemy nigdy z góry przesądzać. A dalej powiada Herman, że: „dokonane już przedziurawienie wyrostka możemy rozpoznać nawet dość łatwo, lecz jakże często chory z tego rozpoznania już żadnych nie odnosi korzyści". Zupełnie słusznie należałoby z tego wnosić, że zadaniem naszem ma być uczynić wszystko, co jest możebne, aby temu przebiciu się czy to samego wyrostka, czy otaczającego ropnia zapobiedz i niebezpieczeństwo usunąć jak najwcześniej, a przecie niebezpieczeństwo to rośnie od chwili istnienia ogniska ropnego. Zgadzam się na zdanie Hermana, że: „w przypadkach tych ograniczyć się na leczeniu wewnętrznem, lub co na jedno wyjdzie, wyczekiwać wyjątkowo możliwego samowyleczenia, aby módz w danym razie operować „à froid", wydaje mi się postępowaniem nieodpowiedniem, ryzykownem i przynoszącem choremu raczej szkodę, niż pożytek"; tylko że słowa te zastosowaćby należało według mego zdania do każdego przypadku, w którym rozpoznamy istnienie ropienia naokoło wyrostka. W przypadkach takich trzeba na chorego nalegać, aby się poddał operacyi, trzeba mu przedstawić groźne niebezpieczeństwo zwlekania. A że niebezpieczeństwo to jest rzeczywiście groźne, o tem przekonało mnie własne doświadczenie; wszystkie bowiem przypadki moje, które zakończyły się niepomyślnie, a chyba i podane przez Hermana spostrzeżenia IX, X, XI, XII, były to właśnie przypadki, w których z zabiegiem operacyjnym zwlekano

tak długo, aż po kilku dniach choroby ponowny nagły ból w brzuchu i ponowne wymioty wskazały na rozszerzenie się ograniczonego z początku ogniska ropnego. W przypadkach, w których da się rozpoznać ognisko ropne, muszą też istnieć już zrosty naokoło dość silne, aby przy ostrożnem operowaniu ich nie rozerwać. Sądzę więc, że w każdym przypadku, w którym rozpoznamy istnienie ropnia, choćby to było w 3-cim lub 4-tym dniu choroby, należy bez zwłoki wkraczać operacyjnie. Naturalnie tembardziej i tem naglej wskazany jest zabieg operacyjny w przypadkach postępującego ropnego zapalenia naokoło wyrostka; tutaj bowiem niebezpieczeństwo przebicia się ropy do jamy brzusznej jest tem większe, a nadto i szerzenie się ropnia sprowadzić może poważne powikłania, które jak n. p. ropnie podprzeponowe mimo późniejszego zabiegu operacyjnego trudne są do wyleczenia i same przez się dają niekorzystne rokowanie.

Z tego samego powodu, to jest dla uchronienia chorych od przebicia się ogniska zapalnego od wolnej jamy brzusznej, uważam za wskazane wczesne wykonanie operacyi w przypadkach, zaliczanych do gromady 1 oddziału trzeciego, to jest tam, gdzie objawy chorobowe każą rozpoznać zgorzel wyrostka jeszcze bez nacieku zapalnego w otaczających tkankach. Stanowcze rozpoznanie takiego stanu wyrostka jest niestety jeszcze bardzo trudne, sądzę jednak, że w razie ugruntowanego podejrzenia lepiej jest wykonać zabieg operacyjny wcześnie. Wskazanie to szczególnie ważne jest u dzieci, u których ściany wyrostka łatwiej ulegają przedziurawieniu, a skłonność do wytwarzania zrostów wydaje się mniejszą.

Z pomiędzy przypadków, w których rozwinęło się już rozlane zapalenie otrzewnej, tylko przypadki, zaliczone do odmiany trzeciej tej gromady, to jest przypadki tak zwanej *sepsis pertonealis* stanowią wręcz przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego.

W przypadkach tych przebieg jest tak gwałtowny, zakażenie ogólne następuje tak szybko, że zabieg operacyjny nie jest w stanie uratować życia chorego, a tylko niszczy uczucie rzeźwości *(euphoria)*, jakiem się ci nieszczęśliwi cieszą. Przypadki te więc musimy pozostawić ich losowi. Przy innych postaciach zakażenia otrzewnej, a zwłaszcza w niezbyt gwałtownie postępującem zapaleniu surowiczo ropnem, wskazany jest jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, choć więc widoki uratowania chorego są nie duże, należy go namawiać do poddania się operacyi choćby też znów przytoczyć słowa Hermana: „przyszło nam stawiać na kartę własną opinię chirurga o szczęśliwej ręce“. (dok. nast.).

II. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:
Część anatomiczną Dr. J. Krzyszkowski.
Część kliniczną Doc. Dr. J. Wiczkowski.

I Część anatomiczna.

Z instytutu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

(Dokończenie).

Badaniu histologicznemu poddałem: małą wybujałość na tylnej ścianie pnia, ścianę i najbliższe otoczenie tętniaka pnia, ścianę tętniaka okrągłego i walcowatego rozgałęzień tętnicy płucnej i miąższ płucny.

Ściana pnia tętnicy płucnej mikroskopowo okazuje wejrzenie prawidłowe tylko śródbłonek błony wewnętrznej przeważnie niebarwiący się, zwyrodniały. Mała brodawkowata wybujałość jest złożona z tkanki łącznej zbitej, wychodzi z błony wewnętrznej naczynia; w wybujałości tej uderza kilka naczyń, nieodpowiadających wielkości wybujałości, ani przekrojem światła, ani grubością ściany. Zgrubiały brzeg worka tętniaka okazuje na błonie wewnętrznej (intimie) znaczny jednostajnie rosnący twardzielowy (sklerotyczny) naciek; w miejscu tem warstwa mięsna z powodu większej ilości pierwiastków drobnokomórkowych jest grubsza, włókna elastyczne tej warstwy bardzo wyraźne. Szyja tętniaka: w miarę posuwania się dalej do worka tętniaka wspomniany naciek twardzielowyi cała warstwa mięsna wraz z włóknami elastycznemi ulegają zwyrodnieniu włóknikowemu (fibrinoid). Składają się z grubych, krótkich, bezpostaciowych beleczek, barwiących się hematoksyliną na szaro, van Giesonem na żółto i niedających odczynu włóknika metodą Weigerta; przy przebarwieniu van Giesonem lub eozyną wśród mas zwyrodniałych widać tu i ówdzie resztki włókien elastycznych. Na preparatach barwionych na włókna elastyczne orceiną widać błonę sprężystą *(mebrana elastica)* w miejscu szyi znacznie zgrubiałą, — dalej zaś brak jej, tylko tu i ówdzie cieniutkie strzępki słabo widoczne. Błona zewnętrzna *(adventitia)* nieznacznie zgrubiała.

Ściana pękniętego tętniaka okrągłego (przekrój poprowadzony poprzecznie przez miejsce uszkodzone) przedstawia obraz podobny: naciek twardzielowy w postaci półksiężyca obejmuje dwie trzecie światła naczynia; naciek ten prawie cały wraz z warstwą mięsną jest włóknikowato w odpowiedniem miejscu zmieniony. W miejscach niezwyrodniałych włókna elastyczne bardzo wyraźne błona zewnętrzna *(adventitia)* wogóle znacznie zgrubiała W miejscu pęknięcia brzegi tętniaka, a zwłaszcza jeden, są wygięte na zewnątrz; naturalnie błona zewnętrzna w tem miejscu też przerwana. Ściana tętniaka walcowatego (przekrój podłużny), cieńsza niż poprzedniego, w całości włóknikowato zmieniona. Na naczyniach mikroskopowych wśród tkanki płucnej zmian twardzielowych nie znalazłem. W włóknikowatych masach i ścianie wszystkich tętniaków nie wykryłem na skrawkach metodą Gramma żadnych drobnoustrojów; jedynie na skrawkach, wziętych z okolicy wnęki płuca lewego, wśród przestworów chłonnych w błonie zewnętrznej *(adventitia)* znalazłem nieliczne wśród ciałek ropnych diplokoki.

Z powyższego opisu, tak makro- jak i mikroskopowego, widać, że w wskazanych miejscach naczynia stwierdziłem: światło rozszerzone, ścianę chorobowo zmienioną, ściśle ograniczony brak dwóch warstw (błony średniej i wewnętrznej); miejsce ich zajęły bezpostaciowe masy włóknikowate; rozszerzenie, utworzone z zgrubiałej warstwy zewnętrznej *(adventitia)*, jednostajnie nań przechodzącej, a więc nawet, w najściślejszem tego słowa znaczeniu, miałem do czynienia z rzeczywistym tętniakiem *(Aneurysma verum)*.

Zestawiwszy powyżej przytoczone przypadki z moim, widzimy, że rozdzielić je możemy na dwie gromady: na gromadę tętniaków, rozlanych rodzaj „Dehnungs aneurysmen“ Thomy i na drugą, tętniaków ograniczonych, workowatych.

We wszystkich przypadkach tętniaków rozlanych mieliśmy równocześnie zmiany miażdżycowe i rozszerzenie grubych, a zwężenie twardzielowe światła drobnych gałązek tętnicy płucnej. Wbrew zapatrywaniu Wolframa, który tętniak, przez siebie spostrzegany uważa za zmianę pierwotną, wywołaną wrodzonem osłabieniem ściany, zmiany zaś na tętnicach za następowe, spowodowane mechanicznie zwiększonem parciem ościennem, sądzę, że zmiany twardzielowe w drobnych naczyniach należy przyjąć za pierwotne *(endarteriitis)*, które wywołały przerost serca i następowo dopiero tętniakowe rozszerzenie pnia i grubych rozgałęzień tętnicy płucnej.

W przypadkach tętniaków ograniczonych uderza ta okoliczność, że dotyczyły one przeważnie kobiet i to w młodym (17, 19, 22 lat) wieku; że u większości wykazać można było przebytą jakąś chorobę zakaźną, i że trzy razy stwierdzono niezarośnięty przewód Botalla.

W przypadku Korczyńskiego mamy dostateczne tłómaczenie tętniaka w zbliznowaceniu ściany, wywołanem postępującem od zewnątrz z worka osierdziowego zapaleniem przewlekłem

W przypadku Dowsego i Leberta, gdzie mieliśmy zastawki zniszczone, pokryte wybujałościami, dalej tegoż samego charakteru wybujałości w otoczeniu tętniaka, a przytem ostry obrzęk śledziony, tam chociażbyśmy tych tętniaków nie uważali za sprawę ostrą *(aneurysma acutum mycoticum)*, to zawsze mamy dostateczny powód do wytłómaczenia powstania tętniaka w częściowem nadwerężeniu ściany, spowodowanem temsamem schorzeniem, co i na zastawkach w sercu.

W przypadkach Buchwalda, Foulisa i w naszym zachodzi pewne podobieństwo, a mianowicie: wszystkie dotyczą osobników w młodym wieku (17—22—17 lat), we wszystkich tętniaki mają kształt workowaty i znajdują się na przedniej ścianie tętnicy płucnej i we wszystkich mamy utrzymany szeroko otwarty przewód Botalla. To trzykrotne równoczesne pojawienie się tych bardzo rzadkich zmian żadną miarą nie może być przypadkowe, lecz musi budzić myśl pewnej przyczynowej zależności tętniaka, jako zmiany późniejszej, nabytej, od otwartego przewodu Botalla, jako zmiany wcześniejszej, wrodzonej. Przypuszczenie to nabierze pewności, jeżeli uzmysłowimy sobie stosunki, panujące w tętnicy płucnej przy otwartym przewodzie Botalla i zestawimy je z obrazem anatomicznym naszego przypadku I tak: krew w tętnicy płucnej znajduje się pod znacznie niższem ciśnieniem, niż w tętnicy głównej; przeto w razie niezarośnięcia przewodu Botalla przy każdym skurczu i rozkurczu serca strumień krwi przechodzi z pewną energią w kierunku mniejszego oporu, a więc z tętnicy głównej do tętnicy płucnej. Energia strumienia zależy od różnicy ciśnienia w obu naczyniach i od wielkości poprzecznego przekroju i przewodu. Strumień ten, wpadając z przewodu Botalla porywa krew płynącą przez tętnicę płucną i temsamem z jednej strony odpycha cząstki krwi od ściany przyległej do ujścia przewodu, skutkiem czego ciśnienie w tem miejscu się zmniejszy, a z drugiej strony popycha cząstki krwi do ściany przeciwległej do ujścia przewodu, skutkiem czego ciśnienie w tem miejscu się zwiększy. W ten sposób w tętnicy płucnej, w miejscu odpowiadającem ujściu przewodu Botalla, powstaje nierównowaga ciśnień ściennych, która oczywiście będzie tem większą, im większą jest energia wpadającego strumienia krwi tętniczej z przewodu Botalla do tętnicy płucnej.

Rzecz jasna, że to miejscowe zwiększenie ciśnienia, powtarzające się ciągle i rytmicznie, a więc działające w postaci uderzeń „trauma", nie może pozostać bez wpływu i musi wywołać oddziaływanie danego miejsca. Oddziaływanie to może się objawić już to przez powstanie zmian rozrodczych (proliferacyjnych postępujących), już to powstaniem zaburzeń wstecznych, względnie przejściem jednych w drugie. To teoretyczne poniekąd rozumowanie znajduje jasną illustracyę i wybitne potwierdzenie w obrazie anatomicznym naszego przypadku, gdzie mamy w tętnicy płucnej na ścianie przeciwległej do ujścia przewodu Botalla, w miejscu ściśle ograniczonem, odpowiadającem domniemanemu kierunkowi strumienia krwi, idącej przez przewód Botalla, zgrubienie twardzielowe błony wewnętrznej (intimy) i przerost warstwy mięsnej, jako wyraz zmian rozrodczych i następową przemianę włóknikowatą tegoż twardzielowego zgrubienia i warstwy mięsnej pod niem położonej, jako wyraz następowej zmiany wstecznej. W ten sposób powstałe uszkodzenie ciągłości i nadwerężenie elastyczności ściany naczyniowej jest dostatecznym warunkiem powstania tętniaka, którego szybkość rozrostu zależy w dalszym ciągu od stale utrzymującego się zwiększonego ciśnienia ściennego.

A więc w naszym i jemu pokrewnych przypadkach w drożności przewodu Botalla dopatruję ważnego i jedynego czynnika, wywołującego powstanie tętniaka pnia tętnicy płucnej, drożności, wywołującej miejscowe zwiększenie ciśnienia na ścianę tętnicy [1]).

Na poparcie słuszności tego zapatrywania przytoczyć można i to, że w ogóle wszelkie podwyższenie ciśnienia w układzie tętniczym odgrywa ważną rolę w powstawaniu zmian twardzielowych *(atheromatosis)*, a Thoma wykazał, że miażdżyca w tętnicy głównej rozwija się, znacząc linię, która odpowiada punktom największego ciśnienia prądu krwi; miejsca te są też najczęstszą siedzibą tętniaków.

Niewytworzenie się tętniaka pomimo otwartego przewodu Botalla nie przemawia przeciw wyżej wyrażonemu zapatrywaniu, gdyż, jak z poprzedniego wywodu wynika, powstanie tętniaka nie zależy li tylko od obecności przewodu, jako takiej, lecz od energii strumienia krwi, idącej przez przewód, czyli od przekroju poprzecznego przewodu i od różnicy ciśnień w obu głównych pniach naczyniowych. Światło przewodu może być w każdym poszczególnym przypadku innem; różnica ciśnienia (która już w fizyologicznych warunkach nie jest stałą) [2]), wskutek zmian patologicznych, jak n. p. wskutek znacznego przerostu serca prawego, może wybitnie się zmniejszyć, co wszystko, pominąwszy już odporność ściany, względnie ustroju, może być dostatecznym powodem do niewytworzenia się tętniaka, natomiast wystarczać do powstania zmian twardzielowych, jak to miało miejsce w przypadkach: Gerharda i Helba. („Die angeborenen Herzkrankheiten" von H. Vierordt).

---

[1]) Tego zapatrywania, jakkolwiek go nie motywuje, jest też i Foulis mówiąc ›by far the commonest cause of an aneurismal dilatation of the pulmonary artery is the existence of a patent ductus arteriosus‹.

[2]) Physiologie. Landois. Stosunek ciśnienia w tętnicy głównej oceniali: Beutner & Marey jak 1:3 Goltz & Gaule 2:5.

Tyle co do tętniaka pnia; co się zaś tyczy tętniaków rozgałęzień lewej tętnicy płucnej, to nie wiele możemy powiedzieć.

Obraz mikroskopowy stanowczo wyklucza pochodzenie pasorzytnicze, a wskazuje na pochodzenie twardzielowe (sclerotyczne). Jako czynnik wywołujący twardziel mamy przedewszystkiem zwiększone ciśnienie krwi w krążeniu małem, wywołane obecnością otwartego przewodu Botalla i następowym przerostem serca prawego. Umiejscowienie tętniaków tylko w płucu lewem, a więc na rozgałęzieniach ramienia, do którego uchodził przewód Botalla, wskazuje przez analogię na pewną ich zależność od otwartego przewodu, a w każdym razie ani umiejscowienie, ani obecność tętniaków nie przemawia przeciw zapatrywaniu, wpływu otwartego przewodu Botalla na powstanie tętniaka pnia tętnicy płucnej.

III. Wyciągi.

Woyer. **Przyczynek do stosowania przetworów srebra Credégo w ginekologii i położnictwie.** *(Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 42). Itrol miał oddawać autorowi znakomite usługi przy ranach i owrzodzeniach sromu, nadto w zmianach rzeżączkowych pochwy. W nieżytach szyjki macicznej poleca W. stosować go w postaci pręcików, zakładanych do szyjki według przepisu: *Itroli 2·50, Cerac alb. 1·50, Ol. cacao 9·00.* Na 30 pręcików.

Następnie przytacza W. historyę położnic, dotkniętych posocznicą, które były leczone wcieraniami *unguentum Credé.* Lekowi temu W. przypisuje bardzo szybkie i pewne działanie lecznicze. *P.*

Rômniceanu i Rolin. **Sto trzydzieści przypadków zapalenia pochwy u młodych dziewcząt na tle rzeżączkowem.** (*Wiener med. Presse* 1901, Nr. 43). Zebrawszy atystystykę ostrego zapalenia sromu i pochwy u młodych dziewcząt przychodzą autorowie do przekonania, że cierpienie to trafić się może tak dobrze u dziewczątek kilkomiesięcznych, jak i kilkoletnich. We wszystkich przez siebie spostrzeganych przypadkach znajdowali oni prócz licznych drobnoustrojów zawsze i gonokoki, ztąd twierdzą, że bardzo znaczna liczba przypadków zapalenia pochwy, uważanych za zwykłą postać nieżytową, jest wywołana przez gonokoki. Droga zakażenia nie jest dokładnie znana; może nastąpić zakażenie przez spanie w pościeli, w której spał ktoś cierpieniem tem dotknięty, przez kąpiel w wannie, której używał chory na rzeżączkę, wreszcie może nastąpić zakażenie już podczas porodu od matki, dotkniętej tem cierpieniem. Rozpoznanie, czy zapalenie pochwy jest na tle gonokoków, uskutecznia się drogą bakteryologiczną. Do leczenia należy używać przestrzykiwań 1—2% rozczynem azotanu srobrowego i zmywań sromu 4% kwasem borowym. *P.*

Prof. Kassowitz. **Zatrucie wyskokowe** (*Alcoholismus*) **w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1 października 1901, str. 512—541). Ostre zatrucie wyskokiem zdarza się naturalnie i u dzieci, a bywa nawet i śmiertelne. Większe znaczenie ma zatrucie przewlekłe, wywołane stałem używaniem wyskoku, bądź ze zwyczaju domowego, bądź też, jak się często zdarza, z polecenia lekarza. Ososki pośrednio dostają czasem tę truciznę z mlekiem karmicielki, jeśli ta uważa za konieczne wypijanie znacznych ilości, zwłaszcza piwa. Następstwem tego jest niepokój dziecka, dochodzący nieraz aż do drgawek. Znaczna ilość przytoczonych historyj chorób ilustruje następstwa przewlekłego spożywania wyskoku. I tak, znane są autorowi przypadki typowego obłędu opilczego, zwłaszcza występującego łącznie z chorobami gorączkowemi. Innym razem co kilka dni powstają drgawki, lub napady padaczki, pląsawicy itd. Wszystkie te zaburzenia ustają po usunięciu wyskoku. Dzieci te tak często cierpią na brak łaknienia, że Kassowitz w każdym podobnym przypadku tego cierpienia wypytuje się o używanie wyskoku. Zdarzają się też kurcze żołądkowe, przerost wątroby, dochodzącej nieraz do spojenia łonowego. Wreszcie zwraca K. uwagę na możność powstawania przewlekłej choroby Brighta i wyraża przypuszczenie, że i inne przypadki przewlekłych chorób nerkowych o ciemnej etyologii mogłyby mieć za podstawę nadużywanie wyskoku. Kassowitz wyraźnie się zastrzega, jakoby przypadki przezeń przytoczone były czemś nieznanem. Lecz autorowie, którzy o tej sprawie pisali, nie wyciągnęli ostatecznych wniosków. Kassowitz zarzuca niektórym autorom brak konsekwencyi: nie może pojąć, jak jeden i tensam autor[1]) raz twierdzi, że nie należy zdrowemu dziecku podawać wyskoku, bo on mu nietylko nie jest potrzebny, ale przeciwnie. wpływa wprost zabójczo, podkopuje zdrowie, moralność i t. d, i tenże sam autor nie waha się zalecać choremu, więc ustrojowi mniej odpornemu, ten sam wyskok i to przez tygodnie i miesiące.

Są autorowie, którzy z jednej strony wskazują na niebezpieczeństwo podawania wyskoku w chorobach nerkowych, a z drugiej strony polecają go w płonicy i błonicy, wiedząc o tem dobrze, jaką walkę już nerki staczają w tych chorobach z toksynami.

Albo się czyta, że alkohol wpływa ujemnie na energię życiową, na inteligencyę, wolę i poczucie moralności, a w końcu, że wogóle układ nerwowy dziecka jest na tę truciznę wrażliwszy, niż ustrój człowieka dojrzałego. Należałoby się potem spodziewać ostrego zakazu używania wyskoku wogóle u dzieci, a tymczasem znajduje się tylko ogólnikowe zdanie, że u dzieci z wrażliwym układem nerwowym trzeba się tego środka wystrzegać. Czyż jednak w każdym przypadku da się przedmiotowo oznaczyć, że to a to dziecko ma układ nerwowy mniej lub więcej wrażliwy? Chyba nie.

Wprawdzie ten sam autor poleca w tejże pracy wstrzymać się od podawania wyskoku aż do szóstego roku życia, ale wartość tego terminu przedstawi się nam w należytem świetle, jeżeli zważymy, że mózg dziecka właśnie w tym okresie ma zacząć naprawdę pracować i wtedy równocześnie tę, dla czynności umysłowych tak szkodliwą substancyę wchłaniać.

Oto próbki polecania alkoholu przez jego przeciwników, a cóż dopiero powiedzieć o jego zwolennikach.

Nie można wobec takiego stanu rzeczy się dziwić, że daty statystyczne, zebrane w jednej z szkół ludowych, w ten sposób się przdstawiają: 26·6% nie piło wcale wyskoku, 27·6% czasem, 49·7% dostaje go regularnie, a z tych niektórzy kilka razy na dzień. W innej szkole ludowej na 247 dzieci między 7—8 rokiem życia jedno nigdy nie piło wyskoku, a tylko 67 (25%) było takich, które nigdy nie piły likieru, lub koniaku; 110 dzieci dostawało codziennie piwo lub wino, a z tych 20 codziennie piły koniak „dla wzmocnienia“. W obu szkołach zauważono, że uwaga i postępy w naukach były u dzieci, które często lub regularnie pijały wyskok, najmniej zadawalniające. Że podawanie wyskoku jest tak powszechne, winni tu w znacznej części sami lekarze, którzy go tak chętnie w różnorodnych osłabieniach polecają, czy to w postaci zwykłych trunków, czy też tak zw. win lekarskich. Ażeby dać prawdziwy obraz wartości wyskoku z rozmaitych punktów widzenia, Kassowitz stawia następujące pytania.

1) Czy wyskok może służyć jako pożywka i środek oszczędzający tkanki? Odpowiedź wypada przecząco. Dlaczego? Zapał dla podawania wyskoku w chorobach ostrych i przewlekłych datuje się od chwili, gdyśmy się dowiedzieli, że ostatecznymi wytworami utlenienia wyskoku są CO_2 i H_2O, a więc te same, co węglowodanów i tłuszczów i gdy na tej podstawie powstało złudzenie, że wyskok potrafi przez swoje spalenie uchronić ustrój od rozpadu, jak to czynią węglowodany i tłuszcze. Tymczasem nowsze badania fizyologiczne wykazały coś wprost odwrotnego. Sam fakt łatwego spalania się wyskoku nie wystarczy obecnie już do podtrzymania twierdzenia, jakoby on miał chronić i oszczędzać białko ustroju. Dziś już wiemy, że i inne ciała, jak gliceryna, kwas mlekowy, kwas masłowy i octowy dają te same wytwory spalenia, a mimoto żadnego odżywczego działania nie posiadają. Przeciwnie, widocznie potęgują one wydzielanie azotu na dowód, że rozkładają białko. A wyskok? Czyż ten zachowuje się inaczej? Nie. Działa on zabójczo na białko, jeszcze wybitniej, niż powyższe substancye. Czy należy się dziwić? Wszak nie znamy środka, któryby, będąc trucizną, więc niszczycielem ustroju, mógł równocześnie być jego budowniczym. Dlaczego wyskok miałby być wyjątkiem? Węglowodany i tłuszcze nietylko na papierze oszczędzają ustrój. a działanie ich dodatnie nie polega bynajmniej na błędnej dedukcyi, ale zostało udowodnione przez setki spostrzeżeń i doświadczeń. Czyż te środki więc nie mogą zastąpić tego wyskoku? 2) Czy alkohol jest środkiem, pobudzającym żołądek? Przeciw podawaniu go przemawiają z jednej strony spostrzeżenia kliniczne Kassowitza, z drugiej spostrzeżenia, zrobione przy sztucznem trawieniu i liczne doświadczenia na ludziach. Podmiotowe uczucie łaknienia jest wynikiem przytłumienia uczucia niechęci do jadła, a niepodniecenia czynności trawienia. 3) Na pytanie, czy wyskok jest lekiem przeciwgorączkowym, Kassowitz zaznacza, że potrzeba znacznej jego dawki, ażeby gorączkę zniżyć o 0·5 stopnia. Zniżka następuje wskutek porażenia naczyń obwodowych. Ile jednak wyskoku można dać dziecku, tego wogóle nie wiemy,

[1]) Demme: Ueber den Einfluss des Alkohols auf den kindlichen Organismus.

a co ważniejsze, niewiadomo, jakie jeszcze ośrodki równocześnie się poraża. 4) Większy ustęp autor poświęca pytaniu, czy wyskok jest odpowiednim środkiem wzmacniającym i podniecającym. Ze stanowiska teoretycznego wydaje mu się niesłusznem, ażeby w obawie przed porażeniem mięśnia sercowego podawano właśnie taki środek, co do którego udowodniono, że działa na żywą protoplazmę trująco i niszcząco. Znaczna ilość przypadków Aufrichta, który nie daje nigdy choremu wyskoku, nawet wtedy, gdy ma zapalenie płuc, dalej statystyki niektórych szpitali angielskich, w których chorzy nie oglądają nigdy wyskoku i w końcu własne doświadczenie autora na dzieciach, w których liczbie rok rocznie stwierdził wielką liczbę zapaleń płuc, leczonych z bezwzględnem wykluczeniem wyskoku, wykazuje dowodnie, że mamy tu do czynienia tylko z zakorzenionym przesądem o niezbędności wyskoku w leczeniu, niektórych chorób, np. w zapaleniu płuc.

Autor występuje ostro przeciw podawaniu wyskoku w chorobach gorączkowych dlatego, bo często mógł zauważyć u dzieci, u których go stosowano, śpiączkę, a obraz chorobowy stawał się niejasnym, zamglonym. O działaniu podniecającem nie mógł się nigdy, mimo najlepszych chęci, przekonać.

Fizyologia i farmakologia nowoczesna prawie jednomyślnie orzekają, że okres podniecenia trwa tylko krótko, i że stale potem następuje szybkie odczynowe porażenie; a czyż można wykluczyć przypuszczenie, że działanie tego środka przy stałem podawaniu sumuje się i że wtedy wywołuje on przytoczone następstwa? Kassowitz zapewnia, że od 10-ciu lat odstąpił zupełnie od podawania wyskoku. Rok rocznie ma w swej praktyce znaczne liczby zapaleń płuc itp i wszystkie dobrze się kończą. Jego 14-letni syn, który przez cztery tygodnie gorączkował z powodu zapalenia płuc na tle grypy, wyszedł z niej cało bez kropli wyskoku. Jakkolwiekby się kto zapatrywał na podawanie tego środka w gorączce, to, jak sądzi K., każdy przyzna mu słuszność, że my właściwie nie mamy prawa dla zapobiegania osłabieniu serca podawać środka, co do którego się obecnie wie napewno, że potęguje rozkład żywego białka, że upośledza trawienie, że działa porażająco na narząd mięśniowo-nerwowy. Rzadko spotyka się twierdzenie, że wyskok działa antyseptycznie w chorobach takich, jak róża, zapalenie płuc i t. p.; tym klinicystom możnaby odpowiedzieć, że do takiego działania potrzebaby bardzo wielkich i skoncentrowanych ilości.

Znana jest wrażliwość pijaków na wszelkie choroby zakaźne, dlaczegoż przez podawanie wyskoku taką wzmożoną wrażliwość sztucznie sprowadzać?

Autorowi wydaje się wprost nielogicznem polecanie tego środka w błonicy i płonicy, jeżeli się o tem wie, że wielu badaczy spostrzegało przejściowy białkomocz po użyciu nawet małych ilości i to przez zdrowych. W błonicy i płonicy, gdzie nerka i tak jest narażoną na szkodliwości, utrudniać jej tę walkę przez dodanie wyskoku jest czemś, co niczem nie da się usprawiedliwić.

Kassowitz kończy zdaniem, że ktokolwiek sobie uprzytomni te wszystkie złe strony używania wyskoku i ten fakt, że na jego usprawiedliwienie niema żadnej prawdziwie dodatniej, ten musi stać się otwartym, przeświadczonym i bezwzględnym jego przeciwnikiem.

Dr. Leon Bross.

Cavazzani. **Zastosowanie czosnku w gruźlicy płucnej.** (*Policlinico* 1900, str. 724, — *Internat. Med. Magazine, June*, 1901). Autor podaje wyniki szeregu doświadczeń, przedsięwziętych w szpitalu miejskim w Wenecyi, dla wyjaśnienia działania czosnku w gruźlicy. Czosnek kraje się na drobne kawałeczki i suszy się czas krótki; w takiej postaci podaje się 4—6 gramów na dobę w drobnych dawkach i z różnymi dodatkami (nieleczniczymi) dla uniknięcia obrzydzenia, które odczuwa wielu chorych do czosnku. Zgórą 200 suchotnikom podawano czosnek w szpitalu przy jednoczesnem leczeniu higienicznem i objawowem: polepszenie podobno spostrzegano we wszelkich okresach gruźlicy, szczególnie we wczesnych. Plwocina staje się śluzową, liczba laseczników zmniejsza się stopniowo i w końcu dochodzi do zera; kaszel ustaje, miejscowe objawy fizykalne ustępują, poty nocne i krwioplucie nikną i daje się zauważyć wyraźne wzmożenie łaknienia i polepszenie ogólnego stanu. (Wobec taniości i łatwości dostania czosnku spostrzeżenia przytoczone miałyby niemałe znaczenie, szczególnie dla biednych klas, gdyby zostało dowiedzione, iż dodatnie wyniki zależały tu od owego „swoistego“ leku, a nie „higienicznego i objawowego leczenia“, które było stosowane jednocześnie. *Sprawozdawca*).

St. Rudzki.

Charles Parker. **Kierunki prądów powietrznych przy oddechaniu nosowem.** (*The Lancet*, 7 lipca 1901). Metodyka badań była następująca: przy wdechaniu powietrze nasycało się pyłkiem widlaka (*lycopodium*), który rozpylano na odległość 20 centymetrów od nosa: osiadając w zagłębieniach nosowych, proszek wskazuje drogę, którą przechodziło powietrze. Przy wydechaniu zastosowywano dym tytoniowy: najpierw lekkie wydmuchiwanie, potem silne, połączone z badaniem nozdrzy zapomocą wziernika nosowego.

Badania wykazały, iż przy wdechaniu przez prawidłowy nos powietrze przechodzi przez średni i górny przewód, nigdy natomiast przez dolny; to też wszelkie zmiany kształtu przegrody nosowej w dolnym przewodzie nie przeszkadzają wdechaniu; przerost dolnej muszli ma również znaczenie tylko wtedy, gdy zwęża wejście do średniego przewodu; polipy i przerost średniej muszli znacznie utrudniają wdechanie. Również nowotwory, wychodzące z podstawy jamy nosowo-gardzielowej, mogą być wielką przeszkodą przy wdechaniu, gdyż znajdują się na prostej drodze prądu powietrza.

Doświadczenia z widłakiem mogą mieć wielkie praktyczne zastosowanie: wszelkie nieprawidłowości w jamie nosowej, niepokrywające się proszkiem, nie są *eo ipso* zawadą przy wdechaniu i nie podlegają tem samem potrzebie usunięcia.

Przy wydychaniu powietrze przechodzi głównie przez przewód dolny i tylko przy silnym wydechu poczęści i przez średni. Dlatego też zmiany, wywołujące zwężenie dolnego przewodu, najwięcej utrudniają wydech. *St. Rudzki.*

Winternitz. **Kąpiele, jako źródło zakażenia.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 40). Doświadczenia Stroganowa i Stichera nad zakażeniem części rodnych, głównie pochwy, przez kąpiele, skłoniły autora do przeprowadzenia szeregu doświadczeń. W doświadczeniach swych kąpał on ciężarne przez 15 minut w silnym rozczynie eozyny, w rozczynie tuszu i mimo że cała skóra przybierała odpowiednie zabarwienie, przybłonek i wydzielina pochwy były bez zmian. W innych doświadczeniach dodawał do kąpieli 20—25 gramów węglanu litowego i następnie badał wydzielinę pochwy w spektroskopie, lecz i to dało wynik ujemny. Na podstawie tych doświadczeń przychodzi W. do przekonania, że płyn z kąpieli nie może dostawać się do pochwy, mimoto jednak należy zawsze do kąpieli używać wanien czystych, najlepiej metalowych, odkażonych wyskokiem; woda do kąpieli nawet dla tejsamej osoby powinna być na każdy raz świeża, a nadto, po kąpieli części rodne na nowo powinny być odkażone. *P.*

Dr. P. Müller. **Topografia wyrostka robaczkowego.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 27, 1901). Badania anatomiczne wykazują, że wyrostek robaczkowy w tem miejscu przyczepia się do kątnicy, w którem przecinają się trzy taśmy podłużne. W trudnych przypadkach operacyjnych można się tymi względami pokierować. W ostateczności wystarczy śledzenie wzdłuż środkowego pasma wolnego.

Herman.

Prof. v. Eiselsberg. **Przyczynek do techniki zeszywania podniebienia.** (*Archiv Langenbecka* T. 64, Z. 3). W przypadkach zwyczajnych posługuje się E. znaną metodą Langenbeck-Billrotha. Kiedy jednak rozszczep jest niezwykle szeroki, tak, że nie da się pokryć sposobem zwyczajnym, używa różnych metod improwizowanych. Nie wdając się w szczegółowe opisywanie, zaznaczamy, że 1) w jednym przypadku użył płata wyciętego z przedramienia; 2) w drugim dla pokrycia *uranocoloboma anticum duplex* użył błony śluzowej, zdjętej w płaszczyźnie czołowej z kości międzyszczękowej; 3) w trzecim przypadku dla pokrycia przodkowej połowy szerokiego rozszczepu posłużył się jednostronnym płatem błony śluzowej z kości lemieszowej; 4) w ostatnim wreszcie, gdzie istniało *uranocoloboma anticum* i równocześnie wpadnięty nos, użył małego palca do równoczesnego pokrycia otworu i uniesienia końca nosa. *Herman.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

20. Posiedzenie naukowe odbyło się w klinice chirurgicznej dnia 15 listopada 1901 r.

Przewodniczący kol. Sołowij, członków obecnych 48.

Kol. Przewodniczący na wstępie odczytuje list od Dr. Leona Nenckiego, w którym dziękuje za objawy współczucia i wzięcie udziału w uczczeniu tak wcześnie zgasłego św. p. Marcelego Nenckiego; dalej odczytuje okólnik c. k. Namiestnictwa z d. 23 X. 1901. L. 113510. w sprawie Kongresu lekarskiego w Kairze. (Szczegóły zjazdu są podane w Nr. 42 tygodnika »das österreichische Sanitätswesen«).

Kol. Rydygier okazuje zmiany i najnowsze urządzenia, które zaprowadził obecnie w swej klinice; zmiany te prowadzą do osiągnięcia możliwie dokładnej aseptyki: sal, przyrządów, narzędzi, a tem samem rąk operującego i pola operacyjnego.

Nowe urządzenia w sali dla laparotomii, sterylizacya wody zimnej do mycia rąk, zrobienie osobnego wejścia z ulicy do poczekalni dla chorych stanowią główną i najważniejszą część tych zarządzeń. W czasie zwiedzania urządzeń kol. R. udzielał objaśnień zgromadzonym, po zwiedzeniu zaś wywiązała się długotrwała dyskusya na temat, czy tak wspaniałe i dokładne urządzenia na klinikach w ogóle. nie odbierają ducha i nie onieśmielają lekarzy praktykujących w domach prywatnych, do przedsiębrania nawet najlżejszych zabiegów operacyjnych.

Sprawa ta może być z jednej strony niekorzystną dla pacyentów, a z drugiej znów strony odsełanie wszystkich prawie przypadków do klinik i głównych szpitali przeciąża je niepotrzebnie. Sprawę tę poruszył kol. Strojnowski; w dalszej dyskusyi przemawiali koledzy: Obtułowicz, Mars, Barącz, Wątorek, Kośmiński i Rydygier. Treścią ich przemówień było: że kliniki, będąc szkołą, muszą z postępem nauki ciągle postępować, muszą same mieć, wypróbowywać i uczniom wszelkie nowe przyrządy i ulepszenia pokazywać. Wpojenie zasad antyseptyki i aseptyki nie jest sprawą nauki, lecz przyzwyczajenia. Lekarz z wpojonemi zasadami bezwzględnej czystości nie wykroczy przeciw niej nigdy; pouczenie i zwrócenie uwagi, że można małymi i prostymi środkami nieraz tych celów dopiąć, jest obowiązkiem ciała nauczycielskiego. Sposób zaradzenia w przypadkach nagłych i nieprzyjaznych zawsze zależeć będzie od danych okoliczności, a przedewszystkiem od sprytu oryentacyjnego lekarza.

Kol. Herman przedstawił kobietę 60 l. z gruźlicą sutka prawego. — Naciek na powierzchni owrzodziały. Zakażenie miało powstać z powodu uszczypnięcia. — W sutku lewym świeże powierzchowne nacieki w skórze.

Kol. Rydygier przedstawił dziewczynkę 13 l., u której wykonał wycięcie kiszki stolcowej z powodu raka.

Kol. Ślęk przedstawił kobietę l. 27. z guzem wielkości głowy mężczyzny, umiejscowionym pod pachą lewą. Guz na podstawie nakłócia próbnego rozpoznano jako chłoniak.

Dr. Krzyszkowski, sekretarz.

V. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Dokończenie).

Sekcya higieniczno-demograficzna.

10. V. Růžička (Praga): **O higienicznej wartości płynów, używanych do płókania ust.** Działanie odkażające rozmaitych rozczynów, używanych do oczyszczenia jamy ustnej, sprowadza się prawie do zera, gdyż rozcieńczenie tych płynów jest zanadto znaczne i czas stykania się ich z błoną śluzową — za krótki. Oprócz tego żaden ze środków podanych, a zwykle do płókań używanych, nie rozpuszcza śluzu. Jedyne ich działanie jest odwaniające, pod którym to względem środki używane okazywały znaczne różnice. Najlepszym więc przetworem do odkażania jamy ustnej jest oczyszczanie mechaniczne.

11. Dr. B. Bouček (Podebrady) podnosi przeciążenie pracą młodzieży w szkołach normalnych, doprowadzające do przedwczesnego znużenia, zarzuca to samo szkołom średnim i wyższym; przedstawia rezolucyę, wzywającą rząd do zwołania ankiety pedagogów i lekarzy, którzyby się zastanawiali nad przytoczonymi zarzutami i zaproponowali odpowiednie reformy. Rezolucyę przyjęto.

12. Dr J. Elgart (Berno): **Zapobieganie ostrym chorobom wysypkowym w szkołach.** Szerzenie się zarazka tych chorób odbywa się najprawdopodobniej na drodze oddechowej i to najwięcej w pierwszym okresie choroby, w okresie nieżytów spojówek i przewodów oddechowych, oraz w okresie łuszczenia się naskórka. Dla tego trzeba zabronić uczęszczania do szkoły dzieciom już w pierwszym okresie, a nie dopiero w czasie wysypki. Nauczyciel powinien — zdaniem autora — odsyłać do domu każde dziecko z nieżytem spojówek lub zapal. gardła, w domu zaś lekarz rozstrzygnie o przyrodzie choroby. Tak samo trzeba trzymać ozdrowieńców przez dłuższy czas w domu i uważać, ażeby nawet poza szkołą dzieci także nie stykały się z zdrowymi. Ostatecznym środkiem dopiero powinno być zamknięcie szkoły.

13. Dr. V. Kleima (Praga): **Kolonie wakacyjne dla dziatwy w wielkich miastach.** Ujemny wpływ szkoły odbija się daleko więcej na dzieciach rodziców biednych, niż na dzieciach z rodzin majętnych, a ten znowu biedne dzieci prędzej znoszą po wsiach, aniżeli dzieci w takich samych stosunkach w mieście. Dowodem tego są badania (mierzenie) i zestawienia Dra Matiegki. Naprawę złego w tym kierunku obrały sobie za cel towarzystwa dla kolonij wakacyjnych. Badania hematologiczne, jakoteż doświadczenia nauczycieli wykazały, że kilkotygodniowy pobyt na wsi działa u takich dzieci nader pomyślnie. W Pradze istnieje towarzystwo podobne od r. 1892, (założone przez lekarza dra Medala), wysyłające co roku około 400 dzieci na wieś. Prelegent kończy wywody swoje, formułując je w kilku punktach i zachęca do jak najszerszego popierania wymienionego towarzystwa.

14. Arch. F. Velich (Praga): **Higiena w budowaniu szkół.**

15. Dr. Č. Klika (Praga): **Samogwałt w szkole.** Temat ten zasługuje na uwagę ze względu na znaczne rozpowszechnienie samogwałtu w szkołach w czasie dojrzewania płciowego, oraz ze względu na złe jego następstwa. Aby temu zapobiedz, należy starać się o wyrobienie silnego charakteru i woli u młodzieży, podnieść jej moralność wogóle i zaprowadzić ściślejszy nad nią nadzór. Nauczyciel powinien być poinformowany co do higieny płciowej, ażeby tem łatwiej mógł wykryć złe. Najwięcej poradziłby pod tym względem lekarz szkolny. W celu przeszkodzenia ciągle wzrastającej zmysłowości należałoby zarządzić pouczenie o sprawach płciowych, ażeby odwrócić umysł od własnego badania w tym kierunku. Publiczność zaś powinna wiedzieć o szkodliwych następstwach samogwałtu, zapomocą odpowiednich odczytów i broszur.

16. Doc. Stan. Růžička (Praga) **Pożądane reformy na polu higieny w naszem szkolnictwie.** Autor zebrał główne punkta w następującej rezolucyi: 1) O higienę w szkołach powinno się dbać w równym stopniu, jak o rozwój umysłowy i moralny. 2) Najodpowiedniejszym środkiem do tego celu jest uorganizowany nadzór higieniczny w szkołach, lekarze szkolni. 3) Gry gimnastyczne i spacery mają być objęte programem przedmiotów obowiązkowych i to nawet u dziewcząt. Naukę pewnych przedmiotów (hist. natur., fizyka, geografia ogólna itd.) powinno się odbywać również w otoczeniu przyrody. Do tego celu też mogą służyć wakacyjne wycieczki z młodzieżą. 4) W każdej szkole trzeba wypracować osobną instrukcyę dla osób, utrzymujących w nich czystość. 5) Najwyższą liczbę uczniów, przypadających na jednego nauczyciela, należy zmniejszyć do połowy, t. j. 40. 6) Podniesienie wykształcenia i stosunków społecznych nauczycieli. 7) Dokładna rewizya materyału naukowego i usunięcie rzeczy bez wartości praktycznej lub wychowawczej. 8) O ile to możebne stwarzać dla dzieci mniej pojętnych specyalne klasy lub szkoły z rozkładem odpowiednio zmienionym. Liczba uczniów powinna w klasach takich być małą (15). 9) Zaprowadzić od najniższych aż do najwyższej klasy w odpowiedniej formie naukę o ciele ludzkiem i jego pielęgnowaniu. Wprowadzenie w życie tych zasad poleca się rządowi, który powinien w tym celu przedewszystkiem zwołać ankietę pedagogów i lekarzy higieników.

17. J. Klenka, nauczyciel gimnastyki (Praga). **O fizycznem wychowaniu w szkołach.** Prelegent przemawia za szerszem uprawianiem gimnastyki i gier we wszystkich szkołach, za lepszem uorganizowaniem gimnastyki, za szerszem wykształceniem (w anatomii, fizyol., higienie i pedagog.) nauczycieli gimnastyki. Nadzór powinni wykonywać specyalni inspektorowie krajowi, w ministeryum zaś należy stworzyć zawodową radę ze specyalistów lekarzy i nauczycieli.

18. Kazásek, naucz. gimn. (Berno). **Szkoła i wychowanie fizyczne.** Autor wyraża zapatrywania i życzenia podobne, jak i prelegenci poprzedni. Żąda oprócz tego większego zainteresowania się fizycznym stanem młodzieży (oznaczanie różnych wymiarów ciała, oczu i włosów, stan zmysłów itd.) i wielką kładzie wagę na gry i sport, nawet poza szkołą.

19. Dr. A. Merhaut (Hlubočepy): **Znaczenie i działanie tłuszczu mlecznego w wieku dziecinnym i zmiany, którym ulega w mleku kobiety i mleku krowiem.** Na podstawie doświadczenia nabytego w własnym zakładzie wyrobu mleka dla osesków i na podstawie spostrzeżeń klinicznych autor wnosi: Tłuszcze mleka są substancyą odżywczą, niezbędną dla dziecka i nie można ich zastąpić niczem innem. Wpływają one też na uregulowanie stolca. Tłuszcze mleka krowiego różnią się o tyle od tłuszczu mleka kobiecego, że pierwsze zawierają więcej kwasów tłuszczowych lotnych (kw. masłowego). Ilość kwasów tych zależną jest od sposobu karmienia krów i od stanu ich wogóle. Dotychczasowy sposób sztucznego żywienia dzieci rozcieńczonem mlekiem krowiem jest niewystarczający, gdyż dziecku potrzeba przynajmniej 1·5% tłuszczu

na 1% białka w mleku, ażeby uniknąć zaparcia stolca. Większa zawartość zaś tłuszczu wywołuje biegunki. U noworodków i dzieci z chorobami przewodu pokarm. natomiast stosować trzeba mleko w tłuszcz ubogie (1·25% tł. na 1% białka), t. zn. zwykle mleko zbierane i wodą rozcieńczane. Jeżeli stan chorobowy, w którym dzieci nieznoszą mleka tłustego, trwa dłużej, trzeba dodawać substancyj ułatwiających trawienie (wody wapiennej, soli kuchennej, skrobi z małym odsetkiem soli potasowych, np. mączka jęczmienna lub ryżowa).

20. O. Laxa (Praga) **O przechowywaniu mleka.** Przeciw sposobom chemicznym przechowywania mleka można podnieść liczne zarzuty. Wyjątek stanowi ozon, którego działanie autor bliżej badał. Jednak niszczy on zarazki tylko w nieznacznej mierze, a resztę osłabia tylko do tego stopnia, że kiśnienie mleka przy 30° przydłuża się o 2 dni. W praktyce sposobu tego zastosować nie można, gdyż mleko nabiera przy nim nieprzyjemnej woni i smaku. Prąd elektryczny nie nadaje się do tego celu dla tego, że białko szybko się ścina i mleko ulega rozkładowi. Pozostaje najprostszy i najlepszy sposób dotychczasowy: kombinacya ogrzewania i chłodzenia mleka, jako środek, zapomocą którego mleko utrzymuje się najdłużej w stanie odpowiadającym wymaganiom higienicznym.

21. Mnc. F. Davidović-Marusić (Omiš-Almissa) **O leczeniu ludowem w Dalmacyi.**

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie

z II-go Zjazdu lekarzy okręgowych z dnia 23 listopada 1901 r. we Lwowie.

Pomimo równocześnie ogłoszonego Zgromadzenia Tow. Samopomocy lek. w Krakowie i większego zajęcia jesiennego lekarzy, zebranie lekarzy okręgowych było licznem. Mniej dopisali lekarze zachodniej części kraju. Ze zaproszonych gości brali udział: JWny Pan Radca Dworu Dr. Merunowicz, Radca Dr. Festenburg, Radca Dr. Borzycki, Prof. Dr. Mars poseł na sejm krajowy, Radca Dr. Stella Sawicki zastępca członka Wydziału krajowego, poseł na Sejm krajowy JWny Sękowski i sekretarz Wydziału krajowego Wny Pan Słomkowski.

Posiedzenie zagaja Dr. Natter i proponuje na prezesów honorowych Zjazdu obecnych gości, co zgromadzeni przez aklamacyę przyjmują, na sekretarzy zaś powołuje Dra Ustrzyckiego i Dra Zasackiego.

Dr. Natter, powołany jednogłośnie na przewodniczącego, wyraża w gorących słowach podziękowanie imieniem lekarzy okręgowych przedstawicielom Wysokich Władz, a w szczególności JWnemu Panu Radcy Dworu Drowi Merunowiczowi za niezwykle gorliwe, pełne wyrozumiałości i ochotne do wytężającej pracy starania dotychczasowe w celu poprawienia istniejących usterek ustawy dla służby zdrowia z r. 1891, zmierzającego równocześnie do umożliwienia sytuacyi lekarzy tej instytucyi.

Następnie podaje do wiadomości, że komitet, wybrany na I. Zjeździe, wywiązał się możliwie należycie ze swego zadania, pomimo bardzo trudnego położenia. Przedłożył bowiem władzom wyczerpujące zestawienie uchwał Zjazdu, umotywowanych rozległemi wyjaśnieniami, a mianowicie do Wys. Sejmu, c. k. Namiestnictwa i Wydziału krajowego w poszczególnych obszernych podaniach. Podania te na żądanie ogółu odczytano, na zapytanie przewodniczącego, nikt nad tem sprawozdaniem ani głosu nie zabierał, ani wniosków nowych nie stawiał, całość jednogłośnie do wiadomości przyjęto. Tutaj wspomina przewodniczący, że prócz tych podań, nie omieszkali członkowie Komitetu podawać wyjaśniające artykuły bądź to w »Przegl. lek.« bądź też w pismach codziennych, z zachowaniem zawsze etyki i powagi stanu. Potem zabrał głos Radca Dworu Dr. Merunowicz i nadmienił, że obecnie opracowuje się już projekt zmiany ustawy z dnia 2 lutego 1891 z uwzględnieniem wielu postulatów lekarzy okręgowych, a nadto zmierza do praktycznego zastosowania służby zdrowia dla dobra społeczeństwa i kraju.

Następnie zastępca Członka Wydziału krajowego i poseł na Sejm, Wp. Sękowski w przemówieniu swem zapewnia, że staraniem jego będzie popierać w sferach miarodajnych wszelkie usprawiedliwione i słuszne żądania lekarzy okręgowych.

Gdy zresztą nikt więcej w dyskusyi głosu nie zabierał, zgromadzeni na wniosek kol. Cieszewskiego uchwalili podziękowanie niestrudzonemu i pełnemu poświęcenia w akcyi komitetowi, wybierając i delegując go nadal do wytkniętego działania

Przewodniczący: *Dr. Natter.*

Sekretarze: *Dr. Ustrzycki.* *Dr. Zasacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 grudnia.

* Dnia 30 listopada Czeska Akademia umiejętności zamianowała Dra Tadeusza Browicza, profesora Uniw. Jagiell. członkiem czynnym zagranicznym. Zaszczytne to odznaczenie zeszło się z rocznicą 25-letniej działalności naukowej i nauczycielskiej czcigodnego profesora, a obie te okoliczności nastręczyły sposobność obecnym słuchaczom jubilata do wypowiedzenia mu szczerych uczuć wdzięczności w zaimprowizowanym obchodzie jubileuszowym. Wieść o zamierzonej przez młodzież owacyi przedostała się w ostatniej chwili poza obręb szlachetnej zmowy. O zwykłej godzinie wykładowej wypełnił się amfiteatr słuchaczami obojej płci, byłymi jego uczniami, oraz kolegami na różnych polach różnorodnej pracy jubilata. Wchodzącego na salę prof. Browicza powitał chór kantatą, poczem nastąpiły przemówienia: akademika Schalita w imieniu ogółu słuchaczy; prof. Nowaka w imieniu ściślejszego grona byłych uczniów i pomocników; akademika Rzegocińskiego w imieniu Towarzystwa Biblioteki słuchaczów medycyny; dziekana prof. Wachholza w imieniu grona profesorów Wydziału lekarskiego; prof Kostaneckiego w imieniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego; wreszcie prof. Kreutza w imieniu Akademii Umiejętności.

Prof. Browicz wyraził wdzięczność wszystkim za tę serdeczną owacyę i za wypowiedziane powinszowania i życzenia, a zakończył wzniosłym zwrotem do młodzieży.

Wielka liczba otrzymanych telegramów jest miarą znaczenia prof. Browicza w świecie naukowo-lekarskim: prócz depesz z Warszawy, Lwowa, Poznania, Częstochowy i t. d. i t. d. złożyli swe życzenia: Chodounský z Pragi, Ziegler z Fryburga, Weigert z Frankfurtu, Weichselbaum z Wiednia, Eppinger z Gracu, Orth z Getyngi, Renaut z Lugdunu, Prenant z Nancy, Ponfick z Wrocławia i t. d.

Rzadko zdarza się uroczystość tego rodzaju z tak wybitnym akcentem szczerości i prawdy: nie było tu komitetu i szastania się wyfrakowanych komitetowców; nie było egzotycznej zieleni, biustu, porządkowo ponumerowanych mowców; szerokiem za to łożyskiem płynął samorzutny strumień świadomych, jak kwiat polny prostych uczuć. Cała ta piękna owacya nie miała nic w sobie sztucznego, „robionego“, a przedziwnie została zastosowana do znanej skromności i poważnej prostoty czcigodnego jubilata.

Redakcya „Przeglądu lekarskiego“ od szeregu lat ma zaszczyt zaliczania prof. Browicza do swego grona. Od wystąpienia na arenę naukową umieszcza on stale swe prace na łamach naszego czasopisma, a wytrawnem i światłem zdaniem wspiera usiłowania Komisyi redakcyjnej. Kierowana głęboko odczutą wdzięcznością Redakcya „Przeglądu lek.“ podziela z całego serca ogólną radość z powodu odznaczenia profesora Browicza przez Akademię pokrewnego narodu, a w 25-tą rocznicę działalności jego naukowej i nauczycielskiej składa mu serdeczne życzenia, oby w dobrem zdrowiu, z szczerym, jak do tej pory, zapałem do badania naukowego, świecił nam w najdłuższe lata jako wzór poważnego badacza i nieskazitelnego człowieka.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło d. wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem miało miejsce przedstawienie preparatów ana-

tomicznych, w czem brali udział koledzy: dr. Gliński, dr. Nowotny, prof. Ciechanowski, prof. Pieniążek, doc. Bochenek, i prof. Kostanecki. Następnie odbyła się dyskusya nad odczytem doc. Siedleckiego »O malaryi«, w której wzięli udział: dr. Kędzior, dr. Latkowski i doc. Siedlecki.

* Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie dnia 23 listopada. Na innem miejscu zdajemy sprawę z tego zgromadzenia. Godzi się zauważyć, że obrady na tym Zjeździe miały wszelką cechę dyskusyi poważnej i przedmiotowej, a trudnoby było nam uwierzyć, ażeby postulaty lekarzy okręgowych nie uzyskały uwzględnienia władzy, tak są słuszne i sprawiedliwe.

* Zwracamy uwagę czytelników »Przeglądu lek.« na dzisiejsze ogłoszenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, dotyczące sprawy wydzierżawienia Morszyna Już ze względu na to, że Morszyn jest własnością Towarzystwa lekarzy galicyjskich, los tego uzdrowiska nie może być obcy żadnemu lekarzowi w Galicyi.

* Kalendarz lekarski na rok 1902, ułożony przez Dra Edwarda Grażyńskiego, opuścił prasę. Kształt, papier, druk, a w szczególności treść informacyjna, zalecają to wydawnictwo, które bezpowrotnie wyrugowało od nas kalendarze niemieckie, będące przed laty w powszechnem niemal użyciu. W nowym kalendarzu, obok licznych drobnych uzupełnień, znajdą czytelnicy zupełnie nowy dział, „Choroby uszne«, oraz nowy wymiar należytości przypadających lekarzom i weterynarzom za czynności sądowo-lekarskie.

* Sprawozdania Biura statystycznego miasta Krakowa Tydzień XLV (od 3 do 9—XI). Liczba mieszkanców 91.323; urodziło się dzieci 40; zawarto małżeństw 30; zmarło osób 51; z gruźlicy zmarło 8 (3 zamiejscowych), z dławca i błonicy 2 (1 zamiejscowy), z płonicy 8 (2 zamiejscowych), z odry 8 (1 zamiejscowy), z gorączki połogowej 1.

Tydzień XLVI (od 10 do 16—XI). Urodziło się 50, zawarto małżeństw 18, zmarło 49; z gruźlicy zmarło 11 (4 zamiejscowych), z dławca i błonicy 2 (zamiejscowi), z płonicy 4, z odry 4, z duru brzusznego 1 (zamiejscowy).

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego postanowił przesłać ministrowi oświaty do zatwierdzenia swoją uchwałę, nadającą *veniam legendi* doktorom: Romanowi Renckiemu, Juliuszowi Marischlerowi i Adamowi Szulisławskiemu, — pierwszym dwom z zakresu medycyny wewnętrznej, trzeciemu z okulistyki.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim otrzymał Zdzisław Konstanty Czaplicki, rodem z Warszawy.

* Dr. Jan Semerád wydał w ciągu dalszym dwa zeszyty »Słowiańskiej biblioteki lekarskiej« (Rocznik II, zeszyt I i II za pierwsze dwa kwartały b. r.). Publikacya ta Dra Semeráda odznacza się, jak i poprzednie, sumiennem i wyczerpującem opracowaniem i jest wielką zasługą benedyktyńskiej pracy autora.

* Spostrzeżenia lekarzy angielskich o wzmagającej się stale liczbie chorych na raka zostało potwierdzone i w Niemczech przez osobny komitet, wybrany do badania tego nowotworu.

* Dr. Powell, lekarz w Bombayu, na podstawie ścisłej statystyki i zestawienia wszelkich względów i okoliczności ubocznych utrzymuje, że obrzezani zapadają na kiłę o $1^1/_2$ raza rzadziej, niż nieobrzezani. Nie przypominamy, ażeby u nas tego rodzaju zestawienie było robione; możebnem by ono było chyba tylko w wielkich szpitalach wojskowych.

* Nagrodę amerykańską za najlepszą pracę o padaczce, komitet, do którego należeli Jacoby, Pearce, Bailey i Ira von Gieson, przyznał prof. Carlo Ceni w Padwie. Rozprawa jego »Leczenie padaczki surowicą» wkrótce zostanie ogłoszoną.

Nową nagrodę, w kwocie 200 funtów szterl. przyzna komitet za pracę nigdzie niedrukowaną. a stanowiącą przyczynek do patologii i terapii padaczki. Ostateczny termin złożenia pracy oznaczył komitet na dzień 30 września 1902 r. Rękopisy należy adresować do Dra Fryderyka Petersona *(New York, 4 West 50 th Street).*

Mianowania i odznaczenia. Docent Barlow mianowany został prof. nadzwyczajnym dermatologii w Monachium. Dr. Czerniachowski mianowany prof. nadzwyczajnym teoretycznej chirurgii w Warszawie.

Nekrologia. Zmarli: kierownik kliniki lekarskiej prof. Liebermeister zmarł w Tybindze, licząc lat 69. W Giessen zmarł dyrektor kliniki ginekologicznej prof. Löhlein, w 54 roku życia.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 48. Biro: O padaczce (c. d.). Endelman: Przyczynek do kazuistyki i anatomii patologicznej t. zw. podkosmówkowych krwawiaków. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Ołtuszewskiego: Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy. Monsiorski: Samoistne pęknięcie pępowiny przy porodzie w pozycyi poziomej. Szayerowicz: Dwa przypadki pęknięcia sklepienia pochwy podczas porodu. Malinowski: Zatrucie ortoformem.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Babák: Pojem biologie (c. d.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikálni léčeni ischurie při zbytněni předstojnice. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 95 Budin: Nauczanie położnictwa w Paryżu. Desfosses: Jak należy wydobyć wbity do palca kawałek igły?

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48 Schopf: Zranienie szyjnej części przewodu piersiowego. Pupovac: Przyczynek do kazuistyki i do leczenia bąblowca, zwłaszcza bąblowca nerek. Jeney: Przyczynek do patologii i leczenia wgłobienia jelit. Blum: Przypadek torbiela krezkowego ze skręceniem jelita cienkiego. Freund: Przyrząd do chirurgicznego szycia. Moszkowicz: Prosty sposób ustalenia cewnika załogowego *(à demenre).*

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 48. Rozpoznawcza ocena spraw zapalnych, występujących w jelicie ślepem i wyrostku robaczkowym. Lindner: Przyczynek do chirurgii nerek. Flockemann: O korzystnym wpływie leczenia przetworami jajnika na objawy nerwowo-mózgowe u kobiet wytrzebionych. Wolff: Zatrucie krwi i amputacya. Marckwald: Przypadek nagminnej czerwonki u płodu. Kruse: Rak i zimnica. Kuhn: Tężec po wstrzyknięciu żelatyny. Selo: Przypadek zatrucia atropiną.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 48. Koch: O aglutynacyi prątków gruźliczych i o zużytkowaniu tej aglutynacyi. Friedberg: O substancyi bakteryjnej, zawartej w prawidłowej surowicy koziej Curschmann: Medycyna i żegluga. (c. d.). Plehn: O praktycznym wyniku nowoczesnego badania zimnicy i niektóre dalsze zadania tego badania Lesser: O jednoczesnem stosowaniu leczniczem rtęci i przetworów jodowych (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Lexer: O ranach brzucha. Greff: Przyczynek historyczny do wynalazku zwierciadła ocznego: Thorner: Nowe stereoskopijne zwierciadło oczne. Kiss: O wartości nowej metody badania w celu oznaczenia niewydolności nerek (dok.). Korányi: Dyskusya nad umiejętną podstawą klinicznej kryoskopii. Zuelzer: Przyczynek do sprawy cukrzycy nadnerczynowej. Rosenau: Monte Carlo jako stacya zimowa.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 11 grudnia, o godz. 6 wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. K. Klecki mówić będzie „O cytotoksynach“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty.

Opracowali:
Część anatomiczną Dr. J. Krzyszkowski.
Część kliniczną Doc. Dr. J. Wiczkowski.

II. Część kliniczna.

Z oddziału wewnętrznego II. Szpitala krajowego we Lwowie.

Już sam tętniak tętnicy płucnej jest nader rzadkiem zboczeniem, a przytem trudnem do rozpoznania. Wielu klinicystów tej miary, jak Oppolzer, Traube, Frerichs, Dietl nie napotykali go w swej praktyce, a tylko kilku, jak Hope, Skoda, Gilewski rozpoznało go za życia. Jeszcze rzadziej występuje tętniak w towarzystwie otwartego przewodu Botala. Obowiązkiem więc moim było przypadek mój podać do wiadomości zwłaszcza, że zaraz przy pierwszem badaniu uznałem go za nader rzadki i trudny do rozpoznania, a przeto śledziłem cały przebieg choroby aż do śmierci wszechstronnie i z całą ścisłością, a nadto była daną sposobność do naukowej sekcyi.

W krótkości przedstawię historyę choroby. M. J., l. 17., wolna, z zawodu służąca, zgłosiła się na mój oddział 6 grudnia 1900 r., skarżąc się na kaszel z obfitą plwociną, na kłócie po stronie prawej klatki piersiowej, dalej — na gorączkę, nocne poty i na brak łaknienia. Wypróżnienia mają być regularne, miesiączka prawidłowa. Choroba ta gorączkowa miała się rozpocząć przed trzema tygodniami; bliższych jednak szczegółów trudno się dowiedzieć od chorej małomownej i słabo rozwiniętej umysłowo. To jednak pewne, że nie przebywała w ostatnich latach żadnej choroby gorączkowej i nie cierpiała na gościec stawowy.

Badanie uskutecznione nazajutrz wykazało: budowa kośćca dobra bez żadnych zboczeń, odżywienie średnie, cera twarzy blada, brak sinicy, źrenice równe, dobrze oddziaływujące na światło. Gruczoły nigdzie nie powiększone, żyły szyjne nie rozszerzone, tętnienia w dołku szyjnym niema.

Budowa klatki piersiowej dobra, wybitnego wypuklenia po stronie lewej w okolicy serca niema. Nad szczytem prawego płuca z przodu odgłos wypukowy krótszy, zresztą po prawej z przodu prawidłowo jawny; szmery oddechowe w miejscu przytłumienia zaostrzone pęcherzykowe. Z tyłu w obu szczytach odgłos wypukowy krótszy, tam wdech zaostrzony, wydech prawie oskrzelowy. Po lewej stronie u dołu odgłos wypukowy bębenkowy, tarcie opłucnowe, szmery oddechowe osłabione. Uderzenie koniuszkowe serca daje się widzieć i wymacać w piątym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej lewej; w dołku podsercowym tylko lekkie wstrząśnienie. Stłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się od 3-go żebra, ku stronie prawej sięga do linii przymostkowej lewej, ku stronie lewej — do linii sutkowej. Pierwszy ton nad uderzeniem koniuszkowem serca nieczysty, w drugiem międzyżebrzu lewem tuż przy mostku zamiast tonu szmer skurczowy ostry, trący, drugi ton niezwykle silnie zaakcentowany. Szmer skurczowy słychać nad rękojeścią mostka jako udzielony, a więc słabszy; również nad tętnicami dogłowowemi, silniej po stronie lewej aniżeli po prawej, brak zaś drugiego tonu. Nad tętnicą główną, nad dolną połową mostka słychać tylko dwa tony czyste. Tętnica sprychowa miernie napięta, tętno miarowe, jednoczesne po obu stronach — między 90 a 100 uderzeń na minutę. Ciepłota podniesiona, jak to widać na załączonej tablicy.

Ciepłota. 5a

Dzień	g. 7 r.	11 pop.	1	3 pop.	5	7 w.	Dzień	g. 7 r.	11	1 pop.	3 pop.	5	7 w.
12 Grudnia	37·0	38·1	39·0	39·2	—	39·0	5 Stycznia	39·0	38·4	—	38·2	—	38·7
13 »	37·8	38·6	—	39·0	38·9	39·1	6 »	38·4	—	—	38·0	38·0	39·0
14 »	38·0	—	38·4	39·0	—	38·7	7 »	38·0	38·0	—	39·0	38·7	39·0
15 »	38·2	39·0	—	39·2	39·4	40·6	8 »	39·5	39·7	—	39·9	—	38·8
16 »	38·0	38·2	—	—	39·5	—	9 »	38·0	—	38·4	38·7	—	—
17 »	38·2	38·4	—	39·0	39·1	—	10 »	38·2	38·6	—	39·0	—	—
18 »	38·1	—	—	38·8	—	39·0	11 »	38·0	38·3	—	39·0	—	39·6
19 »	39·6	38·7	—	38·0	38·4	—	12 »	38·2	—	38·0	38·4	—	39·0
20 »	37·7	—	—	39·0	39·0	—	13 »	39·0	39·1	—	38·9	—	38·6
21 »	38·6	40·2	—	40·1	—	39·6	14 »	38·3	38·6	—	38·0	38·7	39·0
22 »	38·7	39·0	—	39·6	39·8	—	15 »	37·8	38·0	—	38·6	—	38·4
23 »	38·7	38·0	—	—	39·5	—	16 »	38·0	—	—	38·0	38·2	—
24 »	37·7	38·0	—	38·0	40·2	—	17 »	38·0	38·4	—	—	38·7	38·2
25 »	38·0	—	—	39·6	40·0	—	18 »	38·1	—	38·1	38·0	38·6	—
26 »	38·7	—	39·5	—	40·0	39·1	19 »	37·7	38·0	—	39·0	39·2	—
27 »	38·0	38·6	40·0	40·0	40·0	39·5	20 »	37·3	37·9	—	39·0	—	39·4
28 »	37·7	37·5	38·0	39·2	39·9	38·7	21 »	38·0	—	—	38·4	38·9	—
29 »	37·6	37·7	37·9	39·0	39·6	40·3	22 »	38·1	38·2	—	38·0	—	—
30 »	39·0	39·7	37·7	39·0	39·0	40·4	23 »	38·0	38·4	—	38·7	38·9	—
31 »	38·2	38·6	—	39·0	—	39·1	24 »	38·6	—	—	38·0	38·4	—
1 Stycz. 1901	38·4	38·7	—	39·0	39·2	39·0	25 »	37·8	—	—	38·0	38·8	—
2 Stycznia	38·4	38·6	—	39·0	39·4	39·0	26 »	38·2	—	38·4	38·0	38·1	—
3 »	38·1	38·0	38·4	38·7	39·0	38·7	27 »	38·0	—	—	38·0	—	—
4 »	38·7	38·0	38·4	39·0	39·0	38·5	28 »	37·9	—	38·0	38·2	—	—

Ani wątroba, ani śledziona — nie macalna, nie powiększona. Brzuch miernie wzdęty, nigdzie nie można na nim wykazać większego oporu.

Mocz w ilości około 1000 cent. sześć., barwy winowej odziaływania kwaśnego, ciężar gatunkowy 1.026 - 1.028; nie zawiera ani białka, ani cukru, urochrom i uroksantyna w ilości nieco zwiększonej, fosforany ziem w ilości zmniejszonej, fosforany potasowców, siarkany i chlorki w ilości prawidłowej. W osadzie nieliczne leukocyty, przybłonek brukowy pojedynczo i w całych płatach, śluz przeważnie pod postacią cylindroidów. Badanie osadu na gonokoki rzeżączkowe dało wynik ujemny.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko ważniejsze szczegóły. Sinicy na twarzy nie było, wystąpiła dopiero na kilka dni przed końcem życia. Twarz mimo wysokiej prawie ciągłej gorączki była pogodną, nie zdradzała większego cierpienia. W narządzie oddechowym obraz chorobowy zmieniał się ciągle na gorsze; albowiem w różnych miejscach występowały objawy zapalenia opłucnej, potem liczne rzężenia średnio- i drobnobańkowe, dźwięczne i wilgotne przy odpowiednich zmianach wypukowych i to najczęściej w większych lub w mniejszych ogniskach. Na dwa tygodnie przed śmiercią takie większe ognisko dało się wykazać u dołu z tyłu po stronie lewej, gdzie najpierw objawiło się tarcie opłucnowe, potem wystąpiły liczne rzężenia średnio- i drobnobańkowe, dość dźwięczne, przy coraz to więcej wzmagającem się stłumieniu odgłosu wypukowego. Ognisko to zwolna posuwało się ku górze, zlewało się z innemi tak, że wreszcie cała prawie lewa strona płuc z tyłu była chorobowo zajęta wśród objawów powyżej nadmienionych. Także i po prawej stronie płuc podobne ogniska wśród podobnych objawów występowały. Naturalnie kaszel ciągle się wzmagał i ten chorej najwięcej dokuczał; był też przedmiotem ciągłych użaleń się z jej strony. Plwociny były przez cały czas choroby śluzowo-ropne, bez domieszki krwi. Badanie plwocin, kilkakrotnie przedsiębrane celem wykrycia prątków gruźliczych lub innych swoistych drobnoustrojów, dawało zawsze wynik ujemny. Dwa dni przed śmiercią plwociny były żywo krwawoczerwono zabarwione. Mimo tak wybitnych zmian w płucach, mimo zajęcia tak znacznej ich przestrzeni, duszności u chorej nigdy nie zauważyłem. Stłumienie serca utrzymywało się długo w granicach wyżej nakreślonych; dopiero w trzecim tygodniu pobytu w szpitalu (26 grudnia r. 1900) stwierdziłem po raz pierwszy, że stłumienie po lewej stronie od góry poczyna się od obojczyka i przebiega wązkim pasem na szerokość dwu palców tuż przy mostku do trzeciego żebra, gdzie zlewa się ze stłumieniem, pochodzącem od serca. Stłumienie to w kształcie pasma zmienia swe rozmiary przy głębokiem oddechaniu na dowód, że nie pochodzi od nacieku brzegów płuc, lub z powodu ich ściągnięcia się. Równocześnie zauważyłem tętnienie w dołku szyjnym. Rozmiary serca na zewnątrz sięgały stale do linii sutkowej, a na wewnątrz w końcowych tygodniach dochodziły do linii mostkowej środkowej. Tętnienie w dołku podsercowym zawsze bardzo nieznaczne. Przysłuch okazywał najwybitniejsze zmiany. W okolicy osłuchiwania tętnicy płucnej utrzymywał się stale bardzo wybitny, trący szmer skurczowy, który się wzmagał co do natężenia, a drugi ton stawał się coraz więcej zaakcentowany. Wstrząśnienie i podnoszenie się w okolicy drugiego i trzeciego przestworu międzyżebrowego było nieznaczne. Tętno stawało się słabsze, częstsze, zawsze jednak było jednoczesne i równo nasilone na obu tętnicach sprychowych. Ciepłota była prawie stale wysoką i do 40° C. dochodzącą; kilkakrotnie tylko zauważyłem dreszcze, potów nigdy nie było. Wątroba i śledziona pod koniec życia nieco się powiększyły. Nie było ani wolnego płynu w jamie brzusznej, ani obrzęku na kończynach. W moczu pojawił się ślad białka równocześnie z osłabieniem mięśnia sercowego. Stan ogólny chorej mimo tak ciężkiego przebiegu choroby był wcale zadowalniający; jedynie kaszel bardzo chorej dokuczał, zresztą zachowywała się swobodnie, chodziła po sali, dopiero na dwa dni przed śmiercią wystąpiła znaczna duszność i krwotok płucny, które położyły kres życiu. Żałuję, że nie zdjęto obrazu Roentgenowskiego, jak tego sobie życzyłem, lecz niepodobna było chorą gorączkującą w zimie przewozić do oddalonego zakładu Roentgenowskiego. Leczenie naturalnie było objawowe, a więc i środki, działające na serce, i środki przeciwgorączkowe. Te ostatnie pozostawały bez wpływu. Zastosowywałem surowicę Marmorka w wielkiej ilości, przypuszczając, że sprawa gorączkowa w płucach możliwie pochodzi od zakażenia paciorkowcami, pochodzącymi z narządu krążenia, jednak z wynikiem ujemnym.

Aby pochwycić wątek myśli dyagnostycznych, zreasumujemy cechujące objawy, które mają rozświetlić istotną przyrodę choroby. Już na pierwszy rzut oka uderza w naszym przypadku łączność objawów ze strony dwu narządów, — narządu krążenia i narządu oddechania. W narządzie krążenia są następujące zmiany cechujące: wybitny piłujący szmer skurczowy, słyszalny najwyraźniej w drugim i w trzecim przestworze międzyżebrowym i przenoszący się więcej na lewą, niż prawą stronę, przechodzący do tętnic dogłowowych, silniej do lewej; nad uderzeniem koniuszkowem pierwszy ton bez szmeru, tylko nieczysty; drugi ton w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej silnie zaakcentowany, wzmagający się z przebiegiem choroby. Zresztą nad innemi ujściami tony czyste. Stłumienie pasmowe poczyna się po lewej stronie mostka od obojczyka i tuż przy mostku dochodzi do 3-go żebra, gdzie się zlewa ze stłumieniem serca, które jest rozmiarów prawie prawidłowych, czyli brak przerostu i rozszerzenia komórki prawej i lewej, oraz brak wybitnych zastoin w zakresie krążenia wielkiego. W okolicy 2-go i 3-go żebra lekkie wstrząśnienie widzialne i wyczuwalne. W narządzie oddechania, a mianowicie w płucach, wybitne zmiany, lecz nie zastoinowe, tylko pod postacią ognisk zapalnych, zlewających się ze sobą, a cała ta sprawa toczyła się wśród wysokiej prawie ciągłej gorączki, przeplatanej tylko od czasu do czasu dreszczami.

Zboczenia powyższe w płucach i w sercu wzmagały się równolegle.

Jakkolwiek zaraz przy pierwszem badaniu chorej uwaga moja była zwróconą na tętnicę płucną, jako na główne źródło choroby, to przecież wolałem się rozglądnąć za innemi zwykłemi zmianami w sercu, gdyż zboczenia w tętnicy płucnej należą do rzadkich. Najpierw więc myśleć należało o niedomykalności zastawki dwukończystej. Wprawdzie nad uderzeniem koniuszkowem serca tylko nieczysty I. ton, — lecz wydarzyć się może (Naunyn), że rozszerzony i przerosły przedsionek lewy, wraz ze swem uszkiem, które obejmuje pień tętnicy płucnej od tyłu ku przodowi, przybliży się do ściany klatki piersiowej po stronie lewej właśnie w II. przestworze międzyżebrowym; a ponieważ kierunek fali cofającej się krwi jest właśnie skierowany ku przod-

sionkowi i uszu lewemu, przeto w tem miejscu może wystąpić obok stłumienia także i tętnienie, równoczesne ze skurczem serca, a szmer skurczowy może tutaj wybitniej wystąpić, aniżeli nad koniuszkiem serca, a niekiedy jedynie w tem miejscu jest słyszalny. Jednakowoż niemożliwą było rzeczą wytłómaczyć sobie, dlaczego aż do końca życia nie było znaczniejszego przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a tem samem dlaczego brak przekrwienia i zastoin w krążeniu wielkiem, i jak właśnie można uzasadnić, silne zaostrzenie II. tonu nad tętnicą płucną przy braku znaczniejszego przerostu komórki prawej, chociażby drugi warunek tego zaostrzenia, t. j. rozszerzenie tętnicy płucnej, mógł znaleźć wytłómaczenie w stłumieniu przebiegającem przy mostku. Natomiast zmiany w płucach, choć tak nietypowo występowały, mogły wzbudzić podejrzenie na zawały krwawe, które się tak względnie często wydarzają w przebiegu niedomykalności zastawki dwudzielnej. Zresztą przeciw temu rozpoznaniu przemawiała obecność szmeru skurczowego w tętnicach dogłowowych, jakość tętna i niezwykle wysoki i długi stan gorączkowy.

Z analogii do spraw zapalnych w tętnicy głównej (Potain, Brouardel, Guttman, Leyden, Gluziński i inni) nasuwała się myśl rozpoznawania zapalenia tętnicy płucnej *(endarteritis arteriae pulmonalis)* z tworzeniem się złogów skrzepowych i z następowem zaczopowaniem rozgałęzień tętnic płucnych. W tem oświetleniu wyjaśniała się sprawa płucna; szmer zaś skurczowy mogła wywołać sama sprawa zapalna w tętnicy płucnej (podobnie jak w zapaleniu tętnicy głównej szmer skurczowy nad mostkiem — Gluziński). Trudniej było przypuścić, aby sprawa zapalna przesunęła się na zastawki tętnicy płucnej i wywołała zwężenie ujścia; lecz i w tym razie byłby II ton nad tętnicą płucną osłabiony, a nie wzmocniony; aczkolwiek przy zwężeniu ujścia tętniczego prawego może być II. ton nawet silnie zaostrzony, lecz tylko przy wrodzonej tej wadzie zastawkowej, gdyż zwykle jej towarzyszy druga, która właściwie rodzi II. ton wzmocniony, t. j. otwarty przewód Botala.

Wiadomo jednak, że schorzenia tętnicy płucnej wydarzają się nadzwyczaj rzadko. W szeregu co do częstości tych zboczeń stawiają Rokitansky i Huchard tętnicę płucną prawie na końcu. Przeglądając piśmiennictwo tego przedmiotu widzi się, jak chętnie autorowie czynią zmiany w tętnicy płucnej zależnemi od równocześnie napotykanych zboczeń w sercu, najczęściej od niedomykalności zastawki dwukończystej i od zwężenia ujścia żylnego lewego. Tymczasem tak dużo zboczeń i w zastawkach i w samem sercu i prawej i lewej komorze, a tak rzadko napotyka się zmiany w tętnicy płucnej. Natomiast właśnie piśmiennictwo nas poucza, że zboczenia w tętnicy płucnej i samodzielnie występują, jakby to mogło być i w naszym przypadku.

Ostatecznie i przy tem rozpoznaniu nie mogłem pozostać, gdyż objawy spostrzegane przemawiały w równej mierze za otwartym przewodem Botala. Był szmer skurczowy i drugi ton silnie zaostrzony w miejscu osłuchiwania tętnicy płucnej; szmer skurczowy przenosił się do tętnic dogłowowych, silniej do lewej, aniżeli do prawej; było pasmowe stłumienie wzdłuż mostka, poczynające się od obojczyka; brak był tylko znaczniejszego przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a więc i znaczniejszego wstrząśnienia w dołku podsercowym.

Mniej podstaw było do rozpoznania tętniaka tętnicy płucnej, a jednak przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba było o tem zboczeniu pomyśleć, głównie na podstawie dwu objawów, t. j. stłumienia i wstrząśnienia w II i III przestworze międzyżebrowym lewym, jakoteż szmeru skurczowego w temże miejscu.

Z samego umiejscowienia stłumienia nie można podawać rozpoznania ścisłego; np. w przypadku Starka tętniak tętnicy płucnej usadowił się pod mostkiem i w prawej połowie klatki piersiowej, a dosięgnąwszy niezwykłych rozmiarów, oddzielił chrząstki od żeber czwartego i piątego i w ten sposób wydobył się na zewnątrz klatki piersiowej. Z drugiej znów strony tętniaki tętnicy głównej, jeżeli wychodzą z lewej ściany lub z wklęsłości łuku, mogą się sadowić po lewej stronie; Bamberger rozpoznał tętniaka tętnicy płucnej, a znalazł na sekcyi tętniak tętnicy głównej, wychodzący z lewej jej ściany, a dochodzący do tętnicy płucnej.

Duchek wprost powiada, że tętniak tętnicy płucnej nie wywołuje objawów, któreby umożliwiały rozpoznanie, a Oppolzer podaje, że rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej jest niemożliwe, jeżeli nie ma na klatce piersiowej guza tętniącego. Według Neussera wtedy lekarz jest upoważniony do domyślania się tętniaka tętnicy płucnej, jeżeli obok obrazu typowej niedomykalności zastawki dwudzielnej i po wykluczeniu zboczeń w zastawce trójdzielnej istnieje znaczna duszność i sinica, a tony nad tętnicą płucną są ledwo słyszalne.

Jeżeli przecież mimo tych wszelkich trudności rozpoznawczych wolno się pokusić o to rozpoznanie, to według Bambergera wymagane są następujące objawy: ograniczone stłumienie ze wzniesieniem lub bez tegoż w drugiej lewej przestrzeni międzyżebrowej, wyczuwalny i słyszalny szmer skurczowy, lub ton podwójny.

Z tych kilku przykładów jasno wynika, jak trudne jest rozpoznanie tętniaka tętnicy płucnej, niekiedy wprost niemożliwe. W naszym przypadku rozpoznanie tętniaka na podstawie wymienionych oznak mogło wejść w rachubę.

Taki był bieg myśli moich w rozpoznaniu różniczkowem przy łóżku chorej i z temi zastrzeżeniami i uwagami odesłałem zwłoki do sekcyi.

Sekcya potwierdziła moje rozpoznanie o tyle, że stanowczo upatrywałem źródło choroby w zakresie tętnicy płucnej. Otwarty przewód Botala rozpoznawałem tylko z pewnem prawdopodobieństwem, gdyż do zupełnego obrazu tej wady wrodzonej brakowało przerostu i rozszerzenia komórki prawej, a bardzo mylił wysoki stan gorączkowy. Tymczasem to płuca były źródłem gorączki. Zawały płucne, powstałe przez zaczopowanie tętnic oderwanymi skrzepami z tętniaka, ulegały zakażeniu drogą oddechową; rozwijały się ogniska zapalne, ropne w płucach i w tej tylko sprawie należy szukać przyczyny gorączki. Objawy tętniaka tętnicy płucnej były kryte przez podobne objawy, wywołane przez otwarty przewód Botala, dlatego nie podobna było w tym przypadku rozpoznać jedno cierpienie wobec drugiego.

Miażdżycy ogólnej w tętnicy płucnej nie było; widać zwyrodnienie, lecz tylko w ścianie tętniaka z następowym ubytkiem błony wewnętrznej *(intima)* i środkowej *(media)* tak, że tu mamy do czynienia z tętniakiem w duchu nauki

Eppingera, a nie tylko z rozszerzeniem się tętnicy, jak to było w przypadkach Skody i Gilewskiego.

Jaka była etyologia w naszym przypadku na podstawie wyniku sekcyjnego?

Śledząc za etyologią, musimy uznać przewód otwarty Botala za wrodzony i za przyczynę tętniaka; mianowicie część ściany tętnicy płucnej, leżąca naprzeciw ujścia przewodu, pozostawała ciągle pod wpływem silnego prądu krwi, wypychanej przez tętnicę główną drogą przewodu Botala, następowo ta część ściany musiała uledz zwyrodnieniu, a skutkiem tego wytworzył się tętniak częściowy *(aneurysma semiperiphericum s. partiale)*. To jest tak naturalny związek, że dziwić się należy, dlaczego w piśmiennictwie są opisane tylko dwa przypadki powikłań otwartego przewodu Botala z tętniakiem tętnicy płucnej, mianowicie przez Foulisa i Buchwalda, a nasz obecny trzeci. Lecz w naturze niema stałych reguł: dziwniejszą jest jeszcze rzeczą, dlaczego otwarty przewód Botala nie wywołał wcale żadnych zmian anatomicznych ani w sercu, ani w naczyniach w przypadkach Willigha, Hiltona Faggego i Walshama. Pośredniem ogniwem w tym związku przyczynowym było częściowe zwyrodnienie i miażdżyca tętnic. I Gilewski wychodzi z zapatrywania, że tętniak dobrowolny niemal bez wyjątku ma za podstawę sprawę miażdżycową, która się wytwarza długotrwałem znacznie spotęgowanem parciem śródściennem krwi w tętnicy płucnej. Dlatego przypuszcza, że niedomykalność zastawki dwukończystej, jakoteż zwężenie ujścia żylnego lewego, usposobiają do powstania tętniaka i że bez tych wad nie może się wytworzyć tętniak tętnicy płucnej, opierając się na przypadkach za życia rozpoznanych Hopego, Skody i swoim, w którym wady powyższe były. Wolfram zaś w etyologii swego przypadku tętniaka tętnicy płucnej, obok którego była niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego, uważa miażdżycę tętnicy płucnej za następstwo, wytworzone z powodu wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnej. Korczyński wywodzi powstanie tętniaka w swoim przypadku z przewlekłego zapalenia osierdzia, które przeniosło się na błonę zewnętrzną, a stąd na błonę środkową tętnicy. Nie bez wpływu na powstanie tętniaka było według Korczyńskiego naciąganie ścięgnistych błon wrzekomych, zlepiających początek tętnicy płucnej z workiem sercowym.

Wogóle więc w etyologii tętniaka sprawy zapalne tętnic z następowem ich stwardnieniem *(sclerosis arteriarum)* i zwiększone parcie ościenne krwi zdają się odgrywać najważniejszą rolę. A przecież brak jeszcze jednego ogniwa w tym łańcuchu; gdyż tyle razy jest dana sposobność do zwiększenia parcia ościennego w zakresie tętniczym, tyle razy występuje sprawa miażdżycowa w tętnicy głównej, a przecież zmiany w ścianach tętnicy płucnej należą do wielkich rzadkości.

Piśmiennictwo. Bamberger: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens 1857. H. Vierordt: (Spec. Path. und Therapie Nothnagels): Die angeborenen Herzkrankheiten. Hilton Fagge: A case of patent ductus arteriosus attented with a peculiar diastolic murmur. Guy's Hosp. Rep. 1873. A. Willigk: Wiederöfnung des Ductus arteriosus Botalli. Prager Vierteljahresschrift f. die pract. Heilkunde. 1854. W. J. Walsham: Unobliterated ductus arteriosus without other malformation of the heart und great vessels from a man. aet. 47. Transaction of pathog. Soc. 1877. Naunyn: Handbuch der spec. Path. und Ther. von Ziemssen. Tom VI. Gilewski: Przegląd lekarski i Wiener. med. Wochenschrift 1868. Friedreich: Krankheiten des Herzens. Stark: Abhandlungen der physikalisch-medizinischen Societät zu Erlangen. Tom I. str. 472. A. Gluziński: O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej w następstwie chorób zakaźnych, Przegląd lekarski 1901. Hope: Treatise on diseases of the heart. Tłomaczenie Beckera Berlin 1833. Skoda: Abhandlungen ueber Perkussion und Auskultation. Lebert. Berl. klin. Wochenschr. 1877. 20. Oppolzer: Vorträge herausgegeben von Stoffeln I. 305. E Neusser: Ueber Cyanose. Wien. klin. Wochensch. 1893. Korczyński: Przegląd lekarski 1878. Wolfram: Gazeta lekarska Nr. 24 i 25. 1883.

II. W sprawie leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał
Dr H. Schramm,
docent chir. na Uniw. lwowskim.

(Dokończenie).

Wreszcie jeszcze kilka słów o technice operacyjnej. We wszystkich mych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego operowałem cięciem nad dołkiem biodrowym prawym, podanem przez Sonnenburga. Cięcie zaczyna się na 3 cmt. nad i na wewnątrz od kolca biodrowego górnego, a kończy w połowie więzu Pouparta. W tej samej linii przecinam mięśnie brzuszne aż do otrzewnej; teraz można się przekonać, w jakich granicach istnieją zrosty otrzewnowe, ewentualnie wymacać w głębi chełbotanie i w tem miejscu przeciąć otrzewnę i dojść do jamy ropnia. Jeżeli zrostów niema, otwieram szeroko otrzewnę, a wsunąwszy wszędzie między blaszki otrzewnej ściennej i jelitowej paski gazy wyjałowionej, przystępuję ostrożnie do wyszukania wyrostka, kierując się jego prawidłowem położeniem, lub jak w ostatnich dwóch przypadkach przekonałem się dobrą wskazówką, to jest przebiegiem mięśni podłużnych jelita grubego. Taksamo w razie istnienia ropnia po dokładnem wyczyszczeniu jego jamy staram się wyszukać wyrostek, jestem bowiem przekonany, że wyjęcie go odrazu przyspiesza zgojenie się rany, a usuwając powód choroby, zapobiega się tym sposobem dalszym nawrotom i chroni się chorego od powtórnej operacyi. Zapewne, że z wyszukiwaniem wyrostka w takich przypadkach trzeba być bardzo ostrożnym i umieć postawić granicę swemu działaniu, aby skutkiem zbyt energicznego szukania nie porozrywać istniejących, odgraniczających jamę brzuszą zrostów i nie narazić chorego na ogólne zakażenie otrzewnej, rzecz naturalnie daleko niebezpieczniejsza, niż pozostawienie wyrostka. Stałych reguł zatem postawić tu nie można, a pytanie, czy w danym przypadku wyrostek może być usunięty, czy lepiej go zostawić, musi rozstrzygnąć operujący. Wycinanie wyrostka robaczkowego tak w przypadkach ostrych, jak zwłaszcza przewlekłych, o których tu zresztą nie mówiłem, wykonuję w ten sposób, że po uwolnieniu wyrostka od zrostów i podwiązaniu i przecięciu jego krezki przecinam w odległości 3 do 4 milimetrów od jego nasady kolisto otrzewnę i warstwę mięsną aż do błony podśluzowej; błony te odsuwam ostrożnie nieco tak, aby pozostała wolna przestrzeń na dwa milimetry, i zakładam na samą błonę śluzową dwie podwiązki z cieniutkiego jedwabiu. Między temi podwiązkami przecinam ostatnie warstwy wyrostka, poczem kikut zagłębiam do kiszki ślepej, a powstały wskutek tego wnicowania dołek w ścianie kiszki ślepej zamykam dwoma lub

Liczba bieżąca	Wiek i płeć	Trwanie	Objawy chorobowe	Zabieg operacyjny	Stan wyrostka	Wynik
1	Chłopak 7-letni leczony z kol. Kucharskim.	14 dni	Stała gorączka do 39⁰, bolesność ograniczona w dołku biodrowym prawym, nie zmniejszająca się, tętno do 100.	Cięcie Sonnenburga, wycięcie wyrostka zupełnie wolnego bez żadnych zrostów lub wysięku na około.	Wyrostek lekko zgrubiały, ściany naciekłe, błona śluzowa obrzmiała, zaczerwieniona drobne owrzodzenia.	Wyleczony.
2	Dziewczyna 6 letnia leczona z kol. Czarnikiem.	12 dni	Gorączka do 39⁰, obrzęk bolesny nad dołkiem biodrowym prawym, w głębi niewyraźne chełbotanie.	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia ograniczonego, wyrostek odszukano i wycięto.	Wyrostek mocno zgrubiały, na błonie śluzowej głębokie owrzodzenia, lecz przebicia nie ma.	Wyleczona.
3	Kobieta 19-letnia leczona z kol. Hrachem w Przemyślu	8—9 dni	Gorączka stała do 39⁰, tętno koło 100, naciek bolesny nad dołkiem biodrowym, skóra nad nim naciekła, niewyraźne chełbotanie	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia ograniczonego, sięgającego dość daleko ku dołowi, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczona, długo utrzymująca się przetoka.
4	Kobieta 18-letnia, leczona z kol. Rosnerem w Kołomyi	10 dni	Gorączka do 40⁰, dreszcze bóle bardzo silne w dołku biodrowym prawym, gdzie jest naciek wielkości dwóch pięści, w głębi chełbotanie.	Otwarcie ropnia, zrosty bardzo silne, wyrostka nie odszukano.	—	Wyleczona.
5	Kobieta 47-letnia, leczona z kol. Strumieńskim w Szczurowicach.	3 tyg.	Gorączka do 39⁰, obrzęk wyraźnie chełbocący, zajmujący prawie całą prawą dolną połowę brzucha.	Otwarcie ropnia, wraz z ropą wypłynął zupełnie oddzielony wyrostek. Przeciwotwór w okolicy lędźwiowej.	Wyrostek zupełnie zgorzelinowy, w nim tkwi jeszcze jeden kamyk kałowy, dwa inne znaleziono w jamie ropnia.	Wyleczona
6	Mężczyzna 27-letni, leczony z kol. Heinem w Złoczowie.	12 dni	Gorączka 38 5⁰, mocny ból brzucha, dreszczyki, ograniczony naciek chełbocący w prawym dołku biodrowym.	Otwarcie ropnia, zrosty silne, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie po długotrwałem ropieniu, kilka nawrotów, ale chory nie godzi się na operacyę powtórną.
7	Mężczyzna 20-letni, leczony z kol. Żuławskim w Stanisławowie.	4 dni	Gorączka do 40⁰, wzmagające się bóle w dołku biodrowym, obrzęk tutaj wielkości małej pięści, twardy, skóra nad nim nieco obrzmiała.	Cięcie Sonnenburga, wyrostek zlepiony z siecią, naokoło ropień, zresztą przedziurawiony otwór zatyka kamyk kałowy. Wycięcie wyrostka, sączek z gazy zresztą ranę zamknięto.	Wyrostek w jednem miejscu zgorzelinowy, zawiera kamyk kałowy	Wyleczony.
8	Mężczyzna 24-letni, leczony z kol. Mahlem.	6 dni	Gorączka 40⁰, uporczywe wymioty, tętno do 120, obrzęk nad dołkiem biodrowym i wyczuwalny przez kiszkę stolcową, niewyraźne chełbotanie.	Cięcie Sonnenburga. W chwili otwierania ropnia obfite wymioty: płyn ten dostał się do tchawicy i płuc; śmierć z zamartwicy.	—	Śmierć.
9	Mężczyzna 16-letni, leczony z kol. Janą.	4 tygodnie	Gorączka o przebiegu ropniczym, wieczorami do 40⁰, od czasu do czasu wymioty. Naciek częścią twardy częścią chełbotanie, zajmuje całą dolną prawą połowę brzucha i okolicę lędźwiową.	Cięcie nad dołkiem biodrowym, przeciwotwór w okolicy lędźwiowej. Wyrostek robaczkowy odnaleziono i odcięto.	Wyrostek zgorzelinowy, w nim tkwiły kamyki kałowe	Wyleczenie.
10	Mężczyzna 37-letni, leczony z kol. Janą.	5 tyg.	Choroba rozpoczęła się bolesnością w okolicy biodrowej prawej. Obecnie głównie bóle w okolicy wątroby, gorączka z natężeniem wieczornem do 40⁰, częste dreszcze, w jamie opłucnej wysięk ropny,	Cięcie Sonnenberga odsłoniło wnet ropień, w nim wyrostek robaczkowy przebity, zagięty ku górze. Wycięcie żebra, otwarto ropień opłucnowy. Z początku przebieg pomyślny, potem nowe dreszcze i gorączka; otwarto ropień podprzeponowy. Objawy ropnicze utrzymują się, coraz większe wyniszczenie.	Wyrostek zgorzelinowy, w nim jeden kamyk kałowy.	Śmierć w 3 tygodnie po operacyi.
11	Mężczyzna 21-letni, leczony z kol. Merczyńskim.	5 dni	Gorączka do 39⁰, obrzęk w prawym dołku biodrowym, w ostatnim dniu znów gwałtowny ból i wymioty	Cięcie Sonnenburga otwarło ropień opuszczający się ku dołowi w zatoce Douglasa. Wśród jamy ropnia leży pętla jelita cienkiego. Objawy zapalenia otrzewnej idą dalej	—	Śmierć w 5 dni po operacyi.

Liczba bieżąca	Wiek i płeć	Trwanie	Objawy chorobowe	Zabieg operacyjny	Stan wyrostka	Wynik
12	Chłopak 6-letni, leczony z kolegą Ostafińskim w Stanisławowie.	8 dni	Gorączka do 39°, rozlana bolesność przeważnie w dołku biodrowym prawym, wymioty częste, tętno do 130	Cięcie nad dołkiem biodrowym, otwarcie ropnia opuszczającego się aż ku zatoce Douglasa, wśród jamy ropnia leżą wolne pętle jelita. Wypłókanie jamy, sączek z gazy.	—	Śmierć na drugi dzień.
13	Dziewczyna 15-letnia, leczona z kol. Stachiewiczem we Lwowie.	3 tyg.	Gorączka z typem ropniczym, wieczorne podniesienia do 39·5, w ostatnich dniach wymioty, naciek w dołku biodrowym prawy, szerzący się ku tyłowi i i górze.	Cięcie jedno nad dołkiem biodrowym prawym, drugie, z tyłu w okolicy lędźwiowej, wytamponowanie. Wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie.
14	Chłopak 8-letni leczony z kol. Pisekiem we Lwowie.	5 tyg.	Bolesność i opór w prawym dołku biodrowym, stłumienie wypukowe w dole po prawej stronie klatki piersiowej poniżej łopatki, gorączka do 40°, dreszcze, poty.	Wycięcie 7 żebra, ropa cuchnąca, otwór w przeponie prowadzi do ropnia nad wątrobą. Przeciwotwór z boku poniżej 11 żebra.	—	Wyleczenie.
15	Kobieta 45-letnia, leczona z kol. Rosnerem w Kołomyi.	4 tyg.	Naciek bolesny, chełbocący w prawym dołku biodrowym, sięgający aż pod wątrobę. Bolesność pod śledzioną.	Cięcie w prawym dołku i w okolicy lędźwiowej. W następnym tygodniu otwarcie ropnia w lewym dołku biodrowym. Objawy ropienia utrzymują się	—	Śmierć z wyniszczenia w 2 tyg. po operacyi.
16	Kobieta 21-letnia, leczona z kolegą Stahlbergerem w Stryju.	12 dni	Bolesny naciek w dołku biodrowym prawym, gorączka utrzymuje się mimo należytego leczenia; w ostatnim dniu znacznie silniejsze bóle i kilkakrotne wymioty.	Cięcie Sonnenburga, otwarcie ropnia; wśród ropy gęstej i mazistej pływa pętla jelita; ropień rozszerza się ku dołowi, wyrostka nie znaleziono.	—	Śmierć w drugim dniu.
17	Dziewczyna 10-letnia, leczona w szpitalu św. Zofii.	15 dni	W dniu przyjęcia naciek twardy wielkości pięści w dołku biodrowym prawym; w okolicy lędźwiowej ropień wielkości pomarańczy.	Przecięcie ropnia w okolicy lędźwiowej. Na drugi dzień przez ranę wydobywa się kał. Cięcie rozszerzono; drugie cięcie nad dołkiem biodrowym, bardzo silne zrosty, wyrostka nie znaleziono.	—	Wyleczenie po utrzymywaniu się przez 4 tygodnie przetoki kałowej.
18	Dziewczyna 5-letnia, leczona z kol. Pisekiem we Lwowie.	3 tyg.	Cały brzuch wzdęty, bardzo bolesny; badanie wykazuje wolny płyn w jamie brzusznej, obok większego oporu i bolesności w prawym dołku biodrowym. Ciągłe wymioty, ciepłota 38°—40°, tętno 130.	Cięcie nad dołkiem biodrowym prawym. Wypuszczono około 2 litrów ropy; zrostów nie ma żadnych; odsłonięto i wycięto wyrostek, sączek z gazy do zatoki Douglasa i ku górze.	Wyrostek naciekły dość mocno zgrubiały, nieprzedziurawiony. Na błonie śluzowej owrzodzenia.	Śmierć w kilkanaście godz. wśród zapadu.
19	Mężczyzna 25-letni, leczony z kol. Janą we Lwowie.	6 dni	Od dwóch dni nagłe znaczne boleści w całym brzuchu, wymioty ustawiczne; ciepłota 38°, tętno 140.	Cięcie nad dołkiem biodrowym prawym, ropę zmieszaną z kałem wypuszczono o ile się dało przez wymaczanie gazą. Wyrostka nie szukano.	—	Śmierć po 2 godzinach.
20	Kobieta 24-letnia, leczona z kol. Żukowskim w Stanisławowie.	7 dni	Po dość lekkim początku nagły ból przed dwoma dniami, wzdęcie wzmagające się, wymioty. Tętno 110, ciepłota 38°.	Cięcie nad prawym dołkiem biodrowym, wśród jamy ropnia leżą wolne, mocno zaczerwienione i wypociną włóknikową pokryte pętle jelit. Po wyczyszczeniu jamy wytarciem gazą, wyszukano wyrostek i wycięto go. W następnym tygodniu wypuszczono znowu nieco wydzieliny ropnej między zlepionemi pętlami jelit.	Wyrostek, zgorzelinowy przedziurawiony, zawiera 2 kamyki kałowe.	Wyleczenie.

trzema szwami Lamberta. W ten sposób najlepiej uchronić się można od wypływu treści z wyrostka lub kiszki ślepej, a naokoło wnicowanego wyrostka nie powstaje żadna jama, któraby mogła być, jak na to słusznie zwraca uwagę Herman („Przegląd lekarski“ Nr. 41) powodem do powstania nowego ropnia.

Otwierania ropni, opuszczających się ku dołowi i zatoce Douglasa, przez pochwę lub kiszkę stolcową nie uważam za stosowne z powodu możebności, zwłaszcza w ostatnim razie, zakażenia jamy ropnia kałem i powstania długo trwającej przetoki. W podobnych przypadkach z cięcia nad dołkiem biodrowym, odłuszczając otrzewnę od talerza biodrowego, można się dostać pozaotrzewnowo głęboko ku dołowi, aż do zatoki Douglasa. Przy ropieniu postępującem, gdy naciek ropny szerzy się ku górze wzdłuż okrężnicy wstępującej, wskazane jest zrobienie przeciwotworu w okolicy lędźwiowej; obecność ropnia podprzeponowego, ropnego zapalenia opłucnej i t. p. wymaga odpowiednich zabiegów operacyjnych, by ropie zawsze ułatwić zupełnie swobodny odpływ.

Jeżeli mamy przed sobą przypadek już z zapaleniem rozlanem otrzewnej, to i w takim razie otwierałem jamę brzuszną szerokiem cięciem nad dołkiem biodrowym prawym i wyrostek, jeżeli się dało, usuwałem po wypuszczeniu ropy, po dodaniu ewentualnie cięcia nad dołkiem biodrowym lewym, oczyszczałem jamę brzuszną, o ile się dało, przez wymaczanie ropy paskami gazy wyjałowionej, poczem zakładałem sączki z pasków gazy do zatoki Douglasa i ku górze w okolicę wątroby, poczem ranę skórną zmniejszałem przez założenie kilku szwów; otwierania w linii białej, wyjmowania jelit i płókania jamy brzusznej nigdy nie robiłem. Sądzę też, że ten energiczny zabieg przez rozerwanie istniejących może zrostów, ograniczających przynajmniej część jamy brzusznej, i przez „shock“ może przynieść choremu więcej szkody, niż korzyści.

Streszczając wszystko, co powyżej powiedziano, przychodzę do następnych wniosków:

1. Każdy lekarz, obejmujący w leczenie chorego z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, powinien umieć postawić wskazania i oznaczyć czas do wykonania ewentualnej operacyi; jeżeli nie czuje się do tego na siłach, lub jeżeli w czasie przebiegu choroby przedstawią mu się jakiekolwiek wątpliwości, powinien bez zwłoki zawezwać do narady chirurga.

2. Przypadki ostrego zapalenia wyrostka bez wysięku z oznakami tylko nieżytowego zapalenia, jakoteż przypadki z wysiękiem surowiczo-włóknikowym i typowym przebiegiem nie wymagają zabiegu operacyjnego.

3. Przypadki bez wysięku, w których jednak objawy każą rozpoznać, lub z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać zgorzel wyrostka, powinny być wczas operowane.

4. W każdym przypadku, w którym objawy kliniczne każą rozpoznać zropienie wysięku naokoło wyrostka, jest wskazane jak najwcześniejsze otwarcie ropnia.

5. Zabieg operacyjny staje się tem pilniejszy, jeżeli ropienie w okolicy rozszerza się szybko.

6. Wycięcie wyrostka jest wskazane w ostrych przypadkach o tyle, o ile się to da wykonać bez rozerwania zrostów odgraniczających jamę brzuszną; w ostatnim razie lepiej wyrostek zostawić.

7. W przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej surowiczo-ropnego, lub nawet czysto ropnego, wskazany jest jak najwcześniejszy zabieg operacyjny, polegający na otwarciu jamy brzusznej cięciem nad dołkiem biodrowym prawym, ewentualnie z dodatkiem cięcia w okolicy lędźwiowej prawej, lub nad dołkiem biodrowym lewym i wprowadzenie sączków do zatoki Douglasa.

8. W przypadkach zapalenia otrzewnej gnilnego *(sepsis peritonealis)*, zabieg operacyjny nie jest wskazany.

Na zakończenie dołączam wyciąg historyi choroby przypadków, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka.

III. Intubacya w ręku prowincyonalnego lekarza *).

Podał

Dr. B. Nodzyński,

sekundar. szpitala powsz. w Bochni.

Każdemu lekarzowi, odbywającemu swoją praktykę na prowincyi, przydarza się większa lub mniejsza liczba przypadków dławca już w tym okresie zwężenia krtani, że nie czas myśleć o wysyłaniu chorego do szpitala do specyalisty, lecz należy jak najspieszniej wykonać intubacyę, względnie tracheotomię. Sądzę, iż często od wykonania takiego zabiegu wstrzymuje lekarza ta myśl, że nie będzie mógł mieć tego chorego w nieustannej kontroli z rozmaitych powodów. Zauważyć jednak należy, iż w przypadkach zaniedbanych natychmiastowa intubacya jest wprost *indicatio vitalis*, a lekarz, który czy z braku miejsca, czy czasu nie chce chorego dłużej w swej opiece zatrzymać, może już śmielej po dokonanej intubacyi wobec lepszych warunków dla oddychania i krążenia dziecko do odpowiedniego zakładu wysłać, tem bardziej, iż doświadczenie uczy, że nawet po następowem wykaszlaniu tubusa dzieci najczęściej mogą się obejść bez niego 1 do 2 godzin.

Zabieg sam w przypadkach niepowikłanych zajęciem niższych dróg oddechowych robi wrażenie efektowne i wzbudza szczególnie u ludu wiejskiego zaufanie, a jeśliby można użyć porównania co do podziwu i skutku zabiegu, możnaby go najsnadniej porównać z operacyą zaćmy.

Pozwolę sobie w krótkości przytoczyć przypadki, intubowane w szpitalu bocheńskim od 13 lutego 1898 do daty dzisiejszej.

1) Liczba chorych intubowanych 25.
2) Wiek chorych od 1 i pół roku do lat 12.
3) Chłopców 14, dziewcząt 11.
4) Liczba dokonanych intubacyj 39.
5) Intubacya u jednego osobnika:

jednorazowa	16 . .	(16)	razy,
dwu razowa	5 . .	(10)	„
trzyrazowa	3 . .	(9)	„
czterorazowa	1 . .	(4)	„

6) Czas trwania intubacyi najmniejszy 16 godzin, najdłuższy (z przerwą 39 godzin) 15 dni.
7) Przypadków śmiertelnych 5 = 20%.
8) Potrzeba ekstubacyi z powodu przegryzienia nitki 3.

Z przypadków ciekawszych zasługuje na uwagę jeden, 4-krotnie w ciągu 15 dni intubowany:

J. T. l. 3 z K., przyjęta do szpitala 20 lutego 1900 r. wieczorem z ogromnem zaciąganiem, twarzą blado-siną, tętnem 150, ciepłotą 39°. Intubacya natychmiastowa, wstrzyknięcie 2000 jed. surowicy B.— 23 lutego rano ekstubacya nitką. Po 2 godzinach (23 lutego) z powodu coraz silniejszego zaciągania intubacya. 26 lutego ekstubacya nitką. Już po godzinie (26 lutego) z powodu zaciągania intubacya. W dniu 27 lutego stwierdzono obrzęk, rozwijający się około chrząstki tarczykowej, przeważnie od strony prawej przy skórze niezmienionej. Z powodu wzrastania obrzęku zrobiono 1 marca przy pozostawionym tubusie cięcie skórne do ewentualnej krikotracheotomii. Idąc w głąb na tępo natrafiono po stronie prawej na ognisko ropne, o ropie zielonawej, mocno cuchnącej. Z powodu silnego osłabienia dziecka i lichego tętna na razie tubusa nie wyjmowano z obawy konieczności dalszego zabiegu. Opatrunek antyseptyczny. Dnia 3 marca ekstubacya. W dolnym końcu rany, w miejscu odpowiadającem pierwszym chrząstkom tchawicy, słychać wyraźny świst wdychanego i wydychanego powietrza. Opatrunek. Od-

*) Z końcem r. 1897 przeprowadził Doc. Dr. Raczyński nadzwyczaj szczęśliwą myśl, a rozszerzył jej zakres w następnych latach Doc. Dr. Kryński, by na wzór wszechnic zagranicznych urządzać świąteczne kursa dla lekarzy praktycznych. Pierwszy kurs, obejmujący całokształt obecnych wiadomości o błonicy, powitany był z niekłamanym zapałem, a siłą głównie przyciągającą dla nas lekarzy była intubacya. O ile wiem takich kursów odbyło się kilka; ciekawem byłoby dowiedzieć się, czy, ile i z jakim skutkiem koledzy w kursach udział biorący w swej praktyce intubacyę wykonywali.

dechy spokojne; 3 marca o 11 w nocy nagłe duszenie się. Zdjęcie opatrunku bez poprawy, intubacya; 6 marca ekstubacya; mierne zaciąganie. świst słyszalny w ranie pokrytej ziarniną; 11 marca wypuszczono dziecko ze szpitala, świstu nie słychać, rana w przeważnej części zgojona, oddechy swobodne.

Nie wątpliwie więc w tym przypadku konieczność ciągłej intubacyi prawie przez 14 dni wywołała już w pierwszych dniach odleżynę, która w dalszym ciągu spowodowała zapalenie ropne w tkankach przyległych. Mimoto przy użyciu dalszej intubacyi rana odleżynowa przez ziarninowanie się wygoiła.

Z ogólnych uwag przytoczę: z zasady tubus pozostawiam w krtani przez 48 godzin. Tubus przymocowuję na grubszej strunie jedwabnej, nasmarowanej woskiem, a tuż przed tubusem robię węzeł. Przy tym sposobie umocowania tubusa tylko 3 razy zachodziła konieczność użycia ekstubatora z powodu przegryzenia obu nitek.

W końcu nadmienić muszę, iż warunki po intubacyi są prawie te same w szpitalu tutejszym, jak i w domu prywatnym; lekarz bowiem w zakładzie nie mieszka. Mimoto nigdyśmy wypadku nagłego śmierci z powodu spóźnionego przybycia lekarza nie mieli. Służbie tylko, względnie otoczeniu chorego, zwróciliśmy uwagę, by przy nagłem zaduszaniu się i sinieniu mimo obecności tubusa, natychmiast go za pomocą nitki wyjęto i po lekarza posłano. Najczęstszą bowiem przyczyną takiego nagłego zaduszania przy obecności tubusa jest jego zaczopowanie przez grubsze błony.

W razie przegryzienia obu nitek również służba miała obowiązek zawiadomić lekarza, zaś w razie wykaszlania tubusa — tylko przy pojawiającem się na nowo zaciąganiu.

Na jedno chcę jeszcze zwrócić uwagę. Zdarza się nieraz, iż, czy to z powodu oporu rodziców, czy innych powodów, wstrzyknięcie surowicy jest niemożebne. Otóż w tych przypadkach błonicy gardła widziałem niejednokrotnie bardzo dobre wyniki działania surowicy, podając ją dziecku wewnętrznie 1000 jedn. na raz.

IV. Wyciągi.

Prof. Władysław Reiss. **Czy kiłę pierwotną można uważać za zmianę czysto miejscową?** (*Archiv fur Dermat. und Syph.* T. 58, 1 i 2 Z.). Jakkolwiek określenie pojęcia, kiedy kiłę należy uważać za ustrojową, zdawałoby się według obecnego stanu wiedzy i klinicznego doświadczenia być jasnem i nie pozostawiać wątpliwości, to jednak niektóre spostrzeżenia, pojawiające się od czasu do czasu, nasuwają je przecież. O kile ustrojowej mówimy wtedy, kiedy w ustroju zakażonym, w miejscach odległych od zmiany pierwotnej, napotykamy objawy przez nią (względnie jej jad) wywołane, jak: obrzęki gruczołów, osutkę i t. d. Nim to nastąpić może, trzeba czasu, by jad kiły rozmnożył się w ilości niezbędnej i ten okres czasu, — okres II. wylęgania, — słusznie zaliczyć należy do pojęcia kiły ustrojowej. Przyjąć bowiem można, że rozmnożenie się jadu swoistego kiły następuje zwolna i dopiero w chwili, kiedy osięgło pewną miarę, przychodzi do wystąpienia zmian ogólnych. Przypuszczeniu temu, jak nie mniej wliczeniu II. okresu wylęgania do kiły ustrojowej, nietylko nie przeczy, a raczej potwierdza je spostrzeżenie kliniczne. Finger i Lang opisali przypadki, w których w tym okresie, a więc przed wystąpieniem zmian ogólnych, spostrzegali: pierwszy w okolicy podkolanowej, drugi w pobliżu zmiany pierwotnej objawy kiły pod postacią guzków. Jak długo w patogenezie kiły miano na myśli tylko domyślny jej jad, tak długo pojmowania kiły ustrojowej w sposób powyższy nic nie osłabiało. Dopiero teorya, wygłoszona przez Fingera o produktach przemiany jadu kiłowego i jego toksynach, wywołała pewne różnice w zapatrywaniach. I tak: niektórzy autorowie mówią o kile ustrojowej od tej chwili, kiedy toksyny, wytwarzane powoli w zmianie pierwotnej, dostaną się do całego ustroju. Jako kryteryum dla tego okresu uważają wystąpienie tak zwanej zmniejszonej odporności, pojawiającej się już w bardzo krotkim czasie (kilku dniach, a nawet godzinach). Według teoryi Fingera toksyny jadu kiłowego gromadzące się w ustroju w ilości większej. niż jest ona potrzebną do sprowadzenia odporności, wywołują pewną przemianę w tkankach, której wyrazem są zmiany trzeciorzędne. Tu należą przypadki kiły trzeciorzędnej matek dzieci kiłowych z ojca, kiły późnej dziedzicznej, wreszcie objawów kiły trzeciorzędnej u osobników, u których po wycięciu zmiany pierwotnej objawów drugorzędnych nie było. Kiła nabyta ze zwykłym przebiegiem (wystąpieniem zmian drugorzędnych) prowadzi jednak również do wystąpienia zmian trzeciorzędnych. W okresie drugiego wylęgania, tj. od chwili wystąpienia zmiany pierwotnej do wystąpienia objawów ogólnego zakażenia, o których przypuścić należy, że wywołane zostały przez upostaciowany jad kiły, występują jednak objawy zwiastunowe (bóle głowy, nerwobóle, gorączka), których przyczyny szukać należy prawdopodobnie w toksynach. Ustrój ulega więc nierównocześnie przesiąknięciu z jednej strony toksynami, z drugiej jadem kiły, — zatruciom, których identyfikować nie można. Teorya Fingera ścieśnia tę granicę znacznie. Autor odnosi pojęcie „kiła ustrojowa“ do tych przypadków, w których jad swoisty dostał się poza miejsce wtargnięcia, choćby tylko w najbliższe otoczenie, którego w danej chwili było za mało, by mógł wywołać zmiany ogólne, ale dosyć, by wytłómaczyć ujemne wyniki po wycięciu nawet bardzo wczesnem „zmiany pierwotnej“.

Że to wtargnięcie jadu z miejsca zmiany pierwotnej poza jej obręb następuje bardzo szybko, tak szybko, że nasuwa wątpliwości co do pojmowania tej zmiany, jako cierpienia miejscowego, o tem przekonało autora następujące spostrzeżenie:

Słuchacz medycyny zgłosił się do Reissa o godzinie 9-tej wieczór, podając, że po godzinie 4-tej popołudniu tego samego dnia spółkował z nierządnicą, u której, jak już za późno się dowiedział, w tym samym dniu lekarz policyjny stwierdził kłykciny sączące na częściach rodnych. Badanie wykazało: obtarcie przyskórka na ograniczonej przestrzeni po stronie wewnętrznej napletka. Bezzwłocznie, a więc w pięć godzin po spółkowaniu wyciął autor część wewnętrznej ściany napletka, zajętą przez otarcie, zabierając z otoczenia tkanki zdrowej pas szerokości jednego centymetra. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po dniach 10-ciu wystąpił obrzęk jednego gruczołu w pachwinie, a po 59 dniach od wycięcia — wysypka plamisto-guzkowa na skórze tułowia.

Ścisłe to spostrzeżenie stanowi cenny przyczynek dla wyświetlenia sprawy wycinania zmiany pierwotnej. Bo jakkolwiek liczba ogłoszonych, a tu należących przypadków z wynikiem podług podania autorów dodatnim, jest niemała, to niewiele z nich wytrzymuje ścisłą krytykę z dwóch powodów.

Usuwając bowiem ognisko podejrzane o zmianę pierwotną, nie zawsze wiemy na pewno, że nią było, a powtóre niedość długi czas prowadzone spostrzeganie również może zostawiać pewne wątpliwości. Na poparcie tej drugiej okoliczności przytacza autor przypadek, spostrzegany przez siebie w klinice ś. p. prof. Rosnera, dotyczący mężczyzny lat 20, u którego po wycięciu zmiany pierwotnej w ciągu spostrzegania przez cały rok objawów kiły ustrojowej nie zauważono. Dopiero po dwóch latach stwierdzono łuszczycę na dłoniach. Opierając się na swoich wyżej przytoczonych spostrzeżeniach, zapatruje się autor sceptycznie na wycinanie zmiany pierwotnej, jako leczenie poronne; nie potępia jednak tego zabiegu leczniczego z tego punktu widzenia, że z usunięciem ogniska pierwotnego, usuwa się zarazem główne źródło jadu kiłowego. Tem też należy tłómaczyć opóźnianie się wystąpienia objawów kiły ustrojowej po wycięciu zmiany pierwotnej. Trzeba bowiem dłuższego czasu, by z tej małej ilości jadu, która dostała się do ogólnego krążenia przed wycięciem, nastąpiło rozmnożenie jego w ilości potrzebnej do wywołania zaburzeń ogólnych. W dalszym ciągu swej pracy rozbiera Reiss te przypadki, w których jednak bez usunięcia ogniska pierwotnego zmiany zakażenia ogólnego albo się znacznie opóźniają, albo występują z bardzo słabem nasileniem. Tłómaczy je autor bądź tem, że bardzo mała ilość jadu dostała się w miejsce wtargnięcia, bądź też, że jad ten, przeniesiony z drugiego osobnika, był już poniekąd osłabiony, czy to biegiem czasu, czy w następstwie energicznego przeprowadzenia leczenia przeciwkiłowego. Rozbierając te przypadki, w których po usunięciu zmiany pierwotnej nie nastąpiły zmiany wczesne, tylko późnego okresu, a które teorya Fingera tłómaczy pewnem przeobrażeniem i zmianą tkanek pod wpływem toksyn, nie podziela autor tego tłómaczenia. Jeżeli bowiem wykonano wycięcie zmiany pierwotnej bardzo wczas, nim większa ilość toksyn mogła się dostać do ustroju, to, jak sądzi Matzenauer, przypuścić trzeba, że tę małą ilość toksyn ustrój stara się zobojętnić przez zamianę ich na antytoksynę. Dopiero w miarę dostawania się do ustroju coraz większej ilości jadu, a z nią powstawania toksyn, ta czynność samoobrony ustroju wyczerpuje się, nie wystarcza, i przychodzi do zadziałania jadu. To też autor nie umie sobie wyobrazić powstawania

zmian trzeciorzędnych bez współdziałania jadu swoistego. Neisser, Jadassohn wypowiedzieli podobne zapatrywanie. Drugie spostrzeżenie autora, które dotyczy przypadku kiły odziedziczonej, osłabia również pojmowanie zmiany pierwotnej, jako cierpienia miejscowego.

M R. lat 28. żona oficera, zaszła w ciążę ze zdrowym podówczas mężem w kwietniu 1899 r. W maju mąż uległ zakażeniu kiłowemu i autor stwierdził u niego zmianę pierwotną. W pierwszych dniach stycznia 1900 r. stwierdził Reiss również i u żony zmianę kiłową pierwotną. Dnia 2 lutego powiła pacyentka dziecko pozornie zdrowe, donoszone, u którego w dwa tygodnie wystąpiła osutka guzkowa. U matki dziecka wystąpiła osutka plamista dopiero z końcem lutego.

Podobne spostrzeżenia opisali Rosen, Dühring, Welander i t. d. Kaposi i Neumann zaznaczają, że kiła nabyta przez matkę w ostatnich dwóch miesiącach ciąży prawie nigdy nie przenosi się na płód, bo musi być wprzódy ustrojową u matki, do czego trzeba około 8 tygodni. Spostrzeżenie autora dowodzi jednak, że to rozprzestrzenienie się jadu w tym przypadku nastąpiło bardzo prędko, skoro dopiero w dwa tygodnie po wystąpieniu zmian ogólnych u płodu, pojawiły się takowe u matki.

Jako dalszy dowód, że zmiana pierwotna już jest wyrazem kiły ustrojowej, przytacza autor wyniki badań krwi Neumanna i moje, które wykazały zgodnie, że już w drugim tygodniu od chwili wystąpienia zmiany pierwotnej ilość hemoglobiny i ciałek czerwonych nieznacznie, jednak się zmniejsza.

Opierając się na przytoczonych dwóch przez siebie spostrzeganych przypadkach, przychodzi Reiss do wniosku, że zmiany pierwotnej kiłowej nie możemy uważać, jako cierpienia miejscowego do pewnego czasu, ale raczej jako okres pierwszy choroby *à priori* ustrojowej. *Borzęcki.*

John Brownlee. **Leczenie moru surowicą.** (*The Lancet*, 17 sierpnia 1901 r.). Autor stosował surowicę przeciwmorową Yersina (z instytutu Pasteura w Paryżu) w czasie niedawnej epidemii w Glasgowie. Przebieg tej epidemii był wogóle znacznie łagodniejszy, niż to ma miejsce na wschodzie; również liczba chorych nie była dostateczną dla zestawień statystycznych; wywody więc autora nie mają znaczenia rozstrzygającego, lecz bądź co bądź spostrzeżenia te zawierają w sobie wiele pouczającego.

Surowica była stosowana w celu zapobiegawczym i leczniczym. W pierwszym przypadku wstrzykiwano pod skórę 10 centr. sześc. osobom, które miały styczność z chorymi na mór: okazało się jednak, że wprowadzenie takiej ilości Yersinowskiej surowicy pod skórę nie dawało zupełnej odporności, lecz w każdym razie choroba przebiegała nadzwyczaj łagodnie.

W celu leczniczym zasstrzykiwano surowicę pod skórę i do żył: pierwszy sposób okazał się mało skutecznym; widocznie antytoksynę przyciągają do siebie gruczoły chłonne, najbliższe od miejsca zastrzyknięcia, do ogólnego zaś krążenia dostają się składniki surowicy bardziej obojętne. Potwierdzają to fakty kliniczne: z jednej strony zawsze występujące nabrzmienie najbliższych gruczołów i znaczne zmiany laseczników morowych, jeżeli surowica była wprowadzoną w okolicy dymienicy morowej; z drugiej zaś strony zupełny brak wpływu na ogólny stan. To też zastrzykiwanie surowicy należy stosować w blizkości zajętych gruczołów i w tych tylko razach, gdy zakażenie ogranicza się jeszcze do dymienicznego stanu gruczołów, a nie stało się ogólnem.

Wstrzykiwanie surowicy przeciwmorowej do żył ma znacznie większe znaczenie: w większości przypadków następuje szybkie polepszenie, nawet w późnych okresach choroby, — pod warunkiem jednak, że ma się do czynienia z czystem zakażeniem lasecznikami morowymi: przy zakażeniu mięszanem działanie surowicy jest o wiele słabsze.

Zresztą autor czyni uwagę, że możliwem jest również, iż w epidemii, o której mowa, stosowane były za małe dawki (20 centr. sześc. na raz), i w przyszłości należałoby bodaj odrazu zaczynać od wprowadzenia do żył 60 centr. sześc. i wyżej.

Działanie surowicy objawia się już w kilka godzin po wstrzyknięciu (do żył): ból w gruczołach zmniejsza się, gorączka opada przy obfitem poceniu się, przytomność powraca, ogólny stan wyraźnie polepsza się; następowe dymienice zwykle rozchodzą się, pierwotne krosty zasychają i goją się i wyzdrowienie postępuje szybkim krokiem. *St. Rudzki*

F. Percival Mackie. **Zachowanie się krwi w płonicy.** (*The Lancet*, 24 sierpnia 1901 r.). Autor badał krew 24 chorych na płonicę w różnych okresach cierpienia i rozmaitej ciężkości. Umiarkowana niedokrwistość stanowiła stałe zjawisko. W połowie przypadków liczba czerwonych krwinek wynosiła od 3,500.000 do 4,000.000 na 1 mlm. sześć. Ilość hemoglobiny była w prostym stosunku do krwinek czerwonych. Białe ciałka stale były w ilości większej nad normę (wyżej 10.000 w 1 mlm. sześc.). Leukocytoza była w związku nietyle z ciepłotą, ile ze stopniem zajęcia gardła i natężeniem wysypki. Powiększenie ilości białych ciałek zaczynało się zazwyczaj w 24 godziny po wysypce i dochodziło do *maximum* po wystąpieniu głównych objawów (od 3 do 10 dnia choroby). Przy posoczniczem zajęciu gardła leukocytoza bywa niezwykle wzmożoną (w jednym przypadku 95.300!); w przypadkach śmiertelnych opada przed zgonem. W składzie białych ciałek przeważały komórki wielojądrzaste; w pewnych przypadkach była powiększoną ilość eozynochłonnych (5—6%). Spostrzeżenia autora wogóle zgodne są z wynikami innych autorów. Główne znaczenie w płonicy ma określanie liczby białych ciałek: zwiększenie ich jest objawem pomyślnym, świadczy bowiem o walce ustroju, i co zatem jest w związku ze sprawą nabywanego uodpornienia. Przeciwnie, niedostateczna leukocytoza, lub brak jej, dają bardzo złe rokowanie; stosuje się to i do gwałtownego spadku ilości leukocytów przy narastającej poprzednio ich liczbie.

Dalej autor wskazuje, iż znaczna leukocytoza (wyżej, niż 40.000) przemawia za istnieniem sprawy posoczniczej.

Dla rozpoznania różniczkowego od odry ważnem jest, iż w odrze liczba białych ciałek nie bywa powiększoną.

Ciekawem jest również znalezienie przez autora eozynofilii w płonicy: mogłoby to potwierdzać pogląd, wypowiadany przez pewnych autorów, przypuszczających związek między komórkami eozynochłonnemi i wytwarzaniem antytoksyny w ustroju.

Autor osobiście bardziej przychyla się do zdania o związku, zachodzącym pomiędzy ciałkami eozynofilnemi i chorobami skóry wogóle, chociaż w swoich przypadkach nie mógł zauważyć stosunku między eozynofilią i natężeniem wysypki. *St. Rudzki.*

Krönig. **O leczeniu ciąży zamacicznej.** (*Klin. therap. Wochs.* 1901, Nr. 41). Według prac Fütha, Aschoffa i Kühnego jajo płodowe, rozwijając się w trąbce, zapuszcza kosmki w warstwę mięsną aż do otrzewnej, na której powstają złogi zapalne i wskutek czego otrzewna w miejscu tem grubieje. Z chwilą wystąpienia poronienia od ilości wylanej krwi zależeć będzie, czy zgrubiała w tem miejscu otrzewna pęknie. Nawet po dokonaniu poronienia trąbkowego nie minęło niebezpieczeństwo możliwości pęknięcia trąbki; pozostałe bowiem kosmki rosną w ścianie trąbki i niszczą ją, każdej więc chwili mogą zniszczyć i otrzewnę i wywołać nowy krwotok wewnętrzny.

Omówiwszy przytoczone zapatrywania na ciążę zamaciczną, przechodzi autor do sposobu leczenia. Przy płodzie żyjącym i krwotoku wewnętrznym radzi zawsze zaraz operować. W przypadkach powstałego krwisteku zaleca albo postępować zachowawczo albo jeżeli się już ma operować, to pierwszeństwo daje laparotomii przed operacyą pochwową. Tylko u osób starszych, blizkich utraty peryodu, stosuje operacyę pochwową z równoczesnem wyjęciem macicy sposobem Segonda. Samo nacięcie i wypróżnienie krwisteku uważa za niebezpieczne, bo może w trąbce pozostać część jaja i powstać krwotok następowy. *P.*

A. Sicard. **O odczynie Bence Jonesa i Jacquemeta w albumozuryi.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 83). Odczyn Bence Jonesa polega głównie na zmianach, powstałych pod wpływem ciepła i zimna. Mocz, badany po przesączeniu, ogrzewamy w probówce. Przy ciepłocie 60° płyn wyraźnie się mąci i tworzy osad; przy dalszem gotowaniu zmącenie i osad nikną, powstając jednak na nowo przy oziębieniu. Oddziaływanie to spostrzegali autorowie bardzo rzadko, bo zaledwie w 17-tu przypadkach i to prawie zawsze przy wielokrotnych mięsakach.

Odczyn Jacquemeta polega na spostrzeżeniu, że eter siarkowy, zmięszany w probówce z moczem, zawierającym albumozy, przybiera postać żelatynowego skrzepu, który zajmuje tak szczelnie powierzchnię górną cieczy, że nawet jakiś czas stawia jej opór przy przewróceniu probówki. Przedewszystkiem należy dodać do badanego moczu nadmiaru chlorku sodowego, przesączyć, zakwasić lekko kwasem octowym, zagotować, a po oziębieniu znów przesączyć dla usunięcia albuminu, mucyny i fosforanów. Następnie dodaje się jedną trzecią eteru siarkowego, kłóci i ustawia pionowo. Z powstałego skrzepu tworzy się jakby korek barwy badanego moczu. Przy pomocy podziałki można posługiwać się tą metodą dla codziennego porównywania ilościowego.

Odczyn Jacquemeta spostrzegano w nader licznych przypadkach klinicznych i tak: w grypie, ostrym gośćcu stawowym, płonicy, ospie, zapaleniu płuc i opłucnej, gruźlicy płuc, oraz przy ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek. W durze pojawia się w pierwszym tygodniu. wybitny jest w drugim i trzecim, a potem ustępuje w miarę polepszania się stanu chorobowego. Flandrin opisywał go w przypadku drgawek bez białkomoczu. Albumozurya, względnie odczyn Jacquemeta, jest zjawiskiem niezależnem od albuminuryi i zdaje się towarzyszyć zakażeniom i zatruciom. *Dr. M. Blassberg.*

M. Labbé. **O porażeniu nerwu promieniowego pod wpływem naciągnięcia.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 83). Autor opisuje dwa przypadki, mianowicie jeden własny, a drugi Debovea i Bruhla, w których po nagłym gwałtownym urazie powstało porażenie w zakresie nerwu promieniowego. Porażenie to w krótkim czasie ustąpiło pod wpływem leczenia prądem elektrycznym. W obu przypadkach można było przyjąć jako przyczynę naciągnięcie nerwu promieniowego przy gwałtownym ruchu pronacyjnym w chwili urazu. Spostrzeżenia te wskazują, że prócz ucisku lub zmiażdżenia, naciągnięcie nerwu także odgrywa ważną rolę w etyologii porażenia urazowego. *Dr. M. Blassberg.*

Zimnicki. **Wydzielnicza praca błony śluzowej żołądka podczas zatrzymania żółci w ustroju.** (*Rozpr. dokt. Petersb.*, 1901). Badania wydzielniczej czynności gruczołów żołądka, dokonane na psach z odosobnionym małym żołądkiem (metodą Heidenhain-Pawłowa) przed i po podwiązaniu przetoki żółciowej, jakoteż na chorych dotkniętych żółtaczką, przyprowadziły Z. do następujących wniosków: 1) zatrzymanie żółci w ustroju wywołuje nadmierną kwasotę soku żołądkowego wskutek zwiększenia ilości wolnego kwasu solnego; zawartość luźno związanego kwasu solnego i chlorków pozostaje bez zmiany; 2) hipersekrecya soku żołądkowego trwa niedługo, zwykle godzinę i przechodzi w stan wręcz przeciwny, t. j. znaczne obniżenie wydzielniczej czynności żołądka: 3) podobne zachowanie się wydzieliny gruczołów żołądka zależy od zwiększonej pobudliwości komórki gruczołowej i następowego szybkiego jej zmęczenia, czyli od t. zw. astenii komórki, którą Z. oznacza u chorych w następujący sposób: choremu podaje się naczczo próbne śniadanie Ewald-Boasa i po upływie godziny wypompowuje się sok żołądkowy; po przepłókaniu żołądka podaje znów Z. próbne śniadanie: u zdrowych osobników sok żołądkowy, otrzymany po upływie godziny, wykazuje te same liczby ogólnej kwasoty i wolnego kwasu solnego, co i po pierwszem próbnem śniadaniu; przy astenii zaś, którą Z. spostrzegał u chorych na żółtaczkę, na drugie śniadanie wydziela się sok mniej kwaśny z mniejszą zawartością kwasu solnego; 4) u psów spostrzegał Z. znaczne przedłużenie wydzielania się soku i niektóre objawy ze strony żołądka, które występują i u chorych na żółtaczkę, n. p. odbijanie, wymioty i t. d. *Witold Orłowski.*

Żurkowski. **Zastosowanie atropiny w ostrej niedrożności jelit.** (*Bolnicznaja Gaz. Botkina*, 1901, Nr. 44). W jednym przypadku niedrożności ostrej jelit. pomimo zastosowania leków przeczyszczających: kalomelu, rzewienia i jalapy aa 0,3 wystąpiły wymioty kałowe. Ż. zastrzyknął pod skórę atropinę w dawce 0,005 (!). Po upływie $^1/_2$ godziny nastąpiły objawy zatrucia, mianowicie: zawroty głowy, rozszerzenie źrenic, wysychanie w jamie ustnej, poczerwienienie twarzy, tętno 100, małe; po upływie dwóch godzin bredzenie, omamy wzrokowe i słuchowe, wreszcie kurcze drgawkowe. Objawy zatrucia znikły same przez się po upływie pięciu godzin. Chora powróciła do przytomności, bóle w brzuchu i wymioty ustały; w nocy odeszły gazy, a wkrótce nastąpiło obfite wypróżnienie. *Witold Orłowski.*

Dr. P. Klemm. **O stosunku róży do zakażeń paciorkowcami i przyczynek do nauki o epidemiologii róży.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.* T. VIII, Z. III). 1) Wszelkie zakażenia paciorkowcami cechują się, w przeciwieństwie do zakażeń gronkowcami, małą skłonnością do ropienia. 2) Róża anatomicznie jest to *lymphangoitis streptomycotica superficialis.* 3) Każde ropienie, wywołane przez paciorkowce, wśród pewnych warunków może się stać źródłem róży. 4) Zakaźność róży jest nader mała. 5) Chcąc zapobiedz występowaniu róży, powinno się dokładnie izolować chorych, u których w ropie wykazaliśmy paciorkowce. Te bowiem, zawarte n. p. w ropie przy zapaleniu ucha środkowego, dostawszy się na zranioną skórę innego chorego, mogą u niego spowodować różę. *Herman.*

Prof. Mikulicz i G. Reinbach. **O tyreoidyzmie towarzyszącym wolu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir.* T. VIII). Dokładne badanie chorych, dotkniętych rozlaną przerostową postacią wola, wykazały, że w znacznej liczbie tych przypadków stwierdzić można było: bicie serca, drżenie rąk i języka, zawroty głowy, wzmożoną ogólnie pobudliwość nerwową i t. d., a więc objawy, które spotykamy i w chorobie Basedowa, lecz w stopniu nierównie silniejszym. Uwzględniając tedy korzystny, jakkolwiek niewytłómaczony, wpływ strumektomii w ciężkich postaciach choroby Basedowa, sądzą autorowie, że przerost gruczołu tarczykowego w tem cierpieniu jest tylko jednem z ogniw w łańcuchu objawów klinicznych, lecz ogniwem o znaczeniu multiplikatora. Po usunięciu tego ogniwa wszystkie objawy cechujące chorobę Basedowa, tak maleją, że znikają niemal zupełnie, lub ustępują wreszcie zupełnie przy leczeniu wewnętrznem. *Herman.*

Dr. Bergmann. **Krwotok jelitowy po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętej.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 27, 1901). Po uwolnieniu przez herniotomię pętli jelita cienkiego, na jeden mtr. długiej, w czterech godzinach wystąpił obfity krwawy stolec, — a niedługo potem drugi. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

W. Sachs. **Rzadkie wskazanie do wyjęcia macicy od strony kości krzyżowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 28, 1901). Zdarzyło się, że chora, cierpiąca na zniekształcające zapalenie stawów, biodrowych, skutkiem czego odwodzenie kończyn było znacznie upośledzone, zapadła na raka części pochwowej macicy. Dostęp do schorzałego narządu przez pochwę był niemożliwy; od jamy brzusznej zaś wydał się autorowi nieodpowiedni: wybrał przeto drogę od strony kości krzyżowej. *Herman.*

Dr. C. Hofmann. **Oglądanie i sondowanie przełyku przez wpust żołądka.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 29, 1901). H. na podstawie odpowiedniego spostrzegania klinicznego zwraca uwagę na okoliczność, że w pewnych przypadkach zwężeń przełyku możemy z korzyścią dla chorego esofagoskopować i sondować przełyk przez wytworzoną przetokę żołądkową. *Herman*

* * *

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dnia 28 listopada 1901 r.

Przewodniczący kol. Beck. Obecnych członków 46.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

II. Kol. przewodniczący odczytuje list Dra Dunina z Warszawy, zawierający serdeczne podziękowanie za przesłanie mu życzenia z powodu 25-letniego jubileuszu, i zawiadamia o przypadającem właśnie 25 leciu pracy pedagogicznej prof. Browicza Uchwalono przesłać prof. Browiczowi telegram gratulacyjny.

Następnie przedstawia kol. przewodniczący kol. Józefa Starzewskiego, który przeniósł się z sekcyi tarnowskiej do sekcyi lwowskiej.

III. Kol. Leon Feuerstein przedstawia i omawia przypadek chyluryi europejskiej, spostrzegany przez niego w poliklinice i klinice dermatologicznej (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabiera głos kol. Bylicki, podnosząc, że zupełny brak białka i tłuszczu w porcyach chylurycznych wskazuje na to, jak dokładnem jest każdorazowe opróżnienie pęcherza.

IV. Kol. Sołowij wygłasza odczyt p. t. »Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw — i bezgnilnego w położnictwie«

Na wstępie omawia prelegent trudności zastosowania wyników badania bakteryologicznego do doświadczenia klinicznego. Z tego powodu nie udało się jeszcze dojść do porozumienia co do wszystkich szczegółów postępowania przeciw — i bezgnilnego w położnictwie. Dalej porusza sprawę aseptyki rąk, abstynencyi, rękawiczek gumowych i ograniczenia badania wewnętrznego. Zapobiegawcze przepłókiwania pochwy podczas porodu i połogu uważa na mocy licznych doświadczeń klinicznych i bakteryologicznych wielu autorów raczej za szkodliwe, niż za użyteczne, za czem przemawiają także ogólnie lepsze wyniki pod względem chorobowości połogowej w tych zakładach, gdzie nie robią zapobiegawczych przepłókiwań pochwy. Niebezpieczeństwu samozakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi, znajdującymi się niekiedy w pochwie, przypisuje tylko bardzo wyjątkowe znaczenie.

Uwagi swoje kończy omówieniem stosunku, w jakim powinno pozostawać postępowanie przeciwgnilne do postępowania bezgnilnego w położnictwie. Zadanie położnika widzi w racyonalnem kombinowaniu postępowania przeciwgnilnego z postępowaniem bezgnilnem i podnosi konieczność i znaczenie pierwszego, zwłaszcza w praktyce prywatnej. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zabiera głos kol. Kadyi, zwracając uwagę na wodnik chloralu, znany mu dobrze z pracowni anatomicznej, który mógłby być, zdaniem jego, z pożytkiem stosowany w celach przeciwgnilnych. Środek ten zapobiega bardzo dobrze gniciu, a ma tę wyższość nad innymi, że nie działa drażniąco na skórę.

Kol. Szulisławski obawia się o wzrok noworodków w razie zaniechania, w myśl wywodów prelegenta, przestrzykiwań pochwy położnic środkami przeciwgnilnymi.

Kol. Sołowij opowiada, że przestrzykiwania takie nie zapobie-

gają zakażeniu noworodków, natomiast najlepszym środkiem, zapobiegającym zakażeniu noworodków, pozostaje wkraplanie azotanu srebrowego i protargolu do oczu noworodków.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za sekretarza *Dr. Leon Feuerstein.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 20 listopada 1901.

Przewodniczący: kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący zawiadamia o podziękowaniu, nadesłanem przez rodzinę ś. p. Nenckiego, za gorące objawy współczucia i udział w pogrzebie. Przyjęto do wiadomości.

III. Przewodniczący odczytał list Dra Dunina z podziękowaniem za przesłane przez Towarzystwo życzenia w dniu jubileuszu 25-letniej jego pracy zawodowej Przyjęto do wiadomości.

IV. Przyjęto do wiadomości nadesłane do Towarzystwa sprawozdanie z czynności Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy za czas od 3 lutego do 1 listopada 1901; dalej — zawiadomienie od tegoż Towarzystwa o walnem zgromadzeniu w dniu 24 listopada 1901, a wreszcie projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

V. Przewodniczący zawiadamia, że wniosek kol. prof. Wachholza w sprawie pominięcia referatów z prac polskich w rocznikach Virchowa-Hirscha upadł wobec listu Dra Posnera, nadesłanego do kol. prof. Wachholza z zadowalniającem wyjaśnieniem tej sprawy. Przyjęto do wiadomości.

VI. W sprawie budowy domu dla Towarzystwa przewodniczący zawiadamia, że Komitet budowy własnego domu pod przewodnictwem kol. Bielańskiego uchwalił, z powodu bardzo skąpo wpływających wkładek, wydać odezwę do członków Towarzystwa lekarskiego, zawierającą wezwanie do jak najobfitszych wkładek. Przyjęto do wiadomości.

VII. Wniosek komitetu, by przyjęto pomocnika dla kol. bibliotekarza, obarczonego nazbyt pracą — za roczną remuneracyą 200 koron (po 20 koron przez dziesięć miesięcy w roku), — uchwalono jednogłośnie.

VIII. Przewodniczący odczytał listę Komitetu przedwyborczego, proponowaną przez Komitet Towarzystwa. Według tej listy na przewodniczącego proponuje Komitetet kol. prof. Pieniążka, a na członków zwyczajnych następujących Kolegów: Ackermanna, Baurowicza, Brudzewskiego, Cerchę, Ciechanowskiego, Dobrowolskiego, Gertlera, Gorskiego, Grażyńskiego, Hermana Hirscha, Jungera, Kędziora, Ludomiła Korczyńskiego, Krokiewicza, Kryńskiego, Langiego, Tymoteusza Piotrowskiego, Reissa, Rosnera, Schwarza, Spirę, Surzyckiego, Urbanika i Zolla. Przyjęto jednogłośnie.

IX. Na członków zwyczajnych Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów: Stanisława Maziarskiego i Jana Strycharskiego.

X. Jako gościa przedstawił przewodniczący obecnym kol. Dra Kossobudzkiego z Warszawy.

XI. Kol. prof Rosner przedstawił chorą, cierpiącą na rozmiękczenie kości, u której leczenie zachowawcze fosforem nie tylko nie dało dodatniego wyniku, ale nawet wpłynęło ujemnie na trawienie, wobec czego dokonano wycięcia jajników. Operacyę wykonał kol. Urbanik, cięciem poprzecznem ponad spojeniem łonowem. Zabieg ten polepszył stan chorej o tyle, że bóle ustąpiły: chód nieprawidłowy pozostał z powodu wielkiego zniekształtnienia miednicy. Przy badaniu przez pochwę palec dochodzi do ostatnich dwóch kregów lędźwiowych, kość krzyżowa odchyliła się pod kątem prawie prostym ku tyłowi; nadto podgięła się sama pod bardzo ostrym kątem, co i przy badaniu zewnętrznem jest widoczne. Uda zgniotły miednicę, a linia bezimienna wsunięta jest do miednicy tak, że dotyka prawie kręgów lędźwiowych, zwłaszcza po stronie prawej.

XII. Doc. Dr. Siedlecki (jako gość) miał wykład: »O pasorzycie malaryi ze stanowiska zoologicznego« (przeznaczone do druku). W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Ciechanowski, prof. Bujwid i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorej z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza przez Dra Grzybowskiego i okazaniu kieszonkowego sztućca własnego pomysłu z narzędziami okulistycznemi przez kol. prof. Wicherkiewicza, nastąpił odczyt kol. prof K. Kleckiego »O cytotoksynach«.

* Dnia 2 grudnia b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności. Na posiedzeniu tem przedstawiono następujące prace: czł Szajnocha zdał sprawę z pracy p. W. Friedberga p. t.: »Otwornice warstw inoceramowych z okolic Rzeszowa i Dębicy«; czł. Witkowski zdał sprawę z pracy czł. K. Olszewskiego p. t.: »Oznaczenie temperatury inwersyi zjawiska Kelwina dla wodoru«; czł. E. Bandrowski zdał sprawę z pracy p. L. Brunera p. t. »O dysocyacii wodnika i alkoholanu chloralu w rozczynach; czł. N. Cybulski zdał sprawę z pracy p. M. Kirkora p. t. »O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«; czł. W. Natanson zdał sprawę z pracy p. S. Zaremby p. t.: »Przyczynek do teoryi pewnego równania fizyki matematycznej«; sekretarz J. Rostafiński przedstawił dwie prace czł. K. Żorawskiego p. t.: »Uwaga o pochodnych nieskończenie wielkiego rzędu» i »O pewnych zmianach długości liniowych elementów podczas ruchu ciągłego układu materyalnych punktów».

* Krakowskie Towarzystwo dermatologiczne odbyło dnia 3-go listopada pierwsze posiedzenie. Obecni wszyscy członkowie i kilku gości. Po zagajeniu posiedzenia przez przewodniczącego kol. Reissa, wybrano Wydział. Na interpelacyę kol. Baurowicza w sprawie rocznika Towarzystwa, zawiadomił kol. Reiss, że wydawanie rocznika jest postanowione i że w nim zamieszczone będą prace członków Towarzystwa. Na wniosek kol. Schwarza uchwalono uwalniać od wkładki rocznej kolegów młodszych (15 koron), którzyby do Towarzystwa należeć chcieli, a wkładki uiścić nie mogli. Po dłuższej dyskusyi w sprawie trwania roku administracyjnego, postanowiono rok ten zaczynać z dniem 1-go października. Uchwalono również, aby zwyczajne posiedzenia Towarzystwa odbywały się w pierwszą niedzielę po pierwszym każdego miesiąca, o godzinie 10-tej rano. W końcu kol. Reiss przedstawił ze swej kliniki następujące przypadki: *Lichen ruber planus, Ecthymata, Psoriasis gyrrata, Lues papulosa recidiva, Lues ulcerosa (Rupia), Pityriasis rosea* (Gibert). Kol. Boczar demonstrował przypadki *Favus capillitii,* leczone promieniami Roentgena.

* Wydział krajowy zamianował długoletniego sekundaryusza Szpitala krajowego we Lwowie Dra Włodzimierza Pajączkowskiego, dyrektorem Szpitala powszechnego w Sanoku.

* Zeszyt 8-my Odczytów klinicznych zawiera pracę Dra Teodora Dunina p. t. »Zasady leczenia neurastenii i histeryi«.

* Namiestnictwo przeniosło lekarzy powiatowych: Dra Dzikowskiego z Przemyśla do Tarnowa, Dra Ściborowskiego z Jasła do Limanowej. Dra Szczepańskiego z Ropczyc do Jasła, Dra Żukotyńskiego ze Zbaraża do Ropczyc, Dra Iwańskiego ze Skałata do Przemyśla, Dra Boryego z Przeworska do Dobromila. — Koncepistów sanitarnych: Dra E. Piotrowskiego z Limanowej do Lwowa, Dra L. Fuchsa z Bohorodczan do Zbaraża, i Dra Lubowieckiego z Tarnowa do Skałata. — Asystentów sanitarnych: Dra Godłowskiego ze Stryja do Bohorodczan, Dra Kowalewskiego z Rzeszowa do Przeworska, Dra Kurzyńca z Krakowa do Bochni, i Dra Kondratowicza ze Lwowa do Złoczowa.

* W Nrze 49 «Münchener medic. Wochenschrift« znajdujemy względnie obszerny życiorys Marcelego Nenckiego, pióra M. Hahna, ucznia nieodżałowanego biologa. Autor podał ścisłe daty biograficzne, poruszył całokształt badań Nenckiego, podnosząc ich wielką doniosłość i tchnął w ten rys biograficzny uczucie uwielbienia i wdzięczności dla swego, tak wcześnie zgasłego, nauczyciela. Życiorys kończy się uwagą, że Nencki był pochodzenia polskiego, posiadał niemiecką gruntowność i zapał do badań, odznaczał się słowiańską uprzejmością i humorem, a prostotą obejścia przypominał szwajcara. Dołączony portret wiernie oddaje męzkie rysy zmarłego.

* Minister oświaty zawiadomił Wydziały lekarskie, że w obronie krajowej wakują liczne posady lekarzy do służby czynnej. Minister

obrony krajowej oświadcza ze swej strony, że lekarzom takim przysługiwać będzie prawo przebywania przez dłuższy jeszcze czas w klinikach uniwersyteckich. Oprócz zwrócenia kosztów za studya w wysokości 6000 k., otrzymają nowozaciężni lekarze stopień lekarzy starszych już od czasu ich służby w klinikach, nadto. po przyjęciu ich w stan czynny, będą mogli przynajmniej przez $1\frac{1}{2}$ roku jeszcze uczęszczać do klinik i słuchać wykładów na koszt państwa.

* Prof. Krafft Ebing złożył podanie o spensyonowanie; następcą jego ma być mianowany prof. Jauregg.

* Ministeryum austryackie spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie, ażeby zarządy Zakładów dla badania środków spożywczych, wydając świadectwo, zaznaczały wyraźnie, że zaświadczenie dotyczy tylko tej jednej próbki, która była zbadaną, a nie całości wyrobu, towaru i t. d.

* W roku 1900 zachorowało na ospę w Bawaryi tylko 6 osób, t. j. 1 : 1,000.000; z tych sześciu zmarła jedna, która raz tylko była szczepiona; inne wyzdrowiały.

* Bakteryolog Chantemesse miał wynal źć surowicę przeciwdurową: kiedy w innych szpitalach paryzkich śmiertelność z duru wynosiła 25%, z leczonych w tym samym czasie przez niego 34 przypadków żaden nie umarł. Chantemesse wezwał innych lekarzy do leczenia duru jego surowicą; odsetek śmiertelności obniżył się w szpitalach z 25% na 6%, i to zmarli tylko ci chorzy, którym zastrzyknięto surowicę późno, więcej niż po tygodniu od dnia zachorowania.

* Drowie: Fowler, Crego i Putman, którzy z urzędu badali stan umysłowy Czołgosza, mordercy prezydenta Mac Kinleya, ogłaszają, że zbrodniarz ten pod względem umysłowym i cielesnym odznaczał się nieposzlakowanem zdrowiem.

* Francuski Kongres dla medycyny wewnętrznej rozpocznie się 1-go kwietnia 1902 roku.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVII (od 17 do 23—XI). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 29, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 10 (5 zamiejscowych), z zapalenia płuc 15 (5 zamiejscowych), z dławca 1 (zamiejscowy), z krztuśca 1. z płonicy 3 (1 zamiejscowy), z odry 5 (1 zamiejscowy), z duru brzusznego 3 (1 zamiejscowy), z cholery dziecięcej 1.

Tydzień XLVIII (od 24 do 30—XI): zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 45, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 14 (7 zamiejscowych), z zapalenia płuc 6 (4 zamiejscowych), z dławca 2 (zamiejscowych), z płonicy 5 (1 zamiejscowy), z odry 4 (1 zamiejscowy), z duru brzusznego 1 (zamiejscowy), z cholery dziecięcej 1.

* W trzecim kwartale b. r. zmarło w Krakowie osób 675, mianowicie: z gruźlicy 123 (51 zamiejscowych), z zapalenia płuc 90 (16 zamiejscowych), z dławca i błonicy 7 (5 zamiejscowych), z krztuśca 1, z ospy 4 (1 zamiejscowy), z płonicy 26 (10 zamiejscowych), z odry 13, z duru brzusznego 9 (3 zamiejscowych), z cholery dziecięcej 94 (10 zamiejscowych).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwyczajny ogólnej patologii Dr. Boinet mianowany został prof. kliniki lekarskiej w Marsylii.

Nekrologia. Zmarli: Prof. otologii w Rzymie Dr. Rossi. Prof. kliniki ginekologicznej w Palermo Dr. Chiarleoni. Dr. Michał Szydłowski, lekarz okręgowy w Żabiu, zmarł z duru w 33 roku życia.

Bibliografia:

— *Przegląd okulistyczny* (listopad). Noiszewski: Przyrząd kontrolujący celność strzelającego. Kuropatwiński: Jeszcze słów kilka o pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżyca i gwiazd na widnokręgu. Wicherkiewicz: Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki.

— *Kronika lekarska* Nr. 22. Sędziak: Wpływ pomyślny róży na przebieg ciężkiego ropnego zapalenia ostrego ucha środkowego. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d).

— *Zdrowie* Nr 12. Drecki: Szczepienie ospy ochronnej w powiecie kaliskim. Schwajcer: O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława w r. 1900. Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Mutermilch: O wzajemnem wykluczaniu się pewnych postaci chorobowych. Teodor Dunin (Szkic bibliograficzny). S. Sterling: W sprawie statystyki gruźlicy.

— *Medycyna* Nr. 49. Bernhardt: Wągry *(comedones)*. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. W. Wróblewski: Resekcya muszli dolnej. Ołtuszewski: Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 12. Mincer: Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii (dok.). Ciechanowski: Przypisek do artykułu dr. Mincera »Kilka uwag o ważniejszych zagadnieniach urologii«.

— *Przegląd felczerski* Nr. 5. L.: O krwawieniu i sposobach tamowania krwi. R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (c. d.). Freitich: Ciepłomierz.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Babák: Pojem biologie (c d.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikálni léčeni ischurie při zbytněni předstojnice. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Labbé: Tłuszczakogruczolak szyi pochodzenia gruźliczego. Touche: Lokalizacya mózgowo-korowa pamięci topograficznej. Londe: W sprawie białkomoczu przepuszczającego w płoniczem zapaleniu nerek. — Nr. 97. Merklen i Rabé: O zmianach mięśnia sercowego w mocznicy, ostrawe zapalenie śródmiąższowe mięśnia sercowego pochodzenia mocznicowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Borchardt: O przepuklinie lędźwiowej i stanach pokrewnych. Westphal: O objawie źrenicowym Westphala-Piltza. Lewin: Nowy przyrząd do stosowania środków żrących. Bang: Obecny stan biologicznego badania światłem i terapia świetlna. Lexer: O ranach brzucha (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Schnabel: O zezie następowym. Hamburger: Uwagi biologiczne o ciałach białkowatych w mleku krowiem i o żywieniu osesków. Fleischl: O »Fanghi di Selafani« mało znanym, lecz bardzo skutecznym leku w trądziku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Vulpius: Leczenie przykurczeń i zrostów w stawie kolanowym. Hildebrand: O wartości rozpoznawczej promieni Röntgenowskich w medycynie wewnętrznej. Hügel: Wyniki badań nad 4 przypadkami mikrosporów i 81 trychofitów. Curschmann: Rozpoznawcza ocena spraw zapalnych, występujących w jelicie ślepem i wyrostku robaczkowym (dok.). Gruber: Przyczynek do teoryi o antytoksynach (o bakteryolyzie i hemolyzie).

Redakcya otrzymała: Łagowski: 1) Przyczynek do oceniania wartości sposobu leczenia suchotników w domu. 2) Gruźlica i walka z nią (uzupełnione tłómaczenie konkursowej rozprawy dra Knopfa). Łada-Noskowski: Sulfhydrothérapie antimicrobienne. Stankiewicz C.: De la rétention foetale dans la grossesse tubaire. Ehrmann: Erfahrungen über die therapeutische Wirkung der Elektricität und der X. — Strahlen. Tchórznicki: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym. Biernacki: Zasady poznania lekarskiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 b m., o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem nastąpią wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na r. 1902.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XL. Kraków, 21 Grudnia 1901. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

O wycinaniu śledziony.

(Wedle wykładu mianego na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński

elew kliniki.

W chirurgii śledziony, jak w chirurgii wielu innych narządów, spostrzegamy zjawisko, że zabiegi, dążące do wydalenia całego, choćby tylko częściowo zmienionego narządu, wyprzedzają znacznie dążenie do wyleczenia choroby danego narządu z zachowaniem jego dla ustroju. Przyczyną tego są fantastyczne nieraz pojęcia o fizyologii i patologii narządów, a nie mniej przeciwności i trudności, z jakiemi walczyć musieli chirurdzy w erze przedantyseptycznej. Przyszywanie wędrującej śledziony, odprowadzanie wypadłej przez ranę w powłokach brzusznych na jej pierwotne miejsce, zeszywanie i tamowanie krwotoku przez tamponowanie pękniętej śledziony z pozostawieniem jej w ustroju, to zdobycz dopiero ostatnich paru dziesiątków lat, chluba nowoczesnej chirurgii.

Nierównie starsze wycinanie śledziony, dawniej z pewnością za często używane, znachodzi obecnie zastosowanie mniej często i obwarowane zostało ścisłemi wskazaniami.

Już ponoś w wiekach starożytnych, gdyż za czasów Pliniusza, miano wycinać śledzionę siłaczom i biegaczom. To miało udoskonalać ich zawodową zręczność. Wtedy też wiedziano już o tem, że śledziona nie jest narządem koniecznie do życia potrzebnym. I tak Pliniusz wspomina: (Historia naturalis lib. XI. cap. XXXVII). „Ventriculus atque intestina pingui ac tenui omento integuntur praeter quam ova gignentibus. Huic adnectitur lien in sinistra parte adversus jecori, cum quo locum aliquando permutat, sed prodigiose... Peculiare cursus impedimentum aliquando in eo, quam ob rem inuritur cursorum laborantibus. Et per vulnus etiam exempto vivere animalia tradunt. Sunt, qui putant adimi simul risum homini intemperantiamqe eius constare lienis magnitudine“.

Od tego czasu milczą kroniki aż do XVI. wieku. W roku 1549 miał Zaccarelli z Neapolu wyciąć u kobiety śledzionę, powiększoną skutkiem zimnicy i to z pomyślnym wynikiem. Mimo to operacya ta przez dwa następne wieki nie znalazła naśladowców i to jest powodem, dlaczego powątpiewają o prawdziwości tego przypadku.

W porządku chronologicznym następuje przypadek Ferreriusa, który w r. 1711 wyciął śledzionę u kobiety w mniemaniu, że ma do czynienia z ropniem pod powłokami brzusznemi.

Dopiero jednak od roku 1826 datuje się prawdziwa historya splenektomii. W tym bowiem roku Quittenbaum z Rostoku przystąpił do wycięcia śledziony u chorego, dotkniętego prawdopodobnie białaczką, a operował, mając już poprzednio wyrobioną technikę operacyjną dzięki doświadczeniom na zwierzętach i z całą świadomością faktu, że przystępuje do wycięcia śledziony. Przypadek ten skończył się niepomyślnie, więc nic dziwnego, że dopiero w r. 1855 na taką samą operacyę odważył się Küchler z Darmstadtu, wycinając śledzionę ważącą 625 grm., powiększoną skutkiem zimnicy. I tym razem chory umarł w 2 godziny po operacyi skutkiem krwotoku z niepodwiązanej gałązki tętnicy śledzionowej. Przypadek ten nabrał większego rozgłosu (roztrząsano go na sądzie honorowym) i wywołał dyskusyę trwającą bez przerwy 10 lat. Na czele przeciwników splenektomii stanął wówczas Gustaw Simon. Spory te i niepomyślne dotychczas wyniki nie odstraszyły Spencer-Wellsa (Londyn) od tej operacyi. W r. 1865 wyciął on u kobiety 34-letniej śledzionę białaczkową. Przypadek skończył się śmiertelnie; mimo to znalazł naśladowców w osobie Bryanta i Backer-Browna, którzy już w następnym roku (1866) wycięli białaczkowe śledziony. I te przypadki zakończyły się śmiertelnie. W roku 1867 wykonał splenektomię z pomyślnym wynikiem Péan w Paryżu u pacyentki 24-letniej z powodu torbiela śledziony; $^2/_3$ wyciętej śledziony ważyły 1140 grm., a oprócz tego wypuszczono z torbiela przeszło 3 litry płynu gęstego. Pacyentka ta żyła po operacyi jeszcze blisko lat 15, jak to wynika z listu Péana do Dra Zesasa w roku 1880. Przypadek Péana przekonał wszystkich, że nie tylko zwierzęta żyć mogą bez śledziony, ale i ludzie i to bez uszczerbku na zdrowiu. On też spowodował, że splenektomia przyjęła się u wszystkich chirurgów; na nim przekonano się, że operacya ta nietylko jest możliwą, ale nawet w pewnych chorobach wskazaną. Każdy rok od tego czasu przynosił nam świeże sprawozdania o dokonanej splenektomii. Piśmiennictwo kazuistyczne i dość pokaźna liczba statystyk, które z roku na rok coraz bardziej się zwiększały, pozwalają nam nie tylko obliczyć odsetek śmiertelności po dokonanej operacyi, ale nawet należycie ocenić, jakie są wskazania i przeciwskazania i czy i jakie następstwa pociąga za sobą wycięcie śledziony.

W roku 1887 zestawił Adelmann z piśmiennictwa 53 przypadków splenektomii, które w szczegółach przedstawiają się następująco:

	Choroba śledziony	*Liczba przyp.*	*Wyzdrow.*	*Umarło*
1.	Bąblowiec	2	1	1
2.	zropienie	1	1	
3.	śledziona wędrująca	8	6	2
4.	torbiele	3	3	
5.	mięsak	1	1	
6.	przerost zimniczy	7	2	5
7.	przerost zwykły	12	2	10
8.	białaczka	19	1?	18
	Razem	53	17	36

O parę lat zaledwie późniejsze zestawienie Gottschalka wykazuje, że operacyę tę wykonano już 77 razy, a mianowicie:

Choroba śledziony.	*Liczba przyp.*	*Wyzdrow.*	*Umarło*
1. Bąblowiec	3	2	1
2. zropienie	2	3	—
3. śledziona wędrująca	16	15	2 = 12·5%
4. torbiele	4	3	1 = 25%
5. mięsak	2	1	1 = 50%
6. przerost zimniczy	9	4	5 = 55·5%
7. przerost zwykły	18	3	15 = 83·33%
8. białaczka	23	1	22 = 95·65%
Razem	77	30	47 = 59·84%

Do roku 1894 zestawił Vulpius 117 przypadków, a mianowicie:

Choroba śledziony.	*Liczba przyp.*	*Wyzdrow.*	*Umarło.*
1. białaczka	28	3 = 10·7%,	25 = 89·3%
2. przerost śledz. zimn., zwykły i śledz. wędr.	66	42 = 63·6%,	24 = 36·4%
[zimnica sama	26	15 = 57·7%,	11 = 42·2%]
3. bąblowiec	5	3 = 60%,	2 = 40%
4. torbiele	4	4 = 100%	
5. mięsak	4	3 = 75%,	1 = 25%
6. zropienie	3	3 = 100%.	
7. zastoiny	3	—	3 = 100%
8. skrobiawica	1	—	1 = 100%
9. kiła	1	1 = 100%	—
10. pęknięcie	2	—	2 = 100%
Razem	117	59 = 50·4%.	58 = 49·6%

W roku 1897 zestawił Vanverts (Paryż) 269 wszystkich przypadków, a statystyka jego przedstawia, się jak następuje:

Choroba śledziony.	*Liczba przyp.*	*Wyzdr.*	*Umarło.*
1. urazy śledziony	18	8	10
2. ropnie	4	3	1
3. torbiele	18	15	3
4. przerost: a) białaczkowy	29	3	26
» b) zimniczy	79	56	23
» c) inne	94	56	38
oprócz tego jeden przypadek o niewiadomym wyniku.			
Razem	243	141	101

czyli ogólny odsetek śmiertelności około 41·7%.

Z dostępnego mi piśmiennictwa mogę wynotować następujące zapiski o splenektomii po roku 1897:

1897. R. Bartz (Akwizgran): Białaczka-splenektomia. $6^1/_2$ funta, śmierć w 10 godzin, skutkiem zapadu.

„ B. v. Beck: Pęknięcie śledziony. Splenektomia, wyzdrowienie.

1897. A. Nannotti. Przerost śledziony zimniczy 3 razy; 3 razy splenektomia; 1 raz śmierć, 2 wyzdrowienie. Wycięte śledziony ważyły: 3·4, 2·5, 1·5 kg.

„ J. Homans (Boston): Naczyniak jamisty śledziony. Splenektomia, zapad, śmierć po 20 godzinach.

1897. Olgiati: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Ghetti: Torbiel surowiczy śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. Stierlin: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Ballance: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. Bardenheuer: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Zapad, śmierć.

1898. M. P. Jakowlew: Bąblowiec śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ J. Jovanović: Śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Krabbel: Pęknięcie śledziony podskórne. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1899. Tricomi (Padwa) wykonał 17 razy splenektomię, a to:
7 razy: przerost zimniczy; raz śmierć.
5 „ śledziona wędrująca; wyzdrowienie.
3 razy: przerost zwykły; wyzdrowienie.
1 „ białaczka; śmierć.
1 „ bąblowiec; wyzdrowienie.

1898. Savor: Pęknięcie śledziony. Splenektomia Wyzdrowienie.

„ Paul Delbet: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. F. Lacetti: Przerost śledziony zimniczy. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Bardenheuer: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ X. Arpad G. Gerster: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć w 10 godzin.

1899. Georg Heaton: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Perthes: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Eigenbrodt: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć w 6 godz.

„ Trendelenburg: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Śmierć 7-go dnia.

„ Seydel (Monachium): Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Zapalenie otrzewnej, śmierć w 12 dni.

„ Krylow: Mięsak śledziony. Zapad, śmierć w 4 g. Śledziona ważyła $8^1/_2$ funta ros.

„ Trendelenburg: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Janz: Białaczka. Splenektomia. Wyzdrowienie. Po 2 miesiącach śmierć.

„ Lewerenz: Pęknięcie śledziony. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1898. 1899. Cohn: 2 przyp. pęknięcia śledz. Splen. 1 śmierć. 1 wyzdrow.

1899. Czerny: Torbiel. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. Llobet: Rak sieci, przerost śledziony. Splenektomia. Waga 2500 grm. Wyzdrowienie.

„ Jonnesco: a) Guz śledziony białaczkowy; 3 razy. Splenektomia. 3 razy śmierć.
b) 28 przyp. przerostu śledziony zimniczego. Splenektomia; 20 wyzdrow. 8 śmierci. (7 przyp. operowanych w r. 1896).
c) Bąblowiec śledziony w r. 1896. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. D'Arcy-Power: Przerost śledziony, śledziona wędrująca. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1900. Karewski: Zgorzel po urazie. Splenektomia. Wyzdrowienie.

„ Subbotić: Przerost śledziony zimniczy. 6 przyp.; splenektomia. 5 wyzdrowień. 1 śmierć z powodu posocznicy.

Michajłowski: a) przerost śledziony zimniczy 16 przyp.; splenektomia. 16 wyzdrowień. 1 śmierć z powodu lewostronnego zapalenia płuc i opłucnej.
b) torbiel krwawy śledziony po urazie; splenektomia, wyzdrowienie.

1901. Jordan (Heidelberg); Pęknięcie śledziony. Splenektomia, wyzdrowienie.

1901. M. L. Harris: 1899. Przerost śledziony pierwotny. 1901. Przerost śledziony Splenektomia, wyzdrowienie.

1898. Colzi: 3 przyp. niedokrewności śledzionowej. Splenektomia. 2 wyzdrowienia. 1 śmierć z posocznicy,

1899. Cushing: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia, wyzdrowienie.

1900. Osler: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia. Wyzdrowienie.

1899. Tscherniachowski: Przerost śledziony pierwotny. Splenektomia, wyzdrowienie.

Do tego doliczyć jeszcze należy 3 przypadki.

1890. Rydygier (Kraków): Białaczka, splenektomia, śmierć w 2 godziny.

1901. K a d e r: Przerost śledziony z zastoju, marskość wątroby i zwyrodnienie skrobiowate. Splenektomia, śmierć.

1901. R y d y g i e r: Białaczka rzekoma; splenektomia, wyzdrowienie.

Od roku 1897 zatem dokonano splenektomii w 112 przypadkach, mianowicie z powodów następujących:

	Liczba splenckt.	*Wyzdr.*	*Umarło.*
Obrażenia	21	13	8
Śledziona wędrująca	9	9	—
Przerost zwykły	4	4	—
» zimniczy	54	43	11
» białaczkowy	7	1	6
» rzek. biał. *(anaem. spl.)*	9	8	1
Torbieli	3	3	—
Bąblowiec	2	2	—
Nowotwory i mięsak	1	—	1
» i naczyniak	1	—	1
Obrzęk zastoin. *(cirrhosis hepat.)*	1	—	1
Razem	1!2	83	29

czyli ogólny odsetek śmiertelności od r. 1897 wynosi około 26·13°/₀.

W połączeniu ze statystyką V a n v e r t s a, ogłoszoną w r. 1897, dokonano dotychczas splenektomii w 355 przypadkach z 36·72% śmiertelności Statystyką tą objąłem także przypadek, niedawno operowany przez R y d y g i e r a, a którego historya choroby przedstawia się jak następuje:

W y w i a d y. B. S. mężczyzna 50-letni. Rodzice pomarli, ojciec na cholerę, matka na »puchlinę wodną«. Z rodzeństwa brat umarł na zapalenie płuc, a siostra na suchoty. Reszta rodzeństwa (2 siostry) zdrowa. Sam chory w 7. roku życia przebył zimnicę o typie rozmaitym. co drugi lub co trzeci dzień, trwającą bez przerwy przez półtora roku. Już wtedy, a zatem w 8. roku życia, wyczuwał sam chory pod lewym łukiem żebrowym guz płaski, twardy (jak deska), mniejszych naturalnie rozmiarów niż obecnie, grubości dłoni. Popod guz ten mógł z łatwością dłoń swą wprowadzić.

Od tego czasu co parę lat zapadał ciągle na zimnicę, również o typie rozmaitym, a z tą różnicą od pierwszej. że nie trwała ona każdorazowo dłużej nad miesiąc. Zimnica występowała przeważnie w porze wiosennej. Takie częste występowanie zimnicy u chorego trwało do 25 r. życia. W tych czasach przebył także lekki gościec stawowy, głównie w lewym stawie barkowym i w obu stawach kolanowych. Od czasu do czasu pojawiały się i później bole pod postacią łamania w wyżej wymienionych stawach.

W 38 r. ż. przebył chory dur brzuszny, w czasie którego potworzyły się mu wrzody na podudziu lewem. Chorował wtedy przez 6 miesięcy. W parę miesięcy potem przebył znowu zimnicę, o typie codziennym, lekkim przebiegu, trwającą kilka tygodni.

W 2 lata potem (w 40 roku życia) przebył czerwonkę, trwającą 6 tygodni.

W 43 roku życia (lat temu 7), uległ zapaleniu płuc, które trwało 5 tygodni.

Od 5 lat cierpi na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Od czasu do czasu występują bardzo silne bole pod postacią kurczów, rozprzestrzeniające się z pod dołka podsercowego na obie strony popod łuki żebrowe. Nadto miewa chory uczucie ciśnienia i pełności w żołądku i od czasu do czasu stwierdza z łatwością pluskanie w żołądku. Stolec w tych czasach rozmaicie się zachował. Od czterech lat dolega choremu lewe jądro; doznaje on w tej okolicy bolu głównie przy kaszlu i chodzeniu; nadto ma uczucie ciążenia w dole. W tym już czasie doznaje chory uczucia, że guz pod łukiem żebrowym »ciśnie«. Jest to jednak uczucie ucisku, a nie bolu.

Parę tygodni temu spostrzegł, że g u z p o d ł u k i e m ż e b r o w y m p o w o l i s i ę p o w i ę k s z a (sterczy). Od tego czasu stale występują w tej okolicy dolegliwości, a mianowicie: przy kaszlu, chodzeniu, oddechaniu występuje w okolicy guza bardzo silny ból pod postacią kłócia. Nadto skarży się chory na bole w dołku podsercowym, które ztąd rozpromieniają się popod łuki, do grzbietu jednak nie dosięgają. Od kilku miesięcy chory kaszle. Stolec w ostatnich czasach przeważnie zaparty i chory stale używa środków przeczyszczających. Na te wszystkie dolegliwości ciągle się leczył, lecz mimo leczenia (chininą) guz ten nie zmniejsza, owszem nawet się powiększył, a bóle się spotęgowały.

Napojów wyskokowych nigdy nie nadużywał. Żadnych chorób wenerycznych nie przebywał. Mocz zawsze oddawał prawidłowo.

S t a n o b e c n y. Osobnik wzrostu średniego, słabo zbudowany, licho odżywiony, z objawami rozedmy płuc i rozległego nieżytu suchego oskrzeli. Przy pierwszym tonie nad koniuszkiem serca szmer. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno miarowe, dobrze napięte, wynosi 72 na minutę. Brzuch: po stronie lewej pod łukiem żebrowym znacznie wypuklony. Żyły skórne w tej okolicy wybitnie porozszerzane. Wypuklenie to sięga ku tyłowi aż w okolicę lędźwiową. Przy oddechaniu wypuklenie rzeczone przesuwa się. Zresztą innych zmian wzrokiem wykazać nie można. Obmacaniem stwierdza się, że wypuklenie to zależy od guza, wychodzącego z pod łuku żebrowego lewego; guz ten, o powierzchni niezupełnie równej, wielkości głowy dorosłego człowieka, zbitości twardej, daje się z łatwością przesuwać z boku na bok. Dolny brzeg guza gruby, okrągły. twardy i bolesny. Wypuk nad nim stłumiony. Przy położeniu na prawy bok guz sięga: w linii sutkowej do łuku żebrowego, w linii pachowej przedniej do 7 żebra, w linii pachowej tylnej do 9 żebra; granica tylna wypukiem oznaczyć się nie daje. Nad resztą brzucha wypuk jawny, bębenkowy. Wątroba daje się wymacać na 2 palce poniżej łuku, o brzegu cienkim, gładkim; wypukiem sięga na 3 palce poniżej łuku. Innych nieprawidłowości przy obmacaniu stwierdzić nie można. Kanał pachwinowy nie rozszerzony. Prócz tego badanie stwierdza żylak powrózka nasiennego *(varicocele)* po stronie lewej, znacznego stopnia. Gruczoły karkowe, szyjne, nad- i podobojczykowe i pod pachami, nie wyczuwalne. Gruczoły pachwinowe powiększone, wyczuwalne, wielkości grochu i fasoli, miernie miękie. Obrzęków na podudziach i stopach brak. Na podudziu lewem znajdują się liczne blizny po przebytych wrzodach. Przy badaniu przez odbytnicę żadnych nieprawidłowości stwierdzić nie można. Opukowej bolesnosci kości mostka i piszczeli niema.

18/4. Mocz barwy pomarańczowo żółtej, c. g. 1020, oddziaływania kwaśnego; białka ślad, cukru brak; chlorki prawidłowe; indykan zwiększony.

Rozbiór treści żołądkowej:

	dnia 24/4.	dnia 24/4.	dnia 25/4.	dnia 26/4.
	Na czczo po wlaniu 100 gram. wody.	Metoda białkowa po upłynięciu 3 kwandransy po wlaniu 50 gram. wody.	Obiad próbny Leubego w 4 godziny.	Śniadanie Boasa w 1½ godz.
Ilość płynu aspirow. Wejrzenie i własności fizyk. treści samej:	90 ctm.³ zielonawo-żółta ze strzępami śluzu.	40 ctm.³ zielonawo-żółta z nielicznemi resztk. białka.	300 ctm.³ zielonawa z resztkami pokarmu.	50 ctm.³ zielonawo-żółta z resztkami pokarmu.
przesącz:	zielonawy. przeźroczyst., lekko opalizujący.	przeźrocz., wodojasny.	przeźrocz. opalizujący.	wodojasny.
oddziaływan.:	słabo kwaśne.	kwaśne.	kwaśne.	kwaśne.
kwas solny:	brak.	brak.	wyraźny.	wyraźny.
kwas mlek.:	wyraźny.	wyraźny.	brak.	brak.
stopień kwas.	2.	5.	40.	—
śluz:	wyraźny.	obecny.	obecny.	obecny.
białko rozpuszcz.:	nieobecne.	obecne.	obecne.	—

Badanie krwi przed operacyą.

Krew świeża:	dnia 17/4.	dnia 25/4.
ilość ciałek białych. . . .	22,000	15.000.
» » czerwonych .	6.000,000	6.000,000.
stosunek	1 : 270.	1 : 400.

Erytrocyty:

barwa:	prawidłowa.	prawidłowa.
lepkość:	»	»
mikrocyty:	mierna ilość.	mierna ilość.
poikilocyty:	tu i ówdzie.	tu i ówdzie.

Krew barwiona.

Sposób barwienia: trójbarwik Ehrlicha.
» ustalenia: alkohol.

Ciałka białe:

neutrofilnych:	82%	86%
limfocytów:	6%	6%
przejściowych:	3%	jednojądrzast. dużych 3%
eozynochłonnych:	9%	5%

Dwukrotne badanie krwi na plasmodya zimnicze dało wynik ujemny.

Przez cały czas pobytu w klinice przed operacyą stan chorego jednakowy, a może nawet gorszy, bo bóle gwałtowniejsze. Dla złagodzenia kaszlu zastosowano: *Infus. Polyg. Senegae 8,00:200,00.*

Rozpoznanie kliniczne: *Tumor lienis chronicus, probabiliter malaricus.*

30/4. Na dzień przed mającą się odbyć operacyą podano choremu napar naparstnicy 1·50:200,00, olejek rącznikowy i polecono kąpiel.

1/5. Splenektomię wykonano w narkozie chloroformowej po poprzedniem wstrzyknięciu morfiny. Operator po prawej stronie chorego. Cięcie w smudze białej od wyrostka mieczykowatego na 3 palce poniżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono: powiększenie śledziony olbrzymich rozmiarów, śledziona zlepiona bardzo licznemi, obficie unaczynionymi silnymi zrostami z siecią dużą. W samej sieci liczne żyły porozszerzane, dochodzące grubości palca. Zrosty te na tępo oddzielono, co okazało się bardzo trudnem. Podwiązano naczynia przebiegające w sieci. Oddzielnie podwiązano tętnicę i żyłę śledzionową, podwiązano wiąz żołądkowo-śledzionowy, następnie odcięto szypułę, podwiązano wiąz przeponośledzionowy, tę szypułę odcięto i wydobyto guz. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej ze skrzepów krwi, włożono w powstałą jamę seton z gazy jodoformowej, poczem ranę brzuszną częściowo zaszyto, zostawiając na 2 palce nad pępkiem miejsce wolne dla gazy, poczem założono opatrunek.

Cały ten zabieg operacyjny trwał 5 kwadransów (od 11¼ do 12½). Już w czasie operacyi z powodu (wprawdzie niezbyt wielkiego) krwotoku, jak też i nędznego wejrzenia chorego, wstrzyknięto pod skórę podudzia 1000 grm. fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Badanie anatomiczne wyciętej śledziony. Śledziona znacznie powiększona: długość 27 ctm., szer. 16, grubość 11 ctm., ciężar 2650 grm. Na powierzchni jej widoczne liczne, silne, łącznotkankowe zrosty. Torebka w całości znacznie zgrubiała *(perisplenitis chron. fibrosa)*, gdzieniegdzie chrząstkowato twarda.

Na przekroju: miąższ barwy szarowiśniowej, zbitszy; budowa śledziony zatarta, naczynia porozszerzane o ścianach zgrubiałych. Oprócz tego widać liczne, małe, szarobiaławe, nieregularnego kształtu ogniska *(leucaemata)* i kilka wielkich ognisk żółtawobiałych (obumarłe zawały z niedokrewności); ogniska te przechodzą i na torebkę, która w tych miejscach jest bardziej białawą.

Mikroskopowo stwierdza się obrazy odpowiednie, to znaczy: w zawałach partye zupełnie nie barwiące się; w miąższu zaś śledzionowym znaczną wybujałość podścieliska i pierwiastków limfatycznych.

Rozpoznanie anatomiczne: *Tumor lienis chronicus*, a ze względu na badanie krwi: *pseudoleucaemicus.*

Przebieg pooperacyjny. Przez pierwszych parę dni po operacyi stan chorego był dość lichy: stan podgorączkowy 37·5°, tętno słabo napięte, przyspieszone, 100 na minutę. 2/5. hipodermokliza z 1000 grm.; 3/5 napar naparstnicy 1·50:200,00, nadto napar krzyżownicy cierpkiej *(infus. Polyg. Senegae 8,00: 200,00).*

4/5. Zmieniono powierzchowne warstwy opatrunku. Stan gorszy: ciepłota 38·6°, tętno przyspieszone, chory skarży się na kłócie w okolicy łopatki prawej i kaszel, a przy badaniu stwierdzono: w szczycie prawym i poniżej liczne drobno- i średniobańkowe rzężenia. Chory niespokojny, podnosi się, a nawet wstaje z łóżka i nieco majaczy. Stan taki trwał do 9/5. Stosowano suche bańki, napar krzyżownicy cierpkiej *(Infus. Polyg. Senegae)*, a co drugi dzień napar naparstnicy. Dnia 9/5 zmieniono opatrunek, przyczem szwy częściowo wyjęto. Po tej zmianie stan chorego się polepszył: ciepłota obniżyła się do 37·5°, stan podmiotowy również polepszył się, ale tylko na kilka godzin, po upływie których chory znów był niespokojny, rzucał się, podnosił, krzyczał i doszło do tego, że mimo ustawicznych upomnień wstał dnia 11/5 z łóżka z zamiarem przejścia się. W czasie tego szwy się rozeszły i cała rana się otworzyła. Przy natychmiastowej zmianie opatrunku stwierdzono: rana otwarta długości 10 ctm., szerokości 6 ctm.; na dnie rany znajduje się lewy płat wątroby, zakrywający całą ranę. Po stronie prawej zrosty między przednią ścianą jamy brzusznej, a wątrobą. Po stronie lewej brak zrostów, znajduje się jama, cała ropą wypełniona. Po przepłókaniu otwartej jamy i po oczyszczeniu rany włożono w miejsce śledziony gazę wyjałowioną z maścią borową, poczem założono opatrunek lekko uciskający. Przez trzy dni następne chory jednakowo się miał, był niespokojny i chwilami majaczył. Po trzech dniach lekkie te zaburzenia umysłowe przeszły, lecz stan chorego przez cały maj nie był dobry z powodu wysokiej ciepłoty, dochodzącej do wysokości 39·6°, jak też i z powodu ogromnego osłabienia. Zmieniano opatrunek co drugi dzień; rana bardzo powoli, ale stale się zmniejszała. Ten stan gorączkowy utrzymywał się do 29/5. Tego dnia chory przestał gorączkować, a wraz z ustąpieniem gorączki coraz bardziej zaczął przychodzić do sił.

Jedynem powikłaniem, jakie się w tym czasie pokazało, było wystąpienie świądu po całem ciele. Przedmiotowo jednak na skórze żadnych zmian nie stwierdzono.

Nadto skarżył się chory na ogólne osłabienie i na bóle, występujące głównie w nogach (w mięśniach ud).

Taki stan utrzymywał się do 20/6. Tego dnia popołudniu o godzinie 4-tej, wśród gorączki 38·8° i dreszczów bardzo silnych, wystąpił typowy napad zimnicy, trwający blisko 2 godziny.

Badanie krwi, wykonane bezpośrednio po napadzie, nie wykazało plasmodyów.

Przez następnych dni kilkanaście, do 6 lipca, przebieg znowu był bezgorączkowy, zupełnie prawidłowy.

Tego dnia wieczorem wśród gorączki 37·9° i dreszczów wystąpił drugi napad zimnicy, zupełnie do pierwszego podobny, tylko słabszy i krócej trwający, a przy badaniu krwi, wykonanem następnego dnia, również plasmodyów zimniczych nie wykazano.

Obecnie stan chorego zadowalniający. Stan zupełnie bezgorączkowy, chory tylko przez te 2 napady zimnicze bardzo osłabiony, jakby zmęczony; nadto skarży się na ból w udach i świąd, a jako jego powód stwierdzono ograniczony wyprysk na skórze uda lewego, który wystąpił dnia 18/6.

Rana bardzo powoli, ale stale się zmniejszała, tak, że dn. 10/7 długość jej wynosiła tylko 4 ctm., a szerokość 2 ctm.

Co się tyczy zachowania się krwi w czasie pooperacyjnym, to badanie jej wykazuje: 2/5. Krew świeża: ilość ciałek białych 66,000.
» » czerw. 7.000,000.
stosunek 1:121.

Krew barwiona: Ciałka białe: ilość odsetkowa:

neutrofilnych	86%.
eozynochłonnych	5%.
limfocytów małych	5%.
» dużych	4%.

Dnia 4/5. Ilość ciałek białych: 44,600.
» » czerwonych 5,725.000.
stosunek 1:128.

7/5. ilość ciałek białych: 43,000 } stosunek:
» » czerwon. 6.000.000 } 1:140

Ciałka białe: ilość odsetkowa:

neutrofilnych	86%.
limfocytów małych	2%.
przejściowych	4%.
eozynochłonnych	4%.
limfocytów dużych	4%.
ciałka czerwone jądrzaste	1%.

9/5. ciałek białych: 58,400. } stosunek:
» czerwon 5.600,000 } 1:96.

12/5. ciałek białych: 53,000. } 1:99.
» czerwon. 5.250,000 }

Ciałka białe: neutrofilne 88%.
limfocyty małe 2%.
przejściowych 4%.
eozynochłonnych 2%.
limfocytów dużych 4%.
ciałek czerwonych jądrz. 4%.

17/5. ciałek białych: 46,400, } 1 : 72.
» czerwon. 3.350.000

Ciałka białe: neutrofilnych 80·8%.
limfocytów 5·2%.
jednojądrzastych dużych 4%.
przejściowych 6%.
eozynochłonnych 4%.

C. czerwone jądrzaste do białych jak 4 : 500.

28/5. ciałek białych : 28,600.
» czerwon. 4.600,000.
stosunek 1 : 160.

8/6. ciałek białych 24,000.	Ciałka białe: neutrofilnych 68%.
» czerwon. 4 750,000	limfocytów 19%.
stosunek 1 : 197.	jednojądrz. dużych 4%.
15/6. ciałek białych: 22,000.	przejściowych 4%.
» czerwon. 5.000.000.	eozynofilnych 5%.
stosunek 1 : 227.	

ciałka białe: neutrofilnych 68%.
limfocyty małe 23%.
» duże 3%.
eozynofilne 4%.
przejściowe 2%.

20/6. po napadzie zimnicy:
ciałek białych: 15,000.
» czerwon. 5.249,000.
stosunek 1 : 345.
Na preparacie 4 normoblasty.

28/6. ciałek białych: 16,000.
» czerwon. 4.500.000.
stosunek 1.286.

7/7. po napadzie malaryi:
ciałek białych: 30,000 } 1 : 108.
» czerw. 3.250,000

ciałka białe: neutrofilnych 70%.
limfocytów małych 25%.
» dużych 2%.
przejściowe 1%.
eozynofilne 1%.
Na preparacie 3 myelocyty.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Przypadek niezwykłego umiejscowienia obrażenia części miękich główki płodu, powstałego podczas porodu.

Napisał
Dr. Kazimierz Bocheński
asystent kliniki.

Obrażenia części miękich główki płodu podczas porodu powstają najczęściej wskutek niestosunku porodowego, szczególniej zaś przy miednicach płaskich, gdy siły wydalające wtłaczały przez dłuższy czas główkę do miednicy i gwałtownie ją przez tę przeszkodę przeprowadzić usiłowały. Obrażenia uciskowe atoli nie zawsze świadczą o niestosunku porodowym; mogą one bowiem powstać i przy prawidłowej miednicy i prawidłowej wielkości główki, ale tylko wtedy, gdy główka płodu nieprawidłowo do miednicy się wstawia.

Najczęściej pochodzą te obrażenia od wystającego wzgórka kości krzyżowej, jak to bywa przy miednicach płaskich, krzywiczych, rzadziej od wyrośli kostnych, umiejscowionych na tylnej ścianie spojenia łonowego lub na kości krzyżowej, najrzadziej zaś spotykamy obrażenia, powstałe z powodu przyparcia główki do spojenia łonowego.

Co do umiejscowienia, to powstają one na tej części główki, która podczas porodu znajduje się przy najbardziej wystającej okolicy miednicy kostnej. I tak przy typowem ustawieniu główki przy miednicy płaskiej, zwykłem miejscem, gdzie powstać może odgniecenie od wzgórka kości krzyżowej, jest kąt kości bocznej, położony obok ciemienia dużego.

Rozległość zmian uciskowych zależy przedewszystkiem od czasu trwania ucisku, zależnie bowiem od tego, jak długo on trwa, krażenie krwi w miejscu, podległem uciskowi, musi być mniej lub więcej upośledzone. Dlatego też nie spostrzegamy tych zmian uciskowych na główce, gdy ucisk, nawet dość znaczny, nie trwał stosunkowo długo, np. przy główce następującej, gdy ona względnie szybko przechodzi przez miejsce, mogące wywrzeć ucisk; ale natomiast spostrzegamy tam, gdzie główka dłuższy czas w pewnem miejscu na ucisk narażoną była.

Zwykłym objawem uciskowym, a zarazem zmianą najlżejszego stopnia, spowodowaną przez ucisk stosunkowo nieznaczny i krótkotrwały, jest zaczerwienienie tego miejsca, które na ucisk było narażone.

Dłużej nieco działający ucisk powoduje obok zaczerwienienia obrzęk skóry i tkanki łącznej podskórnej w odpowiedniem miejscu. Przy silniejszym i dłuższy czas trwającym ucisku powstaje w tem miejscu zasinienie, a w dalszym rzędzie powierzchowny ubytek naskórka. Naokoło tego zasinienia, a względnie powierzchownego ubytku naskórka, powstaje żywo czerwona obwódka; skóra w tem miejscu jest mniejwięcej ścieńczała, a nawet tak zgnieciona, że może uledz obumarciu. Przy nacięciu miejsca takiego przekonać się można, że leżąca pod niem tkanka łączna podskórna i kość są zwykle blade, naczynia włosowate uciśnięte i próżne. Samo miejsce ucisku jest otoczone obwódką żywo-czerwono- lub sino-zabarwioną, które to zabarwienie pochodzi w części od przepełnienia krwią naczyń włosowatych, w części zaś od wynaczynionek.

Jeżeli ucisk trwa jeszcze dłużej i jest bardzo znaczny, to wywołuje on zmiażdżenie tkanki w danem miejscu, sięgające mniej lub więcej głęboko. Następstwem takiego zmiażdżenia jest obumarcie tkanki z oddzieleniem się jej po pewnym czasie.

Ten ostatni rodzaj obrażenia miałem sposobność spotrzegać w klinice położniczej w ubiegłem półroczu. W przypadku tym nietylko skóra, ale i tkanka łączna podskórna uległy zniszczeniu (zmiażdżeniu), a na dnie obrażenia w danem miejscu spostrzedz można było tylko kość bladą, lecz nieuszkodzoną.

Przebieg porodu tego przypadku był następujący:

P. H., lat 19, stanu wolnego, rel. rz.-kat., przyjęta do kliniki dnia 8 marca 1900 r. wieczorem. L. prot. klin. 134. Nie rodziła, nie roniła. Ostatnia regularność w lipcu 1899 r. Pierwsze bóle dnia 6-go marca wieczorem, w kilka godzin pękł pęcherz płodowy.

Badanie wykazało: wzrost średni, budowa wątła, odżywienie liche. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Przy badaniu zewnętrznem czuć macicę, sięgającą dnem dwa palce niżej wyrostka mieczykowatego, kształtu mniejwięcej okrągłego, o ścianach cienkich, które od czasu do czasu jędrnieją. Nad wchodem miednicy wyczuć się

Wysięk jałowo wypuszczony centryfugujemy, a w osadzie zabarwionym badamy składniki morfotyczne. Silna przewaga jednych pierwiastków, a brak innych, stanowią ważne cechy rozpoznawcze, i tak: *a)* przy przesiękach, powstałych na tle zmian sercowych, nerkowych i przy nowotworach, polegających zatem na podrażnieniu lub ucisku części przyległych, odbywa się mechaniczny proces przesiąkania (transudacyi) i złuszczania przybłonka, a niema walki z czynnikiem zakaźnym. Dlatego w osadzie niema ciałek białych wielojądrzastych lub limfocytów, (przynajmniej w początkach), a są tylko obfite przybłonki; *b)* dla zapaleń opłucnowych, powstałych na tle zakażeń ostrych, zatem streptokokowych, pneumokokowych, durowych lub innych, charakterystyczne są ciałka białe wielojądrzaste i jednojądrzaste duże; limfocyty i przybłonki schodzą na drugi plan i co najwyżej pojedynczo się znachodzą; *c)* w zapaleniu opłucnej t. zw. „a frigore“, tj. uważanem za samoistne, charakterystycznem jest gęste wypełnienie pola widzenia przez limfocyty z dość obfitą stosunkowo domieszką ciałek czerwonych krwi, przy braku nabłonków i innych pierwiastków. Ten to właśnie rodzaj zapalenia opłucnej należy uważać za gruźliczy, jak tego badania Widala dowodzą. Jest to mianowicie miejscowa gruźlica opłucnej.

Ze wszystkich środków, którymi posługujemy się w celach rozpoznawczych, autor stawia najwyżej cytodyagnostykę. Badanie kliniczne jest bez niej niezupełne. Może bowiem u osobnika dotkniętego gruźlicą rozwinąć się niegruźlicze zapalenie opłucnej, lub odwrotnie, w przebiegu np. grypy może powstać gruźlicze zapalenie opłucnej, które bez cytodyagnostyki będziemy uważali za grypowe. Także w praktyce pożądanem jest badanie ciałek morfotycznych wysięku.

Okoliczność, że zapalenie opłucnej, dawniej uważane za samoistne, jest wyleczalne, nie przeszkadza uważać go za gruźlicze, bo i gruźlica lokalna opłucnej, tak samo, jak innych narządów (otrzewnej, osierdzia i stawów) jest wyleczalną. Powrót do stanu prawidłowego o tyle jest możliwy, o ile płuca równocześnie wcale nie są zajęte.

Według spostrzeżeń autora wysięk opłucnowy po wypuszczeniu znacznie prędzej się odtwarza w gruźlicy, aniżeli w innych zapaleniach opłucnej. Nagromadzenie obfite niezawsze objawia się dusznością i dlatego w gruźliczem zapaleniu należy zwracać baczną uwagę, by wypocina niespostrzeżenie gwałtownie się nie wzmogła, jak tego dowodzą podobne przypadki, zakończone nagłą śmiercią.

Co do leczenia radzi autor każdego, który przebył gruźlicze zapalenie opłucnej, uważać jeszcze przez długi czas za dotkniętego gruźlicą i zastosować do tego warunki dyetetyczno-higieniczne.

Dr. M. Blassberg.

Mierzejewski. **Przyczynek do anatomii patologicznej tępoty umysłowej** (idyotyzmu). (*Żurnał newropatologii i psychiatrii imieni Korsakowa,* 1901). Na ostatnim (XIII) międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Paryżu przedstawił Bourneville klasyfikacyę różnych postaci tępoty umysłowej, opartą na grubszych, wybitnych, przeważnie morfologicznych zmianach anatomo-patologicznych ośrodkowego układu nerwowego. Klasyfikacya ta odpowiada wprawdzie praktycznym potrzebom wiedzy w obecnej chwili, nie jest jednak ściśle naukową i musi być z czasem zastąpioną przez klasyfikacyę, opartą na dokładnem badaniu budowy tkanki nerwowej i jej pierwiastków u idyotów, oraz na podstawach embryologicznych: przyczyną zmian w przypadkach tępoty umysłowej są niewątpliwie zboczenia w rozwoju tkanki nerwowej, początku zaś tych zboczeń szukać należy w życiu płodowem, lub w schorzeniach mózgu w krótkim czasie po urodzeniu. Nigdy nie spotykamy się z powstrzymaniem rozwoju (pod względem morfologicznym lub histologicznym), obejmującem mózg w całości: natomiast częstem jest powstrzymanie rozwoju pewnych okolic mózgu, co się cechuje obecnością neuroblastów. Obecnie już na podstawie szczegółowych dotychczas przeprowadzonych w tym kierunku badań mózgów idyotów (1-sze wogóle tego rodzaju badanie było wykonane przez autora jeszcze w roku 1877) można wyróżnić jedną grupę, cechującą się niestosunkowo słabym rozwojem istoty białej półkul, podczas gdy istota szara wytworzyła się bardzo obficie. Mózgi te, pochodzące z osób małogłowych (microcephalia i hemimicrocephalia) posiadają zwykle, choć niezawsze, słabo rozwinięte zwoje (*microgyria); ich centrum semiovale Vieussenii* jest bardzo słabo wykształcone, komory posiadają znaczną pojemność tak, że częstokroć półkule mózgowe tworzą właściwie tylko jakby pęcherze o cienkich ścianach (w przypadku Monakowa grubość tych ścian wynosiła zaledwie 3—15 mm., w jednym z przypadków autora 4—16 mm.; w tym ostatnim przypadku istota szara zajmowała $^{2}/_{3}$, istota biała zaledwie $^{1}/_{3}$ grubości ściany). Dokładne badania drobnowidowe tego rodzaju przypadków przy zastosowaniu najnowszych metod badania, wykazują albo całkowity brak, albo przynajmniej niedostateczny rozwój różnych kategoryj włókien nerwowych. Tak np. w ostatnim badanym przez autora przypadku nie wytworzyły się zupełnie zewnętrzne włókna skojarzenne (assocyacyjne) Meynerta, pęczki Baillargera i Vicq d'Azyra; brakowało także krótkich włókien skojarzennych i t. d. W przypadkach takich obok niedokształcenia substancyi białej daje się zauważyć i obfity rozwój i znaczna grubość substancyi szarej. Charakterystyczną cechą istoty szarej w tego rodzaju przypadkach stanowi obecność jednej nadliczbowej grubej warstwy, leżącej między 4-tą warstwą szarej istoty, a substancyą białą (*centr. semiov.*) i składającej się jużto z neuroblastów (przypadek autora), już też z komórek zwojowych, podobnych do wielokształtnych komórek 4-tej warstwy kory mózgowej (przypadki Matella i Meinea). W przypadku Meinea ta nadliczbowa warstwa była oddzielona od 4-tej warstwy kory pasemkiem istoty białej. Powyższe badania wykazują, iż istnieje pewien typ małego mózgu (*microcephalia*), odróżniający się od innych małych mózgów niestosunkowo znaczną ilością substancyi szarej, obok małej ilości substancyi białej; substancya szara jednakże w tych przypadkach jest albo powstrzymaną w swym rozwoju (neuroblasty), albo też okazuje inne zboczenie rozwojowe (heterotopia). Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, iż obfitość istoty szarej (komórek nerwowych) może się łączyć z tępotą umysłową. w tych przypadkach jednakże istnieje całkowity brak, albo przynajmniej niedostateczny rozwój pewnych dróg (włókien) nerwowych, komórki zaś nerwowe posiadają tylko małą ilość rozgałęzień, skutkiem czego funkcya mózgu mimo znacznej ilości komórek musi być upośledzoną. W końcu spotykano niekiedy w przypadkach tępoty umysłowej widoczne polepszenie się stanu umysłowego idyotów, — tłómaczy autor możnością przekształcania się istniejących w takich przypadkach neuroblastów w rzeczywiste komórki nerwowe, o ile naturalnie warunki ich odżywiania ulegną poprawie.

Dr. Gliński.

Salge (Berlin): **O t. zw. mleku maślanem** (*Buttermilch*), **służącem za pokarm dla osesków.** (*Wykład wygłoszony na Zjeździe tegorocznym w Hamburgu*). Na podstawie doświadczeń wykonanych w klinice Heubnera uważa autor za stosowne podawać mleko maślane, jako pierwszy pokarm osesków każdego wieku po przebyciu ostrych zaburzeń w trawieniu, u dzieci atroficznych i jako pokarm dodatkowy dla dzieci, karmionych piersią przy t. zw. *allaitement mixte.* Mleko to otrzymuje S. z kwaśnej śmietany, zawiera ono 0,50—1,0% tłuszczu, 2,5—2,7% białka i 2,8—3% cukru; stopień kwasoty wynosi 7. Mleko to posiada wielką wartość odżywczą, która wynosi 714 kaloryj; musi ono być świeże. Stolce osesków, karmionych tem mlekiem, są prawie prawidłowe, zawierają liczne bakterye kwasu masłowego. Pokarm przygotowuje się w ten sposób, że się dodaje do mleka maślanego 75 grm. mąki i 60 grm. cukru trzcinowego, a mięszaninę ogrzewa się powoli aż do trzykrotnego wrzenia. Wykonane badania przemiany materyi okazały, że 93% tłuszczu i 89% białka ulegają wessaniu. Litr mleka kosztuje 17 halerzy. S. stosował je w 119 przypadkach, z których w 85 wyniki były dobre.

Schlossmann podawał mleko maślane według wskazówek Teizeiry de Mattos u 140—150 osesków. a wyniki jego zgadzają się z wynikami Salgego. Przytem wyraża przekonanie, że niema pokarmu sztucznego, któryby dawał tak świetne wyniki, a szczególnie u dzieci ciężko chorych.

Gernsheim wyraża zdziwienie, że dzieci ciężko chore znosiły bez szkody 200 kaloryj na kilogram ciężaru ciała i że dzieci trzytygodniowe przyjmowały bez szkody tak wielką ilość skrobi. Należałoby zbadać odczyn i zawartość skrobi w stolcach tych dzieci.

Pfaundler widzi w podawaniu tego pokarmu, który pod wpływem bakteryj uległ rozkładowi, pewne podobieństwo z metodą Eschericha, który u osesków, mających stolce cuchnące, podaje 24-godzinną hodowlę bulionową z *bact. lactis aërogenes,* aby w ten sposób przeciwdziałać obecnym tam już bodźcom spraw gnilnych. Wyniki otrzymane były w niektórych przypadkach dobre. P. przypuszcza. że obecności *b. lactis aërogenes* należy i przy podawaniu mleka maślanego zawdzięczyć korzystne wyniki, jakoteż korzystny wpływ na trawienie i na wejrzenie stolców.

Teizeira de Mattos podnosi znaczenie tego pokarmu dla osesków i popiera swoje zapatrywanie świadectwem lekarzy holenderskich, którzy ogólnie na podstawie obszernego materyału uważają pokarm ten za najodpowiedniejszy dla osesków. — Heubner ostrzega przed podawaniem mleka maślanego ze śmietaną u dzieci chorych, gdyż te dzieci z chorobami żołądka i jelit nie znoszą pokarmu obfitującego w tłuszcz. Mleko maślane odpowiada wszelkim warunkom, wymaganym obecnie od pokarmu dla dzieci, gdyż z małej objętości wytwarza stosunkowo dużo kaloryj i jest łatwo strawne.

Soltmann radzi podawać mleko maślane przygotowane w domu, a nie sprzedawane.

Schlesinger sądzi, że te same wyniki otrzymać można, podając czyste mleko. — Falkenheim kładzie nacisk na delikatne i jednostajne rozmieszczenie sernika w mleku maślanem i tej okoliczności przypisuje łatwość strawienia mleka maślanego. — Salge nie mógł wykazać w stolcach skrobi: niepewnem jest, czy wprowadzenie bakteryj daje te dobre wyniki. *Dr. J. Ld.*

D. Helman. (Z prywatnej kliniki Dra Guranowskiego): **O znaczeniu „bacillus pyocyaneus" przy powstawaniu pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu zewnętrznego, zarazem przyczynek do nauki o chorobotwórczem działaniu tego drobnoustroju.** (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde* rok 1901, Zeszyt 3 i *Medycyna*). Autor opisuje trzy przypadki pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu zewnętrznego ucha — (*otitis externa crouposa*), w których badanie mikroskopowe galaretowatych błon wrzekomych, wyjętych z przewodu, wykazało obecność „bacillus pyocyaneus". Tak na agarze, jakoteż na żelatynie szczepione hodowle niewątpliwie okazywały cechy, właściwe dla tego drobnoustroju. Drugi z opisanych przypadków jest pod tym względem bardzo ciekawy: obok zapalenia dławcowego przewodu istniało ropienie w jamie bębenkowej (*otitis media purulenta*). Badanie mas galaretowatych z przewodu wykazywało „bacillus pyocyaneus" tak długo, jak długo trwały objawy zajęcia przewodu zewnętrznego. Gdy ten atoli po kilku dniach powrócił do stanu prawidłowego, z wydzieliny, pochodzącej już teraz wyłącznie z jamy bębenkowej, można było otrzymać hodowle „staphylococcus pyogenes albus", a ani śladu „b. pyocyaneus".

Już przed kilkunasty laty na tem samem miejscu podał Guranowski wiadomość o przypadku zapalenia dławcowego przewodu zewnętrznego, gdzie z błon udało mu się wyhodować „b. pyocyaneus". Wyraził wtedy przypuszczenie, że ten drobnoustrój odgrywa pewną rolę przy powstawaniu wymienionego zapalenia, z jedynego jednak przypadku nie chciał tej sprawy rozstrzygać.

Helman sądzi, że ze spostrzeganych przez siebie przypadków, wraz z dawniejszym przypadkiem Guranowskiego, wolno mu wysnuć wniosek, że powodem powstawania pierwotnego dławcowego zapalenia przewodu jest właśnie „pyocyaneus", co tem mniej wyda się dziwnem, że w ostatnich czasach nasze pojęcia o nieszkodliwości tego pasorzyta uległy znacznej zmianie. Wiadomem jest, że może on stać się przyczyną ropnego zapalenia ucha środkowego. Gdyby dalsze spostrzeżenia stale wykazywały obecność jego w rzeczonem cierpieniu przewodu zewnętrznego, zaproponowałby H. zmianę nazwy na „otitis externa pyocyanica", tembardziej, że z dławcem lub błonicą cierpienie to niema żadnego związku. *Schoengut.*

Stoeltzner. **O leczeniu krzywicy nadnerczyną.** (*Wykład wygłoszony na tegorocznym Zjeździe w Hamburgu*). S. stwierdził, że jedynie pastylki z nadnercza, wyrabiane przez Burroughsa, Welcomea i Sp. wpływały korzystnie na krzywicę; wyrabiany atoli przez Mercka „Rachitol" wpływu na chorobę niema. Dlatego też S. nie zaleca stosowania przetworów nadnercza w praktyce. Już dawniej zwrócił on uwagę, że krzywica anatomicznie i klinicznie jest podobna do obrzęku śluzakowego i wyraził zapatrywanie, że powstaje ona skutkiem niedomogi czynnościowej narządu z t. zw. wydzielaniem zewnętrznem. Okoliczność, że w przypadkach krzywicy, leczonych nadnerczem, nowa kostna tkanka patologiczna zamienia się na tkankę kostną, okazującą odczyn zwapniałej tkanki kostnej, przemawia za tem, że narządem z wydzielaniem wewnętrznem jest tu nadnercze, a krzywica powstaje skutkiem niedomogi wydzielniczej tego narządu.

Bendix wybrał dla leczenia nadnerczem 17 przypadków ze znacznemi zmianami krzywiczemi; nie stwierdził jednak korzystnego wpływu na przebieg choroby. Brak skuteczności tego leku przypisuje B. tej okoliczności, że podawał „Rachitol" Mercka, zalecany dawniej przez Stoeltznera, a o którego bezskuteczności obecnie sam Stoeltzner się przekonał. — Siegert popiera twierdzenie Langsteina, że nadnercze w krzywicy działa przez pobudzenie łaknienia, a dowód swoistego działania, przeprowadzony przez Stoeltznera, uważa za niedostateczny. *Dr. J. Ld.*

Basch. **Unerwienie gruczołu mlecznego.** (*Wykład wygłoszony na tegorocznym Zjeździe w Hamburgu*). B. badał zmiany w gruczole mlecznym po przecięciu nerwu spółczulnego (wycięcie zwoju trzewnego), po wycięciu nerwów obwodowych (*N. thorac. long.*, *N. spermat ext.*) i po skombinowaniu obu tych przecięć. Badania te przekonały go, że po rozmaitych tego rodzaju doświadczeniach ilość mleka się nie zmniejszała, natomiast w gruczołach tych pojawiała się siara obok zmian w kroplach tłuszczu. Uważa przeto B. siarę, jako wyraz skutkiem zaburzeń w unerwieniu niezupełnej czynności gruczołu mlecznego. Tak samo podwiązanie żył powoduje wydzielanie się siary, podczas gdy podwiązanie tętnicy tego skutku nie wywiera. B. sądzi, że gruczoł mleczny jest unerwiony przez nerwy obwodowe i przez nerw spółczulny i to tak obficie, że usunięcie wielkiej części układu nerwowego nie wstrzymuje czynności gruczołu mlecznego. Okoliczność ta jest też powodem ogólnego mniemania, jakoby czynność gruczołu mlecznego nie odbywała się pod wpływem nerwów. *Dr. J. Ld.*

Ganike. **Nowy sposób badań nad działaniem zaczynów; obustronne działanie zaczynu skrobi w soku trzustkowym.** (*Bolniczn. Gazeta Botk.* 1901, Nr. 45). Ganike oznacza siłę zaczynu (białkowego i skrobiowego), przyjmując pod uwagę zmianę fizycznych własności podłoża, którą zaczyn wywołuje. Jak wiadomo, pod wpływem zaczynu największym zmianom podlega wewnętrzne tarcie ciał białkowatych i skrobi: nawet bardzo gęste rozczyny ich przy działaniu zaczynu przechodzą w stan płynny. Wewnętrzne tarcie G. oznacza przeciągiem czasu, niezbędnym do tego, żeby pewna ilość płynu przeszła przez wązką rurkę włoskowatą; im dany rozczyn jest więcej płynny, tem prędzej to następuje. Podobna metoda okazała się dokładną, ponieważ czas w przyrządzie G. można oznaczać ze ścisłością $^1/_5$ sekundy. Zapomocą tej metody G. stwierdził przedewszystkiem, że działanie zaczynu białkowego soku trzustkowego znajduje się w prostym stosunku do zagęszczenia zaczynu, więc dwa razy mniejsza ilość zaczynu wymaga dwa razy dłuższego czasu dla wykonania tej samej pracy; w tymże samym zaś czasie wykonywa ona zaledwie $^1/_2$ pracy. Następnie G. zauważył, że gęste rozczyny skrobi (6,5% skrobi rozpuszczalnej), poddane działaniu soku trzustkowego, przechodząc po upływie pewnego czasu w stan płynny, wkrótce potem (już po $1^1/_2$—2 godzin) znów zastygają tak, że probówkę można przewrócić bez najmniejszej utraty jej zawartości; jeśli pozostawić ją i dalej, na dnie probówki powstaje osad, z góry zaś zupełnie przeźroczysty płyn. Spostrzeżenie to ma doniosłe znaczenie, wskazuje bowiem na obecność w soku trzustkowym zaczynu, który posiada własność przyprowadzać już strawione i rozpuszczone węglowodany do stanu, zbliżonego do pierwotnego, na wzór podobnej własności względem peptonów chimozyny soku żołądkowego i trzustkowego. *Witold Orłowski.*

Miecznikow. **Kilka uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 1). Miecznikow zwraca uwagę na to, że oprócz innych przyczyn, wywołujących zapalenie wyrostka robaczkowego, może ono powstawać dzięki glistom, z pośród których, jak wykazują spostrzeżenia M., najczęściej tu wpływa cianka ludzka (*trichocephalus dispar*), rzadziej glista ludzka (*ascaris lumbricoides*), lub glistnica robaczkowa. Urażając błonę śluzową wyrostka robaczkowego i jelita ślepego, pasorzyty te torują drogę dla drobnoustrojów chorobotwórczych, które w razie posiadania dostatecznej jadowitości wywołują zapalenie.

Witold Orłowski.

Tartakowski. **W sprawie rozpoznawania laseczników moru.** (*Wracz*, 1901, Nr. 43). Laseczniki moru, jak wiadomo, mają wiele wspólnych cech z t. zw. laseczników rzekomej gruźlicy gryzoniów. W istocie, obydwa rodzaje należą do rzędu *coccobacilli;* rozwój ich na różnych pożywkach jest jednakowy, i co najważniejsza, mogą one wywoływać u zwierząt (w laboratoryach) zupełnie jednakowe zmiany anatomo-patologiczne. Dla odróżnienia ich podał Chawkin w r. 1897 jako cechę charakterystyczną lasecznika moru wzrost jego na bulionie Chawkina (bulion z kilku kroplami masła krowiego, lub kokosowego) w kształcie stalaktytów: laseczniki wrastają wgłąb bulionu na podobieństwo bryłek lodu, które z każdym dniem zwiększają się wszerz i wzdłuż. Badania T. wykazały jednak, że takie kształty stalaktytów spostrzega się nietylko u laseczników moru, lecz również i u lasecznika rzekomej gruźlicy gryzoniów. Wobec tego T. twierdzi, że cecha rozpoznawcza, podana przez Chawkina, nie posiada znaczenia, jakie mu Ch. nadawał dla rozpoznania laseczników moru. *Witold Orłowski.*

Zimnicki. **W sprawie powstawania wrzodu trawiennego w dwunastnicy** (*ulcus pepticum duodeni*) **przy zatrzymaniu żółci w ustroju.** (*Bolniczn. Gaz. Botk.* 1901, Nr. 45). Badając chorych na żółtaczkę, oraz psy z podwiązaną przetoką żółciową, przekonał się Z., że żółtaczka wywołuje 1) wzmożenie czynności wydzielniczej żołądka, 2) miejscowe zmiany w naczyniach dwunastnicy (nadżerki, zwyrodnienie szkliste, zakrzep, wynaczynienia, stany zapalne i t. d. i 3) ogólną niedokrwistość. Warunki te, jak wiadomo, przyczyniają się do powstania owrzodzeń okrągłych w żołądku; im też przypisuje Z. i powstawanie wrzodów trawiennych w dwunastnicy przy zatrzymaniu w ustroju żółci.

Witold Orłowski.

Kazarynow. **Serodyagnostyka gruźlicy.** (*Russ. Wracz* 1902, Nr. 1). Autor badał odczyn Arloing-Courmonta na 84 osobnikach, w tej liczbie 11 było zdrowych, z których u 9-ciu odczyn był ujemny, u dwóch zaś dodatni; jeden z tych dwóch po upływie miesiąca wstąpił do szpitala z objawami gruźlicy stawów. Z pomię-

bywają przypadki zarażenia się człowieka perlicą i przypuszcza, że niebezpieczeństwo zarażenia w znacznej mierze zależy od liczby wprowadzonych do ustroju prątków. Należy zauważyć, że poglądy, podobne do tych, jakie wypowiedział Koch na ostatnim Kongresie londyńskim, wyrażali już dawniej inni badacze (Pütz, Fiorentini i inni).

Sądząc ze spostrzeżeń hodowców i weterynarzy, należałoby przypuszczać, że perlica udziela się człowiekowi. We Fryzyi, kraju tak słynnym z hodowli bydła wybitnie mlecznego, miejscowi weterynarze stwierdzają, jak się o tem prelegent w roku bieżącym na miejscu przekonał, że gruźlica jest bardzo rozpowszechnioną wśród bydła w tych właśnie okolicach, gdzie i odsetek ludzi, gruźlicą dotkniętych, jest znaczny, — i *vice versa*.

Przedstawiwszy w dalszym ciągu wykładu zasady użycia tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego i opartą na tych zasadach metodę zwalczania gruźlicy u bydła, opracowaną i w praktyce zastosowaną pierwotnie przez Banga, przechodzi prelegent do rozpatrzenia jej zalet i wad, głównie przy tem uwzględniając wyniki praktyczne, uzyskane z pomocą tej metody w Niemczech, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Danii, Szwecyi i Norwegii. Jakkolwiek tuberkulina niewątpliwie jest cennym środkiem rozpoznawczym, to jednak bezwzględnie pewnym nie jest. Omyłki taksują jedni na 10% przypadków, inni — mniej (około 3%). Czasem sztuki silnie gruźlicze nie oddziaływają wcale, czasem znów oddziaływają krowy zdrowe, albo w małym stopniu gruźlicą dotknięte (Kühnau i inni). W dodatku nie oddziaływają czasem sztuki dotknięte gruźlicą wymienia, jedną z form gruźlicy najbardziej niebezpiecznych. Nadto uskarżają się weterynarze niemieccy (Kühnau) na lokalne zjawiska chorobowe (zapalenia), spowodowane przez szczepienie tuberkuliną, które sprawiają, że w rzeźniach niemieckich mięso sztuk szczepionych (zupełnie przedtem zdrowych) często musi być niszczone.

Metody radykalnego i przymusowego tępienia gruźlicy u bydła, jakie zastosowano w Ameryce i Belgii (wybijanie przymusowe wszystkich reagujących sztuk i t. d.) zawiodły zupełnie oczekiwania, mimo że na ten cel (indemnizacya dla właścicieli bydła i t. d.) wydano milionowe sumy. Dziś już nikt nie zgodziłby się na tak radykalne środki, jak proponowane na Kongresie w Paryżu w r. 1888 na przymusowe niszczenie mięsa każdego zakażonego zwierzęcia, lub zalecane dawniej w Warszawie przymusowe wybijanie wszystkich sztuk gruźliczych.

Daleko lepsze wyniki wydało stopniowe i powolne tłumienie gruźlicy u bydła, stosowane w Skandynawii. Umiejętnie zastosowana przy tej metodzie tuberkulina oddaje cenne usługi, a czynny i dobrowolny współudział uświadomionych hodowców jest koniecznym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku. Nie należy jednak się łudzić, aby można było tą metodą zwalczyć gruźlicę u bydła w krótkim czasie.

W Danii i Szwecyi zwalcza się w sposób radykalny (przymusowe wybijanie) tylko gruźlicę wymienia, a w roku bieżącym, za przykładem Skandynawii, poszły Niemcy. Wypracowany przez niemieckie Towarzystwo mleczarskie projekt ustawy o przymusowem wybijaniu krów, dotkniętych gruźlicą wymienia, rząd we wrześniu postanowił przekazać Radzie Związkowej do rozpatrzenia.

Oprócz gruźlicy wymienia niebezpieczną jest także gruźlica ogólna, daleko posunięta, gruźlica płuc, przewodu pokarmowego i narządu płciowego.

Prelegent omawia następnie prace nad mlekiem krów, dotkniętych gruźlicą wymienia, przeprowadzone w r. 1895 przez Ernsta, Jacksona i Langdon Fronthinghama, oraz prace angielskiej komisyi gruźliczej (Dr Martin, r. 1895).

W końcu zwróciwszy uwagę na brak dostatecznie pewnych podstaw naukowych w sprawie walki z gruźlicą bydła (np. wątpliwości, wywołane ostatnią pracą Kocha, sprawa sposobów szerzenia się gruźlicy i istoty jej zarazka, *vide* praca Dra Droby i t. d), ostrzega prelegent przed nierozważnem używaniem i propagowaniem metod zwalczania gruźlicy zbyt radykalnych, jednostronnych i kosztownych, podnosi konieczność dalszych badań nad gruźlicą człowieka i gruźlicą bydła, a w końcu omawia sposoby, za pomocą których hodowcy i mleczarze mogą przyczynić się do ograniczenia gruźlicy u bydła i zmniejszenia niebezpieczeństwa, jakie zakażone produkty zwierzęce przedstawiają dla zdrowia człowieka. Środkami takimi są: zdrowy wychów młodzieży, pastwisko, higieniczne urządzenie obory, zdrowy personal. żywienie paszą o ile możności naturalną, unikanie zbyt jednostronnego kierunku hodowlanego i chowu w pokrewieństwie, zwracanie uwagi na zdrowie zwierząt przeznaczonych do chowu i licencyonowanych reproduktorów, utrzymywanie bydła w czystości, czystość w oborze i mleczarni, zdrowa woda. umiejętna technika mleczarska (chłodzenie, pasteuryzowanie, użycie czystych hodowli i t. d.). sanitarna kontrola mleczarń. W sprawie trudności wyjaławiania mleka podaje prelegent własne spostrzeżenia, oparte na znacznym materyale doświadczalnym.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Nowak. Po tuberkulinie spodziewano się od czasu jej odkrycia rozmaitych rzeczy: więc najpierw wyleczenia chorych na gruźlicę, a gdy to zawiodło, sądzono iż uda się za pomocą tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego, usunąć gruźlicę przynajmniej z obór i to w krótkim przeciągu czasu. ale i pod tym względem tuberkulina zawiodła. Nie winna tu jednak tuberkulina, lecz ci, co w niej za wielkie pokładali nadzieje, bo stwierdzić trzeba, iż tuberkulina, odpowiednio użyta, jest bardzo dobrym środkiem rozpoznawczym, który na ogół zawodzi rzadko. Nie idzie za tem, iżby można za pomocą tuberkuliny w tak krótkim czasie i z taką pewnością, jak to dotychczas sądzono, zwalczyć gruźlicę bydła rogatego; przyczyny tego leżą częścią w tych minimalnych zresztą. ale przy zwalczaniu gruźlicy bydła za pomocą tuberkuliny ważnych omyłkach, w niemożności zastosowania w praktyce z całą ścisłością, jakiej wymaga nauka, rozmaitych ostrożności i co najważniejsza w tem, iż dotychczas za mało wiemy jeszcze o gruźlicy samej i o sposobie jej szerzenia się; być może iż np. gruźlica może w pewnych warunkach róść dziko, jak np. promienica i gdyby tak było, nasza walka z gruźlicą musiałaby zupełnie inne przybrać formy.

Mimo to nie mamy dziś pewnej metody zwalczania gruźlicy u bydła, bo i metoda Banga, radykalnie zastosowana. nie daje oczekiwanych wyników; na to zgadza się dziś i sam Bang; musimy z gruźlicą tą walczyć i stawiać jej wedle możności naszej pewien opór. Szanowny prelegent na początku swego odczytu zaznaczył, że hodowla jest do pewnego stopnia winną takiego rozszerzania się gruźlicy u bydła, jak dziś, nie możemy więc spodziewać się, że hodowla sama zwalczy gruźlicę. ale może przyczynić się do jej ograniczenia, modyfikując swoje niektóre zbyt jednostronne wymagania i kierując nauką hodowli w teoryi i praktyce w zakresie więcej zbliżonym do natury, który to zwrot zdaje się od pewnego czasu wyraźnie się w tej nauce zaznaczać. Najniebezpieczniejszymi są te przypadki. w których mamy już do czynienia z klinicznymi objawami gruźlicy, bo w tych zazwyczaj dotknięte nią sztuki rozsiewają prątki gruźlicze i rozszerzają chorobę, a więc też trzeba co rychlej wdrożyć akcyę do usunięcia z hodowli sztuk z klinicznymi objawami gruźlicy i w tym też kierunku rozpoczęto dziś walkę z gruźlicą w Niemczech, posługując się przy tem metodami naukowemi, t. j. badaniem mikroskopowem i bakteryologicznem wydzielin (mleka — kału — plwocin) sztuk podejrzanych. Naturalnie, iż tuberkulina w wyszukiwaniu takich sztuk podejrzanych, które w ciągłej powinny być obserwacyi, cenne oddać może usługi. Już też w memoryale, wystosowanym w sprawie zwalczania gruźlicy w oborach zarodowych do Wydziału krajowego przez Towarzystwo rolnicze zachodnio-galicyjskie, podniosłem ten rodzaj walki z gruźlicą bydła i wskazałem na potrzebę dalszych w tym kierunku badań i prób, a na niebezpieczeństwo stosowania na większą skalę jakiegokolwiek szablonu, z których żaden dotychczas nie wytrzymał próby praktycznej. Walka z gruźlicą bydła musi być prowadzoną ostrożnie i brać w niej muszą udział rozmaite czynniki, a pierwszym jej i najważniejszym etapem winny być, niestety dotychczas przynajmniej u nas dość zaniedbywane — dalsze ścisłe badania nad gruźlicą *(Streszczenie własne)*.

Kol. Surzycki interpelował prelegenta w sprawie rozszerzania się gruźlicy w okolicy Krakowa, odporności od gruźlicy rasy krajowej bydła czerwonego i co do odporności bydła górskiego.

Kol. prof. Wachholz zwrócił uwagę na braki higieniczne w mleczarniach krakowskich i potrzebę poprawy w tym kierunku.

Kol. Bier sprzeciwia się pewnym faktom, podanym przez prelegenta, co do ujemnych wpływów ubocznych przy szczepieniu tuberkuliny u bydła, na podstawie własnych spostrzeżeń, oraz zaznacza, że na podstawie szczepień tuberkuliną, dokonanych przez Zakład higieny w Krakowie, odsetek bydła gruźliczego przeciętnie wynosi około 40%, są zaś obory nawet wolne od gruźlicy, w innych zaś odsetek bydła gruźliczego dochodzi do 79%.

Po wyjaśnieniu interpelacyi przez prelegenta zakończono posiedzenie.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

V. 73-ci Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu

(od dnia 22—28 września 1901).

Podał

Dr. Jan Landau.

Sekcya gruźlicza.

Heller (Kilonia) opisuje następujące trzy spostrzeżenia: I. Chłopak 14-letni, tatuowany, w zamiarze pozbycia się blizn wstrzykiwał w miejsca tatuowane mleko krowie, otrzymywane od tej samej krowy (zwyczaj ludowy). Na miejscu tem wytworzyły się typowe objawy wilka z komórkami olbrzymiemi; nie można atoli było wykazać prątków gruźliczych. W tym przypadku gruźlica przeniosła się z krowy na człowieka. II. Koch uważa pierwotną gruźlicę jelit za postać rzadką; Heller jednak rozróżnia gruźlicę jelit u dorosłych i u dzieci. U pierwszych wynosi ona 2%; u dzieci na 714 przypadków błonicy, badanych pośmiertnie, znalazł H. u 140 ślady gruźlicy; z tych 140 przypadków u 43 = 30% stwierdzono pierwotną gruźlicę jelit, a w niektórych zmianę w gruczołach krezkowych i okołooskrzelowych. III. H. spostrzegał 10.000 morskich świnek, pochodzących z rodziców gruźliczych. Chowane w dobrych warunkach nie zapadały na gruźlicę. W ostatnim czasie zauważono jednak znaczną między temi zwierzętami śmiertelność, a śledząc za jej przyczyną, zauważono, że otrzymywały one złe siano, po usunięciu którego stan zdrowotny zwierząt się poprawił.

Sprengel (Brunszwik): **Które przypadki t. zw. gruźlicy chirurgicznej nadają się do leczenia w lecznicach** (*Heilstätten*). Sprawa ta dla dorosłych nie nabrała doniosłego znaczenia, gdyż zazwyczaj gruźlica chirurgiczna łączy się z gruźlicą płuc. Gruźlicę chirurgiczną u dzieci, jako chorobę dobrotliwą i w większości przypadków uleczalną, oddawna leczy się w lecznicach; leczenie jednak jest długotrwałe, a przypadki muszą być odpowiednio dobierane. W Niemczech leczenie to trwa tylko sześć tygodni, dlatego dobre wyniki leczenia są rzadkie; we Francyi zaś czas leczenia nieograniczony, co sprowadza 70% wyleczenia. Na 263 przypadków leczonych w kolonii nadmorskiej w Norderney przez sześć tygodni, w 142 przypadkach leczenie było bezskuteczne; leczenie to więc mało przynosi korzyści. Dlatego też S. zaleca: 1) przedłużenie czasu pobytu w kolonii i 2) odpowiedni wybór przypadków. Należy uwzględnić, że gruźlica chirurgiczna jest chorobą miejscową, wymaga leczenia miejscowego, a jest ono skuteczne. Ponieważ statystyka wykazuje, że wyniki leczenia chirurgicznego tych postaci gruźlicy prawie zawsze są lepsze, aniżeli przy leczeniu klimatycznem, niema przeto powodu wysyłać tych chorych nad morze. Należy się starać o równoczesne leczenie chirurgiczne i klimatyczne, gdyż to ostatnie wpływa na stan ogólny. S. sprzeciwia się chirurgicznemu leczeniu garbu i zaleca wzmocnienie ustroju ogólne. Ograniczenie czasu leczenia do sześciu tygodni należy porzucić, a czas trwania leczenia w poszczególnym przypadku ma oznaczyć lekarz.

Grünbaum (Liverpôol): **O możności przeniesienia gruźlicy bydlęcej.** G. przeszczepiał gruźlicę bydlęcą na małpy, których budowa podobna do budowy człowieka. Na miejscu szczepienia powstały owrzodzenia, a po zabiciu zwierząt po upływie miesiąca znaleziono w wątrobie i śledzionie dużo gruzełków, w wydzielinie zaś owrzodzeń prątki gruźlicze. Z badań tych można wnosić o możności przeniesienia gruźlicy na ludzi.

Michaelis już oddawna zwraca uwagę na dziedziczność gruźlicy, a spostrzegając tę samą ludność przez 35 lat, sądzi, że rodzaj zatrudnienia odgrywa tu ważną rolę. Na 100 kamieniarzy zmarło 58, z tych 54 na gruźlicę; u górników w kopalniach węgla od 20-tu lat nie widział gruźlicy. — Friedmann wprowadzał samicom królików przed spółkowaniem prątki gruźlicy do pochwy i badał potem ich płody. We wszystkich przypadkach wykazał u płodów prątki gruźlicze; wnioskuje zatem, że prątki, wprowadzone z plemnikami, mogą być przeniesione na płód, nie zakaziwszy poprzednio matki. — Sommerfeld podaje, że 25% kamieniarzy umiera na gruźlicę, a mniejwięcej prawie wszyscy ulegają tej chorobie. Ważnym środkiem zapobiegawczym jest zwilżanie materyału w kamieniołomach.

Bang (Kopenhaga): **O leczeniu światłem.** Promienie ultrafioletowe powodują po pewnym czasie zaczerwienienie i trwałe zabarwienie skóry; proces ten histologicznie polega na rozszerzeniu naczyń i na hiperleukocytozie. Leczenie światłem daje wyniki pewne; zabieg nie jest bolesny, a blizna jest ładna; leczenie jednak jest długotrwałe i kosztowne. B. podaje konstrukcyę lampy własnego pomysłu, która daje prawie wyłącznie światło ultrafioletowe i nie grzeje; używa do tego elektrod żelaznych i włącza jeszcze oziębienie zapomocą zimnej wody. Światło tej lampy jest zimne, jasne, a jego siła bakteryobójcza bardzo wielka; bakterye ulegają zniszczeniu 60 razy prędzej, aniżeli przy użyciu innych metod, a zużycie prądu jest 56 razy słabsze, aniżeli przy użyciu lampy łukowej Finsena, gdyż wystarcza 5 MA. Lampę można połączyć z prądem, w mieszkaniu już zaprowadzonym. W przeciągu pięciu minut można osiągnąć ten sam skutek, co przedtem po $1^1/_4$ godziny, a odczyn na prąd jest tak silny, jak przy użyciu przyrządu Finsena. Pojedyncze posiedzenie trwa kilka minut, najwyżej do dziesięciu.

Brunslow (Rostok): **Przypadek gruźlicy stawu kolanowego i leczenie jego zapomocą nowej tuberkuliny Kocha.** W przypadku autora od ostatniego wstrzyknięcia tuberkuliny upłynął czas $1^1/_2$ lat bez nawrotu choroby. B. radzi unikać silnych odczynów i nie robić nowego wstrzyknięcia, dopóki odczyn po ostatniem wstrzyknięciu nie ustąpił.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 16. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału.

I. Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 27 kwietnia.

II. Uchwalono popierać wniosek Izby morawskiej o utworzenie wspólnego Wydziału Izb z tem jednakże zastrzeżeniem, że wspólny ten wydział nie ma być instancyą apelacyjną od orzeczeń Rady honorowej.

III. Uchwalono odnieść się do Wydziału krajowego z przedstawieniem, że przekroczenie 40 roku życia nie może być przeszkodą w ubieganiu się o posadę lekarza okręgowego.

IV. Na zapytanie c. k. Namiestnictwa o opinię w sprawie podania c. k. Dyrekcyi klinik w Krakowie o utworzenie w tychże klinikach separatek płatnych, uchwalił Wydział jednomyślnie przedstawić pełnej Izbie umotywowany referat, oświadczający się przeciwko zaprowadzeniu podobnej inowacyi.

V. Kol. Walczyński przedstawił projekt poprawy poborów lekarzy więziennych, który uchwalono przedłożyć pełnej Izbie.

Protokół z posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 4. czerwca 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Wydziału prócz Dra. Walczyńskiego, który nieobecność swoją telegraficznie usprawiedliwił.

I. Wdowie po mag. chirurgii B. w. J. udzielono zapomogi w kwocie 100 koron.

II. Sprawę zmiany blankietów do wykazów szczepienia, poruszoną pismem Towarzystwa Samopomocy lekarzy, oddano do referatu Drowi Ponikle.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 17. września 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski. Drowie Ponikło i Walczyński. Nieobecność usprawiedliwił Dr. Trzebicky.

I. Przewodniczący zdaje sprawę z wiecu Izb, odbytego w maju b. r. w Wiedniu.

II. Sierotom po ś. p. Dr. J. udzielono zapomogi w kwocie 200 kor.

III. Przesłane przez Delegacyę stałą zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwały oddano Drowi Walczyńskiemu do referatu.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z dnia 22. października 1901. r.

I. Wdowom po lekarzach, paniom B. i P. udzielono zapomogi po 50 koron.

II. Pismo c. k. prezydyum Namiestnictwa, zapraszające delegata Izby na posiedzenie Rady zdrowia, które jednakże nadeszło do Izby tak późno, że jej delegat żadną miarą już w posiedzeniu udziału wziąć nie mógł, oddano do referatu Drowi Ponikle.

III. Memorandum w sprawie reformy ubezpieczenia chorych uchwalono udzielić Izbie handlowej

IV. Uchwalono w myśl referatu Dra Walczyńskiego przedłożyć pełnej Izbie wniosek Towarzystwa Samopomocy lekarzy o poczynienie kroków u c. k. Rządu celem zniesienia zakazu, nie dozwalającego lekarzom cyslitawskim praktykowania w krajach korony węgierskiej poza pasem granicznym 5-cio kilometrowym.

V. Uchwalono w myśl referatu Dra Walczyńskiego polecić pełnej Izbie z uchwał Delegacyi wspólnej zjazdów lekarzy i przyrodników polskich do przyjęcia punkt 1), dotyczący ordynacyi po aptekach przez partaczy i p. 5) żądający wyznaczenia przy sądach osobnych ubikacyj dla badania chorych.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej odbytego w dniu 26. marca 1901 r.

Obecni: Prezes Dr. Łazarski, Drowie: Ponikło, Trzebicky Walczyński.

I. W sprawie przeciwko Dr. B. z R. uchwalono zażądać bliższych wyjaśnień od urzędu gminnego.

C. k. Starostwu w P., żądającemu wytoczenia śledztwa przeciw Drom K. i P. za popieranie technika dentystycznego B., uchwalono odpowiedzieć, że Izba może tylko wkraczać na podstawie ściśle konkretnych faktów.

II. Skargę 2 stron przeciw Drom. R. i W. odstąpiono do referatu Drowi Walczyńskiemu.

III. W sprawie zażalenia Dra V. przeciw Drowi K. uchwalono w myśl referatu Dra Trzebickyego odpowiedzieć, że Rada honorowa nie widzi powodu do dalszych dochodzeń.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 16. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie.

I. W sprawie skargi, wniesionej przez klientów przeciw Drom R. i W., uchwalono odpowiedzieć, że Rada honorowa nie widzi powodu do wkraczania. Przeciw Drowi S. uchwalono rozpisać rozprawę.

Protokół z posiedzenia Rady honorowej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 4. czerwca 1901 r.

Obecni: Prezes Dr Łazarski, Drowie Ponikło, Kohn i Trzebicky. Nieobecność usprawiedliwił Dr. Walczyński.

I. Na podstawie przeprowadzonej rozprawy udzielono Drowi S. upomnienia za uchybienie przeciw godności stanu lekarskiego.

Protokół z posiedzenia Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, odbytego w dniu 27. kwietnia 1901 r.

Obecni wszyscy członkowie Izby.

I. Na wniosek Komisyi kontrolującej udzielono podskarbiemu absolutoryum za r. 1900.

II. Dr. Walczyński przedłożył imieniem Wydziału projekt odpowiedzi odmownej na zapytanie c. k. Namiestnictwa w sprawie proponowanego przez Dyrekcyę c. k. klinik Uniw. Jag. urządzenia w klinikach separatek I. i II. klasowych i pobierania od chorych tamże pomieszczonych honoraryum przez Dyrektorów klinik. Na wniosek Dra Dietziusa przyjęto referat jednomyślnie bez dyskusyi i wyrażono referentowi gorące podziękowanie za wypracowanie tak sumiennego i wszechstronnie sprawę traktującego referatu.

III. Dr. Trzebicky wnosi imieniem Wydziału przejście do porządku dziennego nad wnioskami Sekcyi Sanockiej Tow. lek. gal., dotyczącemi zmiany planu nauk w szkołach średnich, zmiany częściowej ustawy o Sądach przysięgłych i w sprawie wzywania lekarzy znawców przez c. k. Sądy bez uprzedzenia osobistego. Wniosek przyjęto.

IV. Na wniosek Dra Łazarskiego uchwalono również przejść do porządku nad wnioskiem Izby zarządzającej, żeby każdemu lekarzowi przy promocyi doręczano egzemplarz etyki lekarskiej.

V. Projekt założenia kasy zapomogowo-pensyjnej przez Izbę wschodnio-galicyjską przyjęto do wiadomości.

VI. Na wniosek Dra Łazarskiego uchwalono zgodzić się na wniosek Izby zarządzającej o utworzenie wspólnego Wydziału Izb z tem jednak zastrzeżeniem, żeby Wydział ten nie był instancyą apelacyjną w sprawach honorowych.

Wniosek kol. Walczyńskiego o podniesienie wynagrodzenia lekarzom więziennym przyjęto z tym dodatkiem, że projekt po uzupełnieniu przez Dra Jabłońskiego ma być przesłanym do ministerstwa sprawiedliwości.

VII. Na wniosek Dra Ćwiklicera powierzono Wydziałowi, by wraz z innemi Izbami starał się o uzyskanie dla lekarzy prawa korzystania w razach nagłych z pociągów towarowych.

Delegatem na wiec Izb wybrano Dra Łazarskiego.

Sprawozdanie
Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc listopad 1901

W miesiącu tym leczono ogółem osób 39; w liczbie tej 3 osoby pozostałe w leczeniu z miesiąca października, 6 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc grudzień.

Od początku roku 1901 do dnia 30 listopada leczono ogółem 595 osób.

Wykaz 27 osób, leczonych w miesiącu listopadzie, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez: sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	1	1	2
w kończyny górne i tułów	—	10	9	19
w kończyny dolne .	1	3	2	6
w ciało gołe . . .	—	10	9	19
przez ubranie .	1	4	3	9
Ogółem	1	14	12	27

Zwierzęta kąsające były w 25 przypadkach psy, w 2 przypadkach koty. Psy szczepiono ochronnie 3 razy.

Kraków, dnia 10 grudnia 1901 r.

O. Bujwid, Dyrektor Zakładu, m. p.

Uwagi nad projektem Statutu przymusowego ubezpieczenia się lekarzy, uchwalonym na Walnem zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy lekarzy w dniu 24. listop. 1901.

W odezwie, zapraszającej wszystkich lekarzy do wzięcia udziału w założyć się mającem Towarzystwie Samopomocy lekarzy w dniu 3. lutego 1901, zwrócono uwagę i położono nacisk szczególny na brak jakiegokolwiek zaopatrzenia na wypadek choroby, ułomności, niezdolności do zarobkowania, na wypadek śmierci i t. p., dla lekarzy wolnopraktykujących, t. j. takich, którzy są bez posady, bez emerytury, bez wszelakich dochodów stałych. Powiedziano tam, że z dniem każdym zmniejsza się teren działania dla tych lekarzy i przewidywano w przyszłości gorszy niż opłakany stan. Aby im pomódz, zadało sobie zawiązane d. 3. lutego 1901 r. Towarzystwo Samopomocy lekarzy, a właściwie Wydział i Prezes tegoż, bardzo wiele żmudnej pracy nad obmyśleniem projektu do Statutu przymusowego ubezpieczenia się lekarzy wogóle. Cześć i uznanie za to im należne wyraziło Walne zgromadzenie Tow. Samopomocy w d. 24 listop., oraz uchwaliło i przyjęło ten projekt prawie bez dyskusyi, pod hasłem: „Quod dignum et justum est“.

„Quod dignum est justum est“, musi także być „aequum et salutare“, a to się nie stało, gdyż właśnie ci lekarze, o których w rzeczonej odezwie była mowa, zostali od udziału w funduszu emerytalnym, proponowanym w Statucie, wykluczeni z powodu wieku przekroczonego. Statut ten jest dla najmłodszych i młodych jeszcze lekarzy, którzy nie przekroczyli 50 lat wieku. — Dobrze i to jest, niechaj przynajmniej młodsze pokolenie polepszy swój los. — Statut proponowany atoli zmusza ustawowo do wkładek na rzecz funduszu emerytalnego wszystkich lekarzy, bez wyjątku, czy oni będą korzystać z tego funduszu, lub nie, a więc i tych wszystkich, którzy mają już zkądinąd emeryturę dostateczną (profesorowie, lek. powiatowi i t. p.) i tych, którzy znikąd emerytury nie mają, a i z tego Statutu na mocy wieku są wykluczeni. Wkładki od niekorzystających z funduszu emerytalnego lekarzy i od wykluczonych z powodu wieku, wymagane będą tylko w postaci stempla 5-halerzowego na każdą receptę z osobna, co uważać się ma za stronę etyczną i solidarność zawodową od tych lekarzy, którzy z emerytury nie mają korzystać.

W praktyce będzie to tak wyglądać: Lekarz zapisujący *minimum* 4 recepty dziennie, płatne po koronie (jeżeli wszystkie są płatne i w tej wysokości), zarobi 4 korony dziennie. To jest dochód, na utrzymanie całkowite dziś dla niego samego niewystarczający, Z tego dochodu odkładać musi dziennie 20 halerzy na fundusz emerytalny, czyli 6 koron miesięcznie, czyli 72 koron rocznie dla ko-

legów młodszych, bo sam nie ma prawa do emerytury. Jeżeli będzie miał to szczęście zapisywać dziennie 8 recept, płatnych po koronie, składać będzie z tego do funduszu emerytalnego rocznie 144 koron, to jest sumę, za którą mógłby się ubezpieczyć w Towarzystwie asekuracyjnem, mając lat 50, na około 4000 dla rodziny na wypadek śmierci. Zatem Statut ten, wykluczając lekarzy 50-letnich, odejmuje im jeszcze sposób i możność myślenia o czarnej godzinie ich śmierci. A więc to nie jest „aequum et salutare“. Lekarzy 50-letnich należy albo złączyć do Statutu z prawem do emerytury, albo ich wyłączyć od obowiązku pisania recept na stemplowanych blankietach. Stempel od strony przypadający może aptekarz przylepić. — Jeżeli Statut nadto wyłącza także od emerytury lekarzy, zkądinąd emeryturę mających, np. profesorów, prymaryuszów, lek. powiatowych i t. d. a do stemplowanych recept zmusza ich, natenczas przypuścić należy, że opłaty tychże (wysokie) powinny pokryć braki lekarzy 50-letnich, za parę lat w tył i umożliwić im należenie do funduszu emerytalnego i to byłoby: „quod dignum et justum est, aequum et salutare“.

Ściąganie zaś tych 5 halerzy za każdą receptę stemplowaną z kieszeni chorego jest niewykonalne i niedopuszczalne na rzecz funduszu emerytalnego. Jeżeli ktoś da guldena lub koronę, lekarz nie będzie żądał jeszcze naddatku 5 halerzy za blankiet. — To są uwagi konieczne, o których szersze koło lekarzy winno być poinformowane.

Z uszanowaniem

Siersza 6. grudnia 1901. *Dr. Piorko.*

Szanowna Redakcyo!

Jako referent projektu ustawy o ubezpieczeniu lekarzy wyłuszczyłem p. Drowi Piórce na Walnem zgromadzeniu Towarzystwa Samopomocy powody, dla których projekt wyklucza od ubezpieczenia lekarzy więcej niż 50 lat liczących, a nie zwalnia ich od obowiązku pisania recept na blankietach stemplowych. Pomimo to porusza p. Dr. Piórko ponownie ten sam zarzut w liście powyższym, wypada mi zatem bodaj w krótkich słowach powtórzyć to, co w tej sprawie na Walnem zgromadzeniu powiedziałem.

Projekt, o którym mowa, oparty jest na podstawach matematycznych; pragnie on zapewnić lekarzom zabezpieczającym się w wieku poniżej lat 50 korzyści niemałe, ale celem pozyskania potrzebnego pokrycia nakłada tak na lekarzy, jakoteż na społeczeństwo opłaty wcale znaczne. Zwiększenie tych opłat nie byłoby stosowne, gdyż ani lekarze nie mogliby im zadość uczynić, ani społeczeństwo nie zgodziłoby się zapewne na zbyt wygórowane ofiary. Według naszego projektu wynosi roczna premia za każdego ubezpieczonego lekarza 19% pełnej emerytury, czyli 456 k.; gdybyśmy wciągnęli w ubezpieczenie i lekarzy więcej niż 50 lat wieku liczących, podniosłaby się premia, która corocznie za każdego ubezpieczonego do funduszu pensyjnego wpłynąć musi, tak znacznie, że wprost niemożliwe byłoby wyszukanie takiego sposobu pokrycia, na który lekarze sami, a następnie rząd i parlament mogliby się zgodzić. Z tego samego powodu projekt ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych (wniesiony już do Rady państwa) ogranicza przyjęcie do ubezpieczenia kobiet do 40 r. życia, mężczyzn do 50 r. życia. Ograniczenie takie nie jest wypływem złej woli, ale rachunku, łatwo zrozumiałego dla każdego, który uprzytomni sobie, że im starszym jest ubezpieczający się, tem mniej wpłacić on może do funduszu pensyjnego, który tem szybciej będzie zmuszony zacząć wypłacać emeryturę lub pensyę wdowią. — Nie mając sposobu zwiększenia dochodów funduszu pensyjnego, trzeba było albo znacznie zmniejszyć wymagania co do wysokości emerytury, pensyi wdowiej i t. d. i przyjąć wszystkich lekarzy w ubezpieczenie, albo wykluczyć od ubezpieczenia ludzi starszych, którzy fundusz pensyjny najrychlej i najwięcej obciążać muszą, wszystkim zaś innym lekarzom zapewnić takie korzyści z ubezpieczenia, które istotnym potrzebom odpowiadają; wybraliśmy to drugie, wybraliśmy dla tego, bo w pierwszym przypadku cały ogół lekarzy dużoby tracił, w drugim cierpi tylko mała ich część (starsi powyżej lat 50), strata pierwszych przeciągnęłaby się Bóg wie jak długi czas, podczas gdy krzywda drugich jest złem przejściowem, przemijającem. Niema prawie ustawy, wprowadzającej zmiany stosunków istniejących, któraby pewnej części interesowanych nie przynosiła straty. Z pomiędzy lekarzy, którzy z powodu wieku nie będą mogli się ubezpieczyć, przeważna część zdołała już wyrobić sobie stanowisko zabezpieczające byt i przyszłość choć w skromnych granicach, rzeczywiście ubogich między nimi bardzo nie wielu; tym drugim opłata blankietów receptowych da się dotkliwie odczuć, to przyznaję, jednak takich lekarzy jest bardzo mało; — pierwsi znajdą się w tem samem położeniu, jak profesorowie, lekarze powiatowi, prymaryusze i t. d.; będą płacić za blankiety receptowe, bez żadnych osobistych korzyści. To krzywda, — ale tylko podług dawnych pojęć sprawiedliwości — podług zaś pojęć, które się coraz szerzej rozpowszechniają, nie może to być poczytane za krzywdę, ale za spełnienie obowiązku moralnego przez kolegów materyalnie lepiej uposażonych na rzecz kolegów materyalnie gorzej postawionych i pomocy tej potrzebujących.

Projektu naszego ustawy zmienić nie możemy, — pójdzie niebawem do Wiednia tak, jak go Walne zgromadzenie uchwaliło. Aby jednak umożliwić ubezpieczenie się i tym kolegom, którzy mając więcej niż 50 lat wieku ubezpieczyć się zechcą, poruszy Wydział Towarzystwa Samopomocy w petycyi do rządu i parlamentu tę sprawę i będzie prosił, by skarb państwa przyczyniał się przez szereg lat od zwiększania funduszu pensyjnego lekarzy kwotą, jaka z tego tytułu okaże się niezbędną.

Kraków d. 16 grudnia 1901. *Dr. Henryk Jordan.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 grudnia.

* *Od jednego z czytelników otrzymujemy list następujący z prośbą o ogłoszenie:*

»Wydział krajowy zamianował, jak donosiliśmy, Dra Włodzimierza Pajączkowskiego dyrektorem szpitala powszechnego w Sanoku. Nominacya ta została dokonaną, o ile wiemy, bez ogłoszenia konkursu na tę posadę.

§ 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897, urządzającej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych, tudzież zakładów dla położnic i obłąkanych, obowiązującej w Królestwie Galicyi i Lodomeryi z Wielkiem księstwem Krakowskiem, brzmi jak następuje: »Odpowiedzialnym zwierzchnikiem służby lekarskiej, administracyjnej i gospodarskiej, tudzież wykonawcą uchwał komitetu jest w każdym szpitalu powszechnym i publicznym dyrektor-lekarz.

W zakładach krajowych mianuje dyrektora Cesarz, na przedstawienie Wydziału krajowego.

Wszyscy inni lekarze we wszystkich szpitalach mianowani będą na podstawie konkursu przez Wydział krajowy... etc... etc. § 13 wspomina nawet dość szczegółowo o kwalifikacyach wymaganych przy konkursie.

Ustawa więc jest jasna i nie dopuszcza wyjątków, jest nadto sprawiedliwa i słuszna, bo daje możność ubiegania się o posady szpitalne wszystkim lekarzom, mającym odpowiednie kwalifikacye, a Wydziałowi krajowemu umożliwia wybór najlepszego kandydata.

Ustawa ta została jednak przy dopiero co dokonanej nominacyi pogwałconą, przez co stworzono, zdaniem naszem, fatalny precedens. Uwagi nasze nie dotyczą bynajmniej osoby nominata, odnoszą się jedynie i wyłącznie do sprawy zasadniczej.

Ubieganie się o posady w szpitalach powszechnych jest, na podstawie ustawy, wyraźnem prawem każdego ukwalifikowanego lekarza, tak jak prawem Wydziału krajowego jest wybór z pomiędzy ubiegających się kandydatów. To »*summum ius*« Wydziału krajowego może się stać *summa iniuria*, jeśli przepisy obowiązujące nie będą przytem należycie przestrzegane. Słyszymy często skargi na to, że w kraju nie szanuje się, jakby się to należało, przepisów władz autonomicznych. Jest to bez wątpienia wielki błąd. Odzwyczajać od tego błędu powinna sama najwyższa władza autonomiczna, przyświecając przykładem.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano zarząd Towarzystwa na r. 1902. Wybrani zostali: prezesem kol. prof. K. Kostanecki (ponownie), wiceprezesem kol. prof. Nowak, sekretarzem dorocznym kol. dr. Jan Landau, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« dotychczasowy redaktor dr. Kwaśnicki; do komisyi redakcyjnej powołani zostali koledzy: prof. W. Jaworski, doc. Raczyński, prof. A. Rosner i prof. Trzebicky; do komisyi kontrolującej koledzy: doc. Łepkowski i dr. Mączka; do Rady zawiadowczej i na Walne zebranie Tow. lek. galicyjskich profesorowie lwowscy: A. Gluziński i A. Mars.

* Egzamin rządowy złożyli we Lwowie następujący Drowie medycyny: Józef Markl, Waleryan Serbeński i Bernard Goldstaub.

* W kaplicy warszawskiego Instytutu oftalmicznego, który ma obchodzić 75-tą rocznicę swego powstania, wmurowano tablicę pamiątkową ku czci śp. Witolda Jodko-Narkiewicza, długoletniego kierownika tego Instytutu.

* Thomayerův Jubilejní Sborník — pod takim tytułem wyszła w Pradze, pod redakcyą doc. Syllaby, zbiorowa książka, której treść stanowi 20 rozpraw uczniów czcigodnego Jubilata. Po wstępie dedykacyjnym następuje spis osobistych prac prof. Thomayera 28), dalej prac wykonanych w jego zakładzie (54), wreszcie odczytów)

i demonstracyj asystentów Jubilata w czeskiem Towarzystwie lekarskiem (19).

Całem sercem łączymy się z tym pięknym wyrazem czci dla uczonego czeskiego, do czego nas skłania uznanie Jego zasług na polu naukowem, oraz szczera i wypróbowana życzliwość dla naszego narodu.

* W Wiedniu, Gracu i Pradze rozpoczął się ruch między młodzieżą, poświęcającą się medycynie, przeciw nowej ustawie rygorozalnej; medycy występują głównie przeciw przymusowym terminom, w czem dopatrują naruszenia wolności akademickiej.

* Wydział lekarski Uniw. wiedeńskiego zaproponował na katedrę pedyatryi po prof. Wiederhoferze, prof. tego przedmiotu w Gracu dr. Eschericha. Propozycya wyszła *primo et unico loco.*

* »Münchener medic. Wochenschrift« w N. 50 donosi, że zarząd sanatoryum B. pod Berlinem, w którem leczy się wielu Rosyan, rozesłał odezwę do lekarzy rosyjskich, ażeby ci, przysyłając chorych, podawali szczegółowy opis ich choroby, za co zarząd wynagradzać będzie po 30 Mk. za każdy taki list. Monachijski tygodnik słusznie widzi w tym kroku deprawacyjne kuszenie lekarzy rosyjskich i sądzi, że ci ze wzgardą odrzucą tę wstrętną propozycyę, gdyż lekarz, wysyłając chorego za granicę i bez tych 30 marek da na piśmie informacyę o swoim chorym, a należytość za trud poniesiony ma obowiązek pokryć pacyent, a nie zakład zagraniczny.

* Statystyka ruchu ludności we Francyi za rok 1900 stwierdza raz jeszcze znany fakt depopulacyi narodu francuskiego: w roku sprawozdawczym urodziło się dzieci 827,297, a umarło osób 853,285, zatem umarło o 25,988 więcej, aniżeli przyszło na świat. Liczby te są tem dziwniejsze, że w r. 1899 był nawet przyrost 31,394. Ten fatalny wynik przypisują we Francyi grasowaniu w r. 1900 duru i grypy.

* W Stanach Zjednoczonych znajduje się 25,000 szpitali, obsługiwanych przez 65,000 osób, których pensya roczna wynosi 23,000,000 dolarów; łóżek w tych szpitalach jest 300,000, lekarzy 37,000, a chorych rocznie bywa 1 000,000.

Omyłki druku: strona 668, pierwszy wiersz od góry, zamiast »zmniejszonej«, ma być »miejscowej«; strona 669, wiersz 23 od góry, zamiast »moje«, ma być »swoje«.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Czerniakowskij z Kijowa mianowany został profesorem chirurgii teoretycznej w Warszawie. Naczelny lekarz wojska pruskiego, dr. Leutholdt, mianowany został zwyczajnym honorowym prof. Uniw. berlińskiego.

Nekrologia. Zmarli: Sir William Mac Cormac, głośnego imienia chirurg, prezes Towarz. chirurgów angielskich, zmarł 6 b. m. w 65 r. życia.

Bibliografia:

Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią. *(Warszawa, 1901. Cena kop. 15).* Z okazyi »Kongresu, poświęconego walce z gruźlicą«, który się odbył w maju 1899 r., przeznaczył członek tego Kongresu, p. Manheimer, 3000 mk. na nagrodę za najlepszą pracę »O gruźlicy«. Kwotę tę powiększyła o 1000 mk. firma Kahnemann. Kongres rozpisał konkurs i wyznaczył sędziów. Wyrok sędziów przyznał tę nagrodę drowi Knopfowi z New-Yorku. Nagrodzoną monografię spolszczył dr. Łagowski, uzupełniając ją obrazem walki z gruźlicą w ziemiach polskich. W krótkim zarysie, bo na 63 stronicach, znajdzie czytelnik możebnie najprzystępniej wyłożoną całą treść naszej wiedzy o gruźlicy, jako chorobie społecznej, oraz o walce z nią, o lecznicach dla gruźliczych, o wszystkiem, co do tej pory zrobiono na tem polu i co jeszcze zrobić należy, ażeby rodzaj ludzki zasłonić od dziesiątkującej go klęski, która, jak trąd w starożytności a mór w wiekach średnich, jest groźnym biczem naszych czasów. Nie zawadzi, jeśli lekarz, przeczytawszy tę książeczkę, zrekapituluje swą wiedzę o gruźlicy; atoli główne i wdzięczne jej zadanie jest w ręku tych wszystkich, którzy czytać potrafią; ani lekarze, ani inteligencya zarazka gruźlicy nie zniszczą; do walki z gruźlicą jako chorobą społeczną stanąć winno pod broń całe społeczeństwo. Monografia, o której piszemy, napisana jasno, obrazowo, przystępnie dla każdego umysłu: obowiązkiem lekarzy zalecić ją publiczności i w kröciowych egzemplarzach rozszerzyć po całym obszarze Polski.

— *Medycyna* Nr. 50. Borzymowski: Nowy przyrząd do »podawania« ligatur. Biro: O padaczce (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Bogdanik: O ciąży zamacicznej. Pieniążek: W sprawie chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50 Babák: Pojem biologie (dok.). Jaklin: Galvanokaustická diairesa dle Bottiniho a radikální léčení ischurie při zbytnění předstojnice. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 98. Hayem: Rak na wrzodzie okrągłym odźwiernika. Anatomia patologiczna. Objawy. Rozpoznanie i leczenie. Griffon: Teorya pasorzytnicza raka podług Borrela. — Nr. 99. Brissaud: Syringomyelia z termicznem znieczuleniem podłużnem i poprzecznem. Babès: Nowy instytut dla patologii i bakteryologii w Bukareszcie.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Eisenbergi i Volk: Badania nad aglutynacyą. Pilcz: Przyczynek do sprawy funkcyi dróg piramidalnych u człowieka. Urbantschitsch: Zmiany w częstości tętna pod wpływem czynników mechanicznych, Neugebauer: O znieczuleniu rdzenia za pomocą tropokokainy. Zentner: Przypadek przepukliny w okolicy górno bocznej brzucha.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Schmorl: W sprawie początkującej gruźlicy płuc. Kohler: O zwalczaniu gorączki suchotników za pomocą leków. Ott: Czy podniesienie się ciepłoty u suchotników po wykonaniu lekkiego ruchu należy uważać za gorączkę? Moeller: O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Hammelbacher i Pischinger: Leczenie krwotoku płucnego podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny. Cohn: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy płuc. Gaertner: Nowy przyrząd do oznaczania ilości hemoglobiny we krwi. Clemm. Przetyczka *(mandrin)* do cewnika żołądkowego, w celu usunięcia resztek zatrzymanych w nim pokarmów. Hildebrand: O rozpoznawczej wartości promieni Röntgena w medycynie wewnętrznej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Ehrlich: Ciała ochronne krwi. Pfeiffer: O uodporniającem działaniu »choleroamboceptorów« na nętwiki cholery. Abel: Doświadczenia nad używaniem prątków Danysza do tępienia szczurów: Bickel: Analiza zaburzeń ruchowych (dok.). Rothschild: Przyczynek do nauki o tworach podobnych do skrzepu w moczu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Baumgarten: Drobnowidowe badania nad hemolyzą surowic różnorodnych. Saul: Przyczynek do morfologii prątków durowych i prątka okrężnicowego. Albu: O dopuszczalnej granicy długości wycinania jelita. Kuttner: Pluskanie, niedomoga i opadnięcie żołądka. Stiller: Jeszcze słowo o niedomodze żołądka. Borchardt: O przepuklinie lędźwiowej i stanach pokrewnych (dok.).

Redakcya otrzymała: Weinreb: Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparatomien. Serkowski: O kryoskopii.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od Administracyi.

W celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

PP. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Rok XL. Kraków, 28 Grudnia 1901. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

Przyrząd do spłókiwania rąk w czasie operacyi.

Opisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

Już parokrotnie mieliśmy sposobność pisania w sprawie aseptyki rąk chirurga, specyalnie zaś wyłuszczenia zapatrywań, jakie w tym kierunku przyjęliśmy w klinice Rydygiera. Przypominam, że wymagamy, aby chirurg 1) zapobiegawczo (profilaktycznie), o ile możności unikał stykania się z przedmiotami septycznymi, aby dbał o 2) kosmetykę swoich rąk, gdyż skóra miękka i gładka o wiele łatwiej dostępną jest wyjałowieniu, niż gruba i popękana; dalej wymagamy, 3) aby właściwe mycie rąk trwało około 15 minut i to w wodzie płynącej lub często zmienianej, wiemy bowiem, że w procesie wyjaławiania rąk większe i istotniejsze znaczenie mają czynniki mechaniczne, niż wpływ ciał chemicznych; a wreszcie przestrzegamy tego 4) aby w czasie samej operacyi często opłókiwać ręce w rozczynie boru, lub chociażby wody przegotowanej, w tej myśli, że przez zabieg ten zmniejszymy ilość bakteryj, które tymczasem wydostały się na powierzchnię skóry rąk czy to z gruczołów potowych, łojowych, lub torebek włosowych, czy też z jakichś szczelin w naskórku.

Tej ostatniej części aseptyki rąk czyniliśmy dotychczas zadość w ten sposób, że obok operującego i asystujących stawialiśmy miednice z rozczynem kwasu borowego i płyn ten, skoro został zbrudzonym, odnawialiśmy. W miarę jednak tego, jak coraz głębiej przekonywaliśmy się o wartości i znaczeniu tej właśnie manipulacyi, mającej zastąpić u nas gdzieindziej używane rękawiczki, spostrzegaliśmy, że ten sposób spłókiwania rąk nie daje nam pełnej rękojmi zachowania ich aseptyki przez cały czas operacyi.

Po jednorazowem bowiem obmyciu rąk, zwalanych np. treścią żołądka lub jelit, podczas operacyi na tych narządach, gdzie właśnie tak bardzo zależy na tem, aby możliwie aseptycznie operować, płyn staje się septycznym i zanieczyszcza miednicę, choćby nawet pierwotnie wyjałowioną. Chcąc więc przy tej metodzie zachować istotnie możliwą aseptykę rąk, należałoby po każdem ich opłókaniu zmienić nietylko płyn, t. j. rozczyn kwasu borowego, którego własności przeciwgnilne są bardzo względne, ale użyć także świeżo wyjałowionej miednicy.

Trzeba zatem było błędy te w jakikolwiekbądź sposób, wyeliminować. Usunęliśmy tedy miednice, a ręce spłókujemy w bieżącym strumieniu 3% rozczynu kwasu borowego, lub 6% soli kuchennej, płynącym wprost z irygatorów, które w salioperacyjnej aseptycznej kazaliśmy porobić z blachy miedzianej i w nich przyrządzony rozczyn przed użyciem przez zagotowanie wyjaławiamy. Dren, prowadzący płyn z irygatora, przechodzi przez stojak i w nim zostaje ustalony i zaciśnięty.

Stojak ów (*Fig. I*) złożony został w tutejszej fabryce narzędzi chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego wedle zasadniczych wskazówek, udzielonych fabrykantom w naszej klinice.

Składa się on z rury, prostopadle na ciężkim trójnogu ustawionej, od góry zamkniętej, a poniżej zamknięcia zaopatrzonej w dwa otwory (na jednej średnicy), przez które prze-



Fig. 1.



Fig. 2.

chodzi dren. Wewnątrz rury znajduje się mocna, stalowa sprężyna, obejmująca i podtrzymująca pręt stalowy, zaopatrzony u góry w walcowate zgrubienie, które właśnie zamyka szczelnie dren gumowy, przyciskając go do górnej pokrywy rury, u dołu zaś pręt ów łączy się z dźwigniowym pedałem. Następując na pedał ściągamy pręt stalowy ku

dołowi, a pokonując opór sprężyny, zwalniamy ucisk na dren. Po zwolnieniu pedału. sprężyna unosi pręt w górę i napowrót dren zamyka. Do głównej rury przymocowane są na stałe: 1) sitko, które łączymy z drenem irrygatora, a poniżej 2) pierścień podtrzymujący miedniczkę, zaopatrzoną w rurę odpływową. Płyn, wylewający się ze sitka, spada po splókaniu rąk na miedniczkę i spływa na posadzkę, nie rozpryskując się, wylot bowiem rury odpływowej znajduje się tuż nad poziomem. W ten sposób, ile razy tego zajdzie potrzeba, obmywamy podczas operacyi ręce za każdym razem w płynie zupełnie czystym i unikamy stykania się z miednicą, która, jak to już zaznaczyliśmy, nie może być stale aseptyczną.

Te nasze stojaki, połączone z irygatorem odpowiednio wysoko zawieszonym, wydają mi się lepsze, niż wszelkie umywalnie, złożone wedle zasadniczego modelu Skutscha. Są bowiem w swej budowie bardziej aseptyczne, dają pełny i żywy strumień płynu, bardzo trudny do osiągnięcia w umywalniach Skutscha, a wiadomo, że chodzi nam bardziej o mechaniczne działanie płynu, niż o jego własności odkażające, i wreszcie stojaki te bardzo łatwo mogą być użyte w praktyce prywatnej i oddawać usługi aseptycznej umywalni pedałowej.

Do tego celu sporządzaliśmy je nieco odmiennie. *(Fig. 2).* Zaopatrzyliśmy je mianowicie w większe miednice, a rura odpływowa z miednicy kończy się w wiadrze, zawieszonem wolno na głównej prostopadłej rurze. W ten sposób uniknęliśmy rozpryskiwania się płynu z miednicy i rozlewania się go po podłodze. Za zbiornik wody w praktyce prywatnej posłużyć może pierwszy lepszy garnek kilkunasto-litrowy, najlepiej ten sam, w którym się woda wygotowywała, ustawiony na piecu, na szafie i t. d. Z drenu gumowego, na kilka metrów długiego, zanurzonego jednym końcem w owym garnku, urządzamy lewar, który drugim końcem łączy się ze sitkiem stojaka. I tak małym bardzo zachodem możemy zaimprowizować w najuboższym nawet domu, gdzie nieraz tak trudno o miednicę, zwłaszcza czystą, idealnie aseptyczną umywalnię, boć po wygotowaniu drenu i sitka, myjemy się absolutnie wyjałowioną wodą. W pokoju ordynacyjnym zaś każdy z lekarzy niewielkim kosztem zaopatrzyć się może w jakikolwiek zbiornik z blachy, szkła itd. i umocować go na stałe na ścianie, lub ukryć na szafie itd. Po obmyciu rąk mydłem i wodą można dren rozłączyć ze zbiornikiem wodnym i połączyć go z irygatorem, napełnionym np. roztworem kwasu borowego i tego samego stojaka używać podczas operacyi do splókiwania rąk.

II. Z kliniki c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

O wycinaniu śledziony.

(Wedle wykładu mianego na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podał

Dr. Stanisław Jasiński

elew kliniki.

(Dokończenie).

Wskazania i przeciwskazania. Dotychczas nagromadzona kazuistyka operacyi wycinania śledziony, jakkolwiek stosunkowo bardzo obfita, jest jeszcze surowym materyałem, który nie dojrzał do ostatecznego opracowania. Przeglądając ogłoszenia i zestawienia różnych autorów, znajdujemy rozmaite wskazania, mające niejako usprawiedliwić tę, bądź co bądź jedną z najcięższych operacyi.

Świadomość, że śledziona w ustroju nie odgrywa ostatecznie tak wybitnej roli, by się ustrój bez niej nie mógł obejść, a powtóre, zbytnia ufność w aseptykę spowodowały, że wiele razy wycinano śledzionę bez usprawiedliwionej potrzeby. To było powodem, że z czasem nagromadził się cały szereg wskazań do splenektomii, a mianowicie: 1. Obrażenia śledziony (podskórne i powikłane). 2 Śledziona wędrująca. 3. Ropnie. 4. Gruźlica i promienica śledziony. 5. Kiła. 6. Torbiele (surowicze, krwawe, skórzaki). 7. Bąblowiec. 8. Nowotwory (mięsak, rak, naczyniak itd.). 9. Obrzęk śledziony zimniczy. 10. Białaczka. 11. Białaczka rzekoma (niedokrewność śledzionowa, pierwotny przerost śledziony itd.). 12. Przerost śledziony z zastoju (marskość wątroby) i ze zwyrodnienia skrobiowatego. 13. Tętniaki tętnicy śledzionowej.

Przyjrzyjmy się jednak tym wskazaniom bliżej i spróbujmy je krytycznie ocenić, które z nich w istocie zasługują na uznanie.

1. Obrażenia podskórne i powikłane z raną skórną. Obrażenia śledziony, niepowikłane raną powłok, dają tylko wtedy wskazanie do jej całkowitego wycięcia, jeżeli: 1) torebka śledziony jest cienka; 2) miąższ jej kruchy z powodu zmian chorobowych (gdyż pęknięcia samoistnego zdrowej śledziony prawie nigdy nie napotykamy); 3) jeżeli ilość pęknięć (co najważniejsze) jest tak znaczna, iż założenie szwów nie zabezpieczałoby dostatecznie przed następowym krwotokiem, lub też ich założenie nastręczałoby nadzwyczajne trudności techniczne, choćby ze względu na niedostępne umiejscowienie.

Lewerenz, widząc w takich przypadkach dobre wyniki po splenektomii, idzie jeszcze dalej i zaleca wycięcie śledziony nawet tam, gdzie przy braku utrzymujących śledzionę zrostów, wycięcie jej przedstawiałoby zabieg łatwiejszy, aniżeli założenie szwów, tem bardziej, że on uwalnia operatora od obawy przeoczenia mniej widocznych pęknięć.

W ogóle nie da się z góry powiedzieć, w jakich przypadkach należy wykonać splenektomię, a w jakich założyć szew lub tamponować. Zależy bardzo wiele od ogólnego stanu chorego i od miejscowego stanu obrażonej śledziony. Doświadczenie i takt chirurga musi rozstrzygać w każdym przypadku.

Inne zachodzą stosunki przy obrażeniu śledziony, powikłanem raną powłok zewnętrznych. Najczęściej mamy tu do czynienia z wypadnięciem nienaruszonej śledziony na zewnątrz, wypchniętej ruchami przepony przez otwór w ranie, częstokroć węższy od przekroju elastycznej śledziony, której objętość dzięki zastojowi żylnemu jeszcze się wzmaga. W takich przypadkach jakikolwiek zabieg chirurgiczny, byle tylko wczesny, daje jaknajlepsze rokowanie. Jeżeli mamy do czynienia z przypadkiem zupełnie świeżym, to po należytem oczyszczeniu śledziony staramy się ją odprowadzić na jej pierwotne miejsce, nie odstraszając się tem, że w danym razie będziemy musieli powiększyć otwór w powłokach brzusznych. Gdy nie jesteśmy zupełnie pewni, czy stosunki aseptyczne w ranie dadzą się na pewno przywrócić, możemy

oddzielić gazą jodoformową okolicę śledziony od reszty jamy brzusznej, zaszywając tylko częściowo ranę brzuszną.

Splenektomię zaś, choć ta w takich przypadkach znakomite daje wyniki, zachować należy tylko do tych przypadków, gdzie wypadnięcie śledziony trwa czas dłuższy, a wskutek tego przyszło do zapalenia, a następowo do zgorzeli śledziony.

2. Śledziona wędrująca, jeżeli przytem nie przyszło do zbyt wielkiego rozrostu, nie daje wskazania do splenektomii. Racyonalniejszem w takim przypadku jest ustalenie śledziony *(splenopexis)*, zalecone przez Rydygiera, przyczem śledzionę wkłada się w kieszeń, utworzoną przez odklejenie ościennej blaszki otrzewnej od wewnętrznej ściany brzusznej.

Śledziony wędrujące, chorobowo zmienione i znacznie powiększone, nadają się do splenektomii. Śmiertelność w tych przypadkach mała, wynosi tylko 6·25%, i dlatego nawet Vanverts, jakkolwiek niesłusznie, stawia wyżej i zaleca zawsze splenektomię przed splenopeksyą.

3. Ropnie wymagają zawsze chirurgicznego zabiegu, zatem otwarcia ropnia, czyli nacięcia śledziony *(splenotomia)*, względnie, gdy śledziona w całości lub przynajmniej w znacznej części jest zniszczona przez ropień, — wycięcia (splenektomia). Do ropni dużych śledziony można się dostać z cięcia poniżej łuku żebrowego lewego; przy małem powiększeniu śledziony musimy sobie drogę torować przez zatokę opłucnej *(sinus pleurae)* i przeponę, a od znalezionych stosunków zależeć będzie, czy postąpimy jedno, czy dwuczasowo.

4. Gruźlica i promienica śledziony. Jeżeli posiadamy pewność, że mamy do czynienia z gruźlicą lub promienicą pierwotną śledziony, wtedy możemy przystąpić do częściowego lub całkowitego wycięcia śledziony, zwłaszcza gdy cała śledziona, lub przynajmniej większa jej część została zajęta przez tę sprawę. Z powodu gruźlicy pierwotnej (o ile wiem) 3 razy robiono splenektomię, a z tych jedna zakończyła się śmiercią.

5. Kiła. Z powodu kiły robiono raz splenektomię, a mianowicie Maucuso w r. 1888. Pomimo pomyślnego wyniku wycięcie śledziony w tej sprawie chorobowej nie tylko nie jest wskazane, ale przeciwnie jest nawet bezcelowe, gdyż przez leczenie swoiste osiągniemy wyniki lepsze, a powtóre splenektomia usunie wprawdzie chorobowo zmienioną śledzionę, ale nie usunie choroby.

6 i 7. Torbiele nie pasorzytnicze i pasorzytnicze, tj. bąblowce, rozpoznajemy zwykle dopiero wówczas, gdy osiągną znaczniejsze rozmiary, a wtedy zawsze dają nam wskazanie do chirurgicznego zabiegu. Leczenie operacyjne (splenektomia) torbieli śledziony jest wskazana: a) w zaniku reszty miąższu śledzionowego i b) w braku zrostów z sąsiednimi narządami. Ze statystyki Hahna dowiadujemy się, że na 7 przypadków splenektomii z powodu bąblowca, 2 zakończyły się śmiercią wskutek krwotoku, powstałego z bardzo silnych zrostów z przeponą, żołądkiem i jelitami. Najczęściej jednak we wszystkich tych przypadkach wystarcza jedno lub dwuczasowe nacięcie torbiela i to zaleca się, jako operacya najmniej obrażająca, nie usuwająca choćby małej ilości tkanki gruczołowej, zdolnej do funkcyi i najmniej niebezpieczna.

8. Nowotwory łagodne śledziony zdarzają się tak rzadko, że nie mogą tu wchodzić w rachubę. W piśmiennictwie znajdujemy jedyny przypadek Homansa z Bostonu, w którym wykonano splenektomię z powodu guza, który przy badaniu pośmiertnem rozpoznano jako naczyniak jamisty. Z nowotworów złośliwych mięsaki pierwotne dają bezwzględne wskazania do splenektomii, jak tego dowodzą przypadki Billrotha, Fritscha, Flothmanna i innych (8 znanych), z których 2 zakończyły się śmiercią, w innych zaś przypadkach wystąpiły później nawroty (w przypadku Fritscha*) po 6 latach nie wystąpiły nawroty, a chora umarła na wadę serca). Rak śledziony również dawałby bezwzględne wskazanie do wycięcia narządu, gdyby pierwotny jego rozwój w śledzionie był udowodniony. Siedm rzekomych przypadków raka pierwotnego w śledzionie, według Zesasa i Chvostka, mieli spostrzegać: Bacelli (1858), a po nim Günsberg, Mosler, Jacqout, Brown, Haller i Grasset.

9. Obrzęk śledziony zimniczy. Do wskazań, wymagających splenektomii, zaliczają przerost śledziony zimniczy. W statystyce swej podaje Vanverts na 79 splenektomii z powodu zimnicy tylko 23 śmiertelnych. Po doliczeniu 54 przypadków, znanych z piśmiennictwa, a przezemnie zebranych, przekonujemy się, że liczba splenektomij, wykonanych z powodu zimniczego przerostu śledziony, wynosi 133, a z tego 34 śmiertelnych, czyli odsetek śmiertelności wynosi około 25·75%. Powszechnie przyjmują, że przy zimniczym przeroście śledziony splenektomia jest przeciwwskazaną przy: 1) zbyt daleko posuniętem charłactwie, 2) rozległych zrostach, 3) zbyt dużej śledzionie i 4) przy leukocytozie. Jonnesco, jeden z najbardziej w tym kierunku doświadczonych chirurgów, tak sądzi o tej sprawie: Operował wśród bardzo daleko posuniętego charłactwa, przy tak rozległych zrostach, że tworzyły one niemal prawdziwą „*symphysis splenoabdominalis* i *splenodiaphragmatica*“. Tak samo i wielkość śledziony nie jest przeciwskazaniem, gdyż on wycinał śledziony, których ciężar wynosił 3.350 gram., 4620 grm. i 5750 grm. Ani zrosty, ani wielkość guza nie stanowią ścisłego przeciwskazania do operacyi, jednakowoż operacya w tych warunkach bardzo trudna i ciężka dla chorego, daje mało widoków zejścia pomyślnego. Zdaniem Jonnesca, we wszystkich przypadkach zimniczego przerostu śledziony wskazanie do splenektomii istnieje, jeżeli leczenie środkami wewnętrznymi nie odniosło pożądanego skutku, gdzie ustawiczne bóle i ciągle postępujące charłactwo zagrażają życiu chorego.

Względne przeciwwskazanie do operacyi stanowić mogą: bardzo rozległe zrosty, daleko posunięte charłactwo, znaczna puchlina brzuszna, starszy wiek i leukocytoza.

Dobre wyniki, jakie Jonnesco osiągnął po wycięciu śledziony zimniczej i to nietylko bezpośrednie, ale i późniejsze, skłaniają go do zalecenia, by splenektomię wykonywać przy powiększonej śledzionie, nie powodującej nawet większych miejscowych dolegliwości, jako postępowanie ochraniające przed zakażeniem zimniczem, gdyż według Laverana śledziona jest ogniskiem, gdzie dojrzewają plasmodya (półksiężyce) i stąd dopiero przechodzą do krążenia. Na tak daleko posunięte wskazanie zgodzićbyśmy się nie mogli.

10. Białaczka. Usunięcie śledziony w przebiegu białaczki miałoby dwojaki cel: a) usunięcie choroby i b) usu-

*) Centralblatt für Gynaekologie (N. 52, r. 1898).

nięcie guza ciążącego. Wiemy, że białaczka zwykle występuje pierwotnie w szpiku kostnym, a zmiany w śledzionie i gruczołach chłonnych są wtórorzędnej natury. Przypadki zaś białaczki śledzionowej są tak rzadkie, że nie można jej brać pod rozwagę. Powtóre, nie wiemy, czy i w takich przypadkach wycięcie byłoby wskazane, zwłaszcza przy tak wybitnej cherze krwotocznej, gdzie krwotok czy to z powłok brzusznych, czy też ze zrostów przeponowo-śledzionowych prawie zawsze prowadzi do śmierci z krwawienia. Z piśmiennictwa wiemy, że trzech tylko chorych przetrzymało dłużej niż 12 godzin zabieg chirurgiczny, a to: w przypadku Bardenheuera, operowanym w r. 1891, chory żył jeszcze 13 dni po operacyi, Burkhardta, operowanym w roku 1890, chory żył 8 miesięcy i w przypadku Kümmla, operowanym w r. 1899, chory zmarł w 2 miesiące po operacyi. Jednak i te 3 przypadki zakończyły się śmiercią z powodu rozwijającej się białaczki i charłactwa.

Przypadku Franzoliniego nie przytaczam, gdyż według Harrisa mylnie był on zaliczony do białaczki. Wszystkie inne przypadki zakończyły się śmiercią wskutek krwotoku. Obecnie więc pod tym względem stoimy na tem samem stanowisku, na którem staliśmy w chwili, gdy splenektomia zaczęła wchodzić w życie i gdy już w r. 1856 orzekł Simon, że „w tej chorobie tego rękoczynu przedsiębrać się nie powinno, gdyż obrzęk śledziony, to tylko objaw następowy ogólnej choroby, a usunięcie tego objawu nie usunie przyczyny".

Więc przez wycięcie śledziony w przebiegu białaczki nie usuwamy wcale choroby, nie mamy żadnych widoków nie tylko na zupełne wyleczenie, ale nawet na polepszenie stanu chorego i rokowanie nasze zawsze musi pozostać jak najgorsze.

11. Białaczka rzekoma (niedokrewność śledzionowa, obrzęk śledziony pierwotny). Zagadkowe jeszcze cierpienie, nazywane przez niektórych „*anaemia splenica, splenomegalia primitiva*", a przez innych nie odróżniane od białaczki rzekomej; według Harrisa, głównymi objawami tego cierpienia są: a) niedokrewność postępowa, idąca ręka w rękę z powiększeniem śledziony, bez powiększenia gruczołów chłonnych w ogólności, b) brak charakterystycznych cech białaczki we krwi, obok już wcześnie zmniejszonej zawartości hemoglobiny, a równocześnie zmniejszonej liczby ciałek czerwonych; według zdania Harrissa, wycięcie śledziony jest wskazane, zwłaszcza tam, gdzie guz spra wia miejscowo ogromne dolegliwości. Opierając się na tem wskazaniu, wykonano 19 razy splenektomię, z których 4 zakończyły się śmiercią. Do tych przypadków należy i nasz, powyżej opisany.

12. Przerost śledziony z zastoju i z zwyrodnienia skrobiowatego, jako schorzenia wtórorzędnego, nie nastręczają wcale wskazań do wycięcia śledziony, które nawet jest przeciwwskazane. Wszystkie splenektomie wykonane z tego powodu zakończyły się śmiercią.

13. Tętniaki tętnicy śledzionowej, które wprawdzie bardzo rzadko się wydarzają, ale zawsze, według Kehra, w piśmiennictwie są znane, dają bezwzględne wskazanie do wycięcia śledziony z rokowaniem pomyślnem, jak tego dowodzi przypadek Schality, operowany w Kijowie w r. 1895.

Zbierając pokrótce wskazania do wycięcia śledziony, stwierdzamy, że: 1. bezwzględne wskazania dają: *a)* nowotwory złośliwe, *b)* tętniaki tętnicy śledzionowej; 2) względne wskazanie dają: *a)* obrażenia podskórne, (*ruptura lienis*), jeżeli śledziona znacznie zmieniona, pęknięcia wielokrotne, a nie jesteśmy pewni, że szwem i tamponowaniem krwotok skutecznie zatamujemy; *b)* obrażenia powikłane, jeżeli wypadnięcie trwa dłuższy czas, a następowo przyszło do zgorzeli śledziony; *c)* śledziona wędrująca, jeżeli jest znacznie powiększona; *d)* ropnie, jeżeli większa część śledziony zniszczona i jeżeli stan zdrowia chorego na to pozwala; *e)* gruźlica i promienica, jeżeli są pierwotne i większa część śledziony zajęta; *f)* torbiele pasorzytnicze i niepasorzytnicze, jeżeli reszta miąższu śledzionowego zanikła i niema zbyt silnych zrostów z narządami sąsiednimi; *g)* obrzęk śledziony zimniczy, gdy charłactwo się rozpoczyna, guz duży, dolegliwości znaczne, a leczenie wewnętrzne bez skutku; *h)* niedokrewność śledzionowa, jeżeli guz duży, a dolegliwości, choćby tylko miejscowe, znaczne. 3) Wycięcie śledziony jest przeciwwskazane w przebiegu: *a)* kiły; *b)* białaczki; *c)* przy zastoju żylnym i zwyrodnieniu skrobiowatem.

Technika operacyjna. Przygotowania są takie same, jak do każdej laparotomii. Do otwarcia jamy brzusznej najlepiej nadaje się cięcie w smudze białej. Nie wszyscy jednak chirurdzy tak postępowali. Największa część operatorów prowadziła cięcie skórne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego lewego. Bryant prowadził cięcie od dolnego brzegu łuku żebrowego na dół nieco wypukło na przód do kolca przedniego talerza biodrowego. Langenbuch prowadził dwa cięcia: jedno w smudze białej, drugie poprzecznie od pępka na lewo. Bardenheuer używał cięcia wrotowego (*Thürflügelschnitt*). Péan, Czerny, Rydygier, Jonnesco i inni operowali w smudze białej.

Główną rzeczą jest, by sobie stworzyć najdogodniejszy dostęp do szypułki, pooddzielać zrosty i zatamować krwotok. Z tego też powodu prawie zawsze każdy operator stawał po stronie lewej chorego. Tymczasem Jonnesco słusznie zwraca uwagę, że szypułka, której podwiązanie stanowi najtrudniejszą część operacyi, znajduje się po stronie wewnętrznej śledziony, tj. prawej, i by się do niej dostać, powinien operator stać po prawej ręce chorego. Inni zaś podnoszą, że operator, stojąc po stronie lewej, lepiej może się zoryentować co do zrostów przepony ze śledzioną. Prof. Rydygier staje po stronie prawej chorego.

Całą operacyę podzielić możemy na pięć okresów: 1. Otwarcie jamy brzusznej w smudze białej. 2. Uwolnienie śledziony ze zrostów — i to słabo unaczynionych na tępo, palcami, trzymając się otrzewnej ściennej, by nie naruszyć śledziony; — obficie zaś unaczynionych przez przecięcie po podwójnem podwiązaniu. Podczas tego zabiegu asystent podtrzymuje śledzionę, by zapobiedz uszkodzeniu szypułki. 3. Przecięcie szypułki po podwójnem podwiązaniu wspólnie tętnicy i żyły śledzionowej oraz ogona trzustki (*cauda pancreatis*), gdyż oddzielanie tych części od siebie przedstawia znaczne trudności techniczne, a z drugiej strony mogłoby być niebezpieczne. 4. Przegląd jamy przez usunięcie śledziony powstałej i ostateczne zatamowanie krwotoku, przyczem miejsca krwawiące na otrzewnej ściennej (zwłaszcza miejsce przyczepu więzadła śledzionowo-przeponowego) najlepiej okłuć. 5. Zaszycie jamy brzusznej i założenieopa trunku.

Następstwa wycięcia śledziony. Nieustalone pojęcia o roli fizyologicznej śledziony skłaniały większą część

operatorów do szukania następstw, wynikłych z wypadnięcia jej czynności dla ustroju. Badano i szukano: 1) zmian ilościowych i jakościowych we krwi; 2) zmian w innych narządach, jako wyrazu objęcia roli zastępczej; 3) starano się oznaczyć stopień odporności ustroju na jad drobnoustrojów; 4) wreszcie badano jadowitość wydzielin. 1) Co do punktu pierwszego, większość autorów podnosi przemijające zaburzenia w wytwarzaniu się krwi, a mianowicie szybko występujące zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, a zwiększenie białych. Z drugiej strony jednak nie brak przypadków, w których żadnych zmian w liczbie ciałek czerwonych nie spostrzeżono, np. przypadki Trendelenburga, Jonnesca itd., wobec czego przytaczane przypadki zmniejszenia liczby ciałek czerwonych możnaby odnieść do t. zw. niedokrewności urazowej, a nie do wypadnięcia czynności śledziony, jako narządu krwiotwórczego. Spostrzeganą przez wszystkich, a również przemijającą, leukocytozę, tłómaczyćby można tak przez utratę krwi podczas operacyi, jak też i przez ograniczoną sprawę zapalną, nieodłączną od sprawy gojenia.

W przypadku, przezemnie opisanym, przyczynę tej znaczniejszej leukocytozy upatrywać było można w miejscowem ropieniu rany powłok brzusznych; natomiast niewytłómaczonem mi jest pooperacyjne zwiększenie się ciałek krwi czerwonych, stwierdzone nieomylnie przez wielokrotne dokładne badanie.

Nadto w ostatnich czasach zwrócono uwagę na stałe pojawiające się zmniejszenie odsetka hemoglobiny we krwi po splenektomii.

2. Doświadczenia na zwierzętach Zesasa, Griffiniego, Tizzoniego i innych przemawiają za tem, że nietylko gruczoły chłonne, obejmując rolę śledziony, ulegają przerostowi, ale także wytwarzają się w sieci nowe ciałka o budowie śledziony. Po wycięciu śledziony u psów znalazł Tizzoni około 80 drobnych tworów w sieci wielkiej, podczas gdy śledziona dodatkowa *(lien succenturiatum)* znajduje się zwykle w więzadle żołądkowo-śledzionowem i to najwyżej w liczbie 2 do 3 guzków, które jako twory gotowe nie okazują poszczególnych okresów rozwoju i dalszego rozrostu, jak to miało miejsce w doświadczeniu Tizzoniego.

W ślad za tem odnoszono obrzęki gruczołu tarczykowego i gruczołów chłonnych, spostrzegane niekiedy po splenektomii, do objęcia roli zastępczej przez te narządy. Vulpius uważa czasowe i to rzadkie występowanie wola po wycięciu śledziony za następstwo zaburzenia w krążeniu, jakie w najrozmaitszych narządach wystąpić może, a z powodu silnego unaczynienia i powierzchownego umiejscowienia najbardziej wpada ono w oko.

Inaczej ma się sprawa z gruczołami chłonnymi, a zwłaszcza około oskrzeli, poza otrzewną i w kresce, gdzie po utracie śledziony stwierdzono odczynowy ich obrzęk.

Co do szpiku kostnego, to liczne doświadczenia, dokonane na zwierzętach i badania, tak makroskopowe, jak i mikroskopowe, wskazują w rzeczywistości na wzmożenie jego czynności krwiotwórczej. Kilka razy po wycięciu śledziony spostrzegane u ludzi bóle w nogach mogą nasunąć przypuszczenie, że w istocie toczą się jakieś zmiany w długich kościach piszczelowych.

Znane zjawisko, że bakterye wstrzyknięte do krwi najwcześniej gromadzą się w śledzionie, naprowadziło na wniosek, że śledziona odgrywa pewną rolę w uodpornieniu na jad drobnoustrojów. I tak Tizzoni i Cattani wykazali, że królików bez śledziony nie można sztucznie uodpornić przeciwko tężcowi. Ztąd wynikałoby, że śledziona w sztucznem uodpornieniu wytwarza substancye swoiste, uodparniające. Zapatrywania te jednak są zbyt jednostronne. Doświadczenia późniejsze zdają się dowodzić, że wycięcie śledziony bynajmniej nie wpływa na przebieg sztucznego zakażenia, a w ostatnich czasach Blumenreich i Jakoby doszli do wyników, że wycięcie śledziony w zakażeniu nietylko nie szkodzi ustrojowi, lecz owszem pomaga. Dla wyjaśnienia tego wpływu badali działanie krwi zwierząt prawidłowych, oraz zwierząt bez śledziony na hodowle i toksyny bakteryjne. Otóż krew zwierząt, pozbawionych śledziony, działa silniej bakteryobójczo, niż krew prawidłowa, a na toksyny ma pozostawać bez wpływu. Wpływ ten tłómaczą leukocytozą, która w 2 do 3 dni najpóźniej występuje po wycięciu śledziony i utrzymuje się według nich 2 do 3 miesięcy.

4. Wychodząc z tego założenia, że śledziona, jak każdy inny gruczoł w ustroju, odgrywa pewną rolę w zobojętnianiu, względnie w wytwarzaniu swoistych toksyn ustroju żyjącego, badał Jonnesco toksyczność moczu przed i po wycięciu śledziony.

Doświadczenia na psach, oraz oznaczania współczynnika toksyczności moczu *(Urintoxicitäts-Coefficient)* chorych po dokonanej splenektomii wykazały, że wycięcie śledziony natychmiast obniża toksyczność moczu pod warunkiem, że niema żadnych powikłań, połączonych z gorączką.

Z powikłań, jakie w czasie pooperacyjnym wystąpić mogą, pomijam schorzenia ze strony płuc, gdyż takowe wystąpić mogą po każdym cięższym zabiegu operacyjnym i z wycięciem śledziony nie pozostają w bliższym związku. Natomiast podnieść muszę często wydarzające się po splenektomii zaburzenia nerwowe, głównie w sferze psychicznej. I tak np. Péan zauważył w obu swych pierwszych przypadkach splenektomii nerwice pod postacią u jednej lękliwości, bojaźliwości, a nawet chęci samobójstwa, u drugiej pod postacią zadumy i hipochondryi. Podobne zaburzenia spostrzegał Lewerenz i inni.

Czy spostrzeżone 5-go dnia po operacyi w naszym przypadku objawy natury obłędowej, utrzymujące się przez 10 dni następnych, zaliczyć należy do tej samej kategoryi zaburzeń psychicznych w następstwie wycięcia śledziony, czy też złożyły się na to inne czynniki, jak długotrwałe charlactwo zimnicze, osłabienie z powodu umyślnego głodzenia się ze strony chorego przez kilka pierwszych dni, lub może wpływ jodoformu, w rozstrzygnięcie tego pytania wdawać się nie mogę.

Na tem miejscu uważam za obowiązek wyrazić szczere podziękowanie Radcy dworu Prof. Rydygierowi za zachętę i pomoc przy opracowaniu niniejszej rozprawy, oraz za odstąpienie materyału, a Drowi Hermanowi za udzielone mi życzliwie wskazówki.

Piśmiennictwo. Schultz F.: Wyrżnięcie śledziony u kobiety z pożądanym skutkiem. (Tyg. lek. 1855. IX. 249.). Jawurek H.: Odjęcie śledziony u dziecka 4-letniego. (Tyg. lek. 1863. XVII. 82.). Le Brun A.: Przypadek wycięcia śledziony. (Prot. pos. P. T. L. W. 1863. L. 473.). — Odjęcie śledziony. (Prot. pos. P. T. L. W. 1864. LI. 401.). Dobieszewski: Wycięcie śledziony (referat zbiorowy). (Klin. 1867. II. 199.). Pietrzycki: Odjęcie śledziony, wyleczenie. (Przegl. lek. 1874. XIII. 69.). Goldhaber: Wypadnięcie częściowe śledziony, odcięcie takowej; wyzdrowienie. (Przegl. lek. 1877. XVI. 427.). Biziel J.: Wycięcie śle-

dziony z powodu białaczki. (Przegl. lek. 1885. XXIV. 191.). Orłowski W.: Wycięcie śledziony. (Gaz. lek. 1887. VII. 17.). M. Schultz: Zur Behandlung chronischer Milztumoren. (Inaugural-Dissertation. Greifswald 1874.). Hahn: Ueber Splenectomie bei Milzechinococcus. (Deutsche med. Woch. 1895. Nr. 28.). Schalita (Kijów): Ueber Milzexstirpation. (v. Langenbeck Archiv für Chir. Bd. XLIV. Hft. 3.). Postempski: Estirpazione di milze malarica (Ref. Cntrbltt. für Chir. 1895. str. 319.). von Beck: Subcutane Milzruptur. Milzexstirpation. (Münch. med. Woch. 1897. Nr. 47.). Credé: Ueber Exstirpation der kranken Milz am Menschen. (Arch. f. kl. Chir. 1887. Bd. 28.). R. Asch: Ein Beitrag zur Frage der Milzexstirpation. (Münch. med. Woch. 1889. Nr. 2.). R. Savor: Fall von Milzexstirpation während der Schwangerschaft wegen traumatischen Milzruptur. (Centrbl. für Gynaekologie. 1898. Nr. 48.) G. Adelmann: Die Wandlungen der Splenectomie seit 30 Jahren. (v. Langenbeck Arch. f. Chir. Bd. XXXVI. 22.). O. Vulpius: Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. (Beitr. zur. klin. Chir. XI. 3 Hft. 1894.). Trendelenburg: Ueber Milzexstirpation etc. (Deutsche med. Woch. 1899. Nr. 40, 41.). Krabbel: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung der Milz. (Deutsche med. Woch. 1899. 36.). Rydygier: Die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexis (Wien. klin. Woch. 1894 Nr. 24.). Sykoff: Ueber die Behandlung der Wandermilz durch Splenopexie. (v. Langenbeck Arch. f. klin. Chir. LI. Hft. 3.). Stierlin: Ueber die chirurgische Behandlung der Wandermilz (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Nr. 45. Hft. 3. 4.). A. Nannotti: Beitrag zum Studium der Indicationen der Milzexstirpation bei Malaria. (Policlinico 1897. Ref. im Cntrbl. für Chir. 1898. str. 140). J. Homans: Angioma of spleen. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 141). Vanverts: De la splenectomie. 1897. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 601.). F. Lancetti: Splenectomie per milza malarica. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 612). M. Jordan: Conservative Milzchirurgie. Eine Methode, um einen Theil der Milz ohne Blutverlust zu exstirpieren. (Münch. med. Woch. 1898. Nr. 7) Karewski: Ein Fall der traumatischen Milznekrose. (Deutsch. med. Woch. 1901. Nr. 1). Jordan: Ueber die subcutane Milzzerreissung u. ihre operative Behandlung. (Münch. med. Woch. 1901. Nr. 3). D'Arcy-Power. Succesful removal of. an enlarged and displaced spleen. (Brit. med. journ. 1900. Ref. Cntrbl. f. Chir. 1900. Nr. 12. str. 340). V. Subbotić: Beiträge zur Pathologie u. chirurgischen Therapie einiger Erkrankungen der Milz. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. LIV. 5. 1900). M. Spandow: Die Milzexstirpation. Inaug. Dissert. Berlin 1889). E. Gottschalk: Zur Frage der Milzexstirpation. (Dissertation. Ahrweiler 1893). v. Burckhardt: Ueber Milzexstirpation bei Leucaemie u. Pseudoleucaemie. (v. Langenbeck Arch. für Chir. XLIII. 4. 1892.). Janz: Zur Operation der leucaemischen Milz. (Beitrag zur klin. Chir. XXIII. Bd. 2. 1899.). D. G. Zesas: Ueber Exstirpation der Milz am Menschen u. Thiere (von Langenbeck Arch. f. Chir. XXVIII. 1). Fr. Chwostek: Ueber Milztumoren. (Wiener Klinik 1879. Hft 9). Tedeschi: Gibt es eine Erneuerung des Milzgewebes nach Entfernung dieses Organs. (Gior. degli. osp. N. 97. Ref. Münch. med. Woch. 1897. N. 2). Th. Jonnesco: Ueber Splenektomie. (Arch. f. kl. Chir. LV. 2. 1897). Plücker: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organes. (Deutsche med. Woch. 1899. Nr. 36). Madlener: Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner traumatischen Ruptur. (Münch. med. Woch. 1899. N. 43). A. Llobet: Splenectomie totale dans un cas de déplacement et d'hypertrophie de la rate avec cancer primitif du pedicule. (Ref. Centrbl. f. Ch. 1900. Nr. 27). R. Bartz: Ueber Milzexstirpation. (Deutsch. med. Woch. 1899. Nr. 11). Ballance: On splenectomy for ruptury withoud external wound. (Ref. Centrbl. f. Chir. 1898. str. 797). J. Jovanovic: Ein Fall von dislocirter u. adhaerenter Milz. Splenectomie. (Ref. Cntrbl. f. Chir. 1898. str. 1264). L. Blumenreich u. M. Jakoby: Ueber die Bedeutung der Milz bei künstlichen u. natürlichen Infectionen. (Zeitschr. f. Hyg. w. Infectionskrankh. 29 Bd. Hft. 3). Lewerenz: Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen. (Arch. f. kl. Chir. LX. 4. 1900). H. Kehr: Die Verletzungen u. chirurgischen Erkrankungen der Leber, der Gallenwege, der Milz und der Bauchspeicheldrüse. (Handb. d. prakt. Chir. 18 Lief.). Jonnesco u. Michajlowski: Splenectomie. (XIII. Internat. med. Congress zu Paris. (Ref. M. med. Woch. N. 35. 1900). M. Harris u. M. Herzog: Über Splenectomie bei Splenomegalie primitive (*anaemia splenica*). (Deutsche Zeitschrift f. Chir. LIX. 5. u. 6. 1901).

III. Wyciągi.

Sonnenburg. **Zapalenie wyrostka robaczkowego.** *(Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Lief. 22—24.) Pierwszy ostry napad zapalenia wyrostka robaczkowego nie odpowiada początkowi choroby, lecz jest już okresem lub nasileniem w jej przebiegu. Dlatego też przy pierwszym typowym napadzie znajdujemy już przedziurawienie lub nawet zgorzel wyrostka robaczkowego, połączone często z ograniczonem ropieniem w jego otoczeniu. Tylko wtedy, jeżeli lekarze zdołają w każdym przypadku zapalenia wyrostka rob. zrobić dokładne rozpoznanie anatomo-patologiczne, możebnem będzie osiągnąć ogólne porozumienie się co do leczenia wyczekującego i co do wskazań do zabiegów operacyjnych w różnych postaciach tej choroby. Dlatego musimy się wyćwiczyć z przebiegu choroby i objawów klinicznych nie tylko rozpoznawać rodzaj choroby, lecz ściśle oznaczyć zmiany anatomiczne w wyrostku, które wskażą nam najwłaściwszą drogę do leczenia. Zapatrywania swoje skreśla autor w następujących twierdzeniach.

1. Przypadki, które wymagają rychłego wkroczenia operacyjnego, należą prawie wyłącznie do postaci zgorzelinowego zapalenia wyrostka. Występuje tu szybko szerzące się zapalenie rozlane, które jako takie, lub przez równoczesne działanie jadów, zabija chorego. Rozpoznanie tej postaci zapalenia wyrostka polega na następujących objawach klinicznych: pacyent robi wrażenie ciężko chorego; występują znaczne zaburzenia stanu ogólnego, wysoka gorączka, bardzo częste i liche tętno, miejscowa bolesność i brak oporu; przytem objawy ogólnego zadrażnienia otrzewnej, tudzież wzdęcie brzucha. Przy nacięciu w tych przypadkach znachodzimy wyrostek, uległy zgorzeli, otoczony wypociną nieotorbioną, oraz objawy zapalenia szerzącego się na otrzewnę.

2. Gwałtowny początek choroby, wysoka ciepłota i odpowiadające jej częstością swą tętno, mniejsze zaburzenia stanu ogólnego, mierna bolesność miejscowa z wyraźnym naciekiem, nieznaczne zajęcie reszty jamy otrzewnej każą nam rozpoznać przebicie wyrostka robaczkowego. Występuje tu wysięk otorbiony, przytem ograniczone zapalenie otrzewnej, które powoli ustępuje. Jeżeli zaś to ograniczone zapalenie otrzewnej się nie zmniejsza i gorączka nie ustępuje, tworzą się dalsze powikłania ze strony ogniska zapalnego i operacya w każdym razie jest wskazana.

3. Jeżeli bez podniesienia się ciepłoty i bez znacznego wzmagania się tętna powstaje wśród boleści opór w okolicy kiszki ślepej, przytem stan ogólny niczem nie zachwiany, to rozpoznajemy zwyczajne zapalenie wyrostka, bez zgorzeli i bez przedziurawienia, t. zw. »*Appendicitis simplex*«. W tych przypadkach należy leczyć wyczekująco, a po kilku dniach zapalenie ustąpi.

4. Tylko tam, gdzie wśród tych samych objawów klinicznych istnieje gwałtowna bolesność w dołku biodrowym, możemy rozpoznać »*Appendicitis simplex*« z otokiem wyrostka *(empyema)* i tu operacya jest wskazana, zwłaszcza jeżeli boleści i gorączka jeszcze się wzmagają, co oznacza, że otok grozi pęknięciem, połączonem z niebezpieczeństwem dla chorego.

Podczas napadu więc należy operować zawsze i wcześnie w przypadkach zgorzelinowego zapalenia wyrostka; w przypadkach przedziurawiającego zapalenia tylko wtedy, jeżeli objawy się wzmagają i powstają powikłania; wreszcie w przypadkach otoku wyrostka, zwłaszcza jeżeli ten grozi pęknięciem. Natomiast we wszelkich innych przypadkach należy operować w okresie wolnym. Tu należy rozróżnić dwie gromady chorych, którzy po luźnych, bolesnych napadach nigdy nie są zupełnie wolni od dolegliwości i chorych, którzy również przebyli liczne napady, lecz od tego czasu są zupełnie wolni od wszelkich dolegliwości i boleści. Chorzy pierwszej gromady z powodu ciągłych dolegliwości nie mogą się dobrze odżywiać i okazują przy operacyi tylko nieznaczne zmiany samego wyrostka, lecz w całem otoczeniu rozległe zrosty otrzewnej z jelitami i jelit ze sobą. Natomiast u chorych, wolnych od dolegliwości, znajdujemy często najzawilsze i najniebezpieczniejsze zmiany chorobowe samego wyrostka z owrzodzeniem i kamykami kałowymi. Są jednakże i wyjątki z tej reguły. Co się zwykle w wolnym okresie wyczuwa za wyrostek robaczkowy, po większej części są to tylko zrosty; sam wyrostek wyczuwa się zaledwo w wyjątkowych przypadkach. Chory, który jest obarczony przewlekłem cierpieniem zapalenia wyrostka robaczkowego, powinien go sobie dać wyciąć, bez względu na to, czy dolegliwości są ciągłe, czy tylko przemijające. Jeżeli zważymy, jak długie przerwy między ostrymi napadami się zdarzają (10—12 lat), można rzeczywiście tylko tego uważać za zupełnie uleczonego, któremu usunięto burzyciela spokoju.

Przy leczeniu wewnętrznem podczas napadu stosuje S. morfinę zamiast makowca, bo ten ostatni wywołuje porażenie jelit, uniemożliwiające kontrolę zapalnej części kiszki. Tylko jeżeli morfina nie skutkuje, wstrzykuje on 20 kropel nastoju makowca do odbytnicy. Dla zwalczenia miejscowej bolesności zaleca S. raczej ciepłe okłady, niż worek lodowy, bo znaczne ochłodzenie brzucha utrudnia wessanie, gdyż zimno zniża w znacznym stopniu pobudliwość włókien nerwowych i mięśniowych ścian jelita. Tylko jeżeli ciepłe okłady nie odnoszą skutku uśmierzającego, stosuje on worek lodowy. W pierwszych 24 godzinach wskazanem jest wstrzymanie się od wszelkich pokarmów, w celu uniknięcia wymiotów; dla ugaszenia pragnienia dodaje się małe kawałki lodu lub nieco zimnej herbaty. Jeśli istnieje wielka skłonność do wymiotów, należy ograniczyć się na płókaniu ust. Natomiast zaniechać trzeba podawania leków przez usta. Jeżeli w dniach następnych sprawa się umiejscowi, najlepiej podawać mleko i mocne rosoły w małych dawkach, najwyżej 50 ctm.^{3}, w dwugodzinnych przerwach. W razie poprawy stanu ogólnego postępujemy powoli z żywieniem chorego, a w celu wypróżnienia stosujemy czopki glicerynowe lub lewatywę z oliwy. *Dr. J. Fels.*

J. Winterberg. **O przewlekłych chorobach stawów i ich leczeniu.** (*Wiener Klinik* 1901, Zeszyt XII). W piśmiennictwie, dotyczącem przewlekłych chorób stawów panuje znaczna różnica zdań i dlatego W. podjął się, celem rzucenia światła na tę sprawę, zestawić całokształt ostatnich prac w tym kierunku. Na tej podstawie dochodzi do wniosku, że należałoby, uwzględniając różne przyczyny tych schorzeń, porzucić nazwę przewlekłego gośćca stawowego, a zastąpić ją właściwszem mianem przewlekłego zapalenia stawów. Możemy bowiem wyróżnić, ze względu na bodźce neuropatyczne, t. zw. *arthropathia* w wiądzie rdzenia, syringomyelii i w zastarzałych porażeniach połowiczych, dalej przewlekłe zapalenie wywołane przez gonokoki, zapalenie stawów przymiotowe i gruźlicze, oraz szereg przypadków spowodowanych najprawdopodobniej przez drobnoustroje ostrego gośćca stawowego: następnie gromadę bardzo zbliżoną do poprzedniej, lecz mającą prawdopodobnie zupełnie swoiste bodźce, które w początkach dają obraz podobny do ostrego gośćca, a działając stale wywołują przewlekłe zniekształtniające zmiany w stawach. Podobnie przebiegają też zapalenia w przebiegu grypy. Do tej kategoryi należą dość rzadkie schorzenia stawów wieku dziecięcego, które najprawdopodobniej bywają spowodowane prątkami Banatynea i Wohlmanna. Zresztą zaś w wieku tym częste jest tło przymiotowe i gruźlicze. Griffiths opisuje rodzaj rzadkiego schorzenia, zwanego *Arthritis ossificans* u niemowląt w pierwszych miesiącach życia. W końcu opisywany przez autorów *Rheumatismus nodosus infantum* pojawia się z małymi wyjątkami przed 14-tym rokiem życia i polega na występowaniu, — po wygaśnięciu ostrego okresu zapalenia, — guzków, zrazu włóknistych, z czasem wapniejących i kostniejących, usadowionych wśród ścięgien, więzadeł, błon omięsnych, okostnych i ochrzęstnych. Guzki te mogą z czasem rozpadać się tłuszczowo i przez wessanie znikać. Cierpienie trwa przez szereg miesięcy i często połączone jest z pląsawicą i wadami serca.

Leczenie, polecane przez chirurgów, polega na otwarciu lub wycięciu stawów, na wstrzykiwaniach mięszanki gwajakolowo-jodoformowo-glicerynowej, albo na procedurach ortopedycznych. Inne sposoby muszą być tylko objawowe i zmieniać się w różnych fazach cierpienia. Preparaty salicylowe mają działanie przemijające, tak samo laktofenina (Lachmansky). Lancereaux poleca jodotyryn (0·5—6·0 dziennie stopniowo), von Noorden, Leyden, Goldscheider i König podają wewnętrznie jod i stosują nalewkę jodową zewnętrznie. Inni polecają: *methylum salicylicum*, prąd elektryczny, gorące okłady, sztucznie wywoływane przekrwienia bierne (Bier), oraz kąpiele borowinowe. Autor przedstawia pomyślne wyniki, otrzymywane po stosowaniu kąpieli z wyciągiem borowinowym Mattoniego, które zdaniem jego powinny znaleźć obszerne zastosowanie.

Dr. M. Blassberg.

Jarocki. **Kliniczne metody oznaczania ciśnienia krwi.** (*Russk. Arch. patol., kl. medic. i bakter.* 1901, t. XII. r. 4). Przyrządy v. Bascha, Riva-Rocci i Gartnera nie wykazują bezwzględnych liczb ciśnienia krwi, oprócz tego za pomocą tych przyrządów nie oznaczamy średniego ciśnienia krwi w naczyniach, lecz maksymalne. Ważną więc jest rzeczą posiadać takie przyrządy, któreby dawały możność oznaczania bezwzględnej wysokości średniego ciśnienia krwi, nie zaś tylko o ile ono podniosło się i obniżyło. Temu zadaniu, według J., zadość czyni sfigmometr Hill-Barnarda. Składa się on ze skórzanej bransolety, którą nakłada się na część barkową górnej kończyny; wewnątrz bransolety znajduje się kauczukowa poduszeczka, połączona z pompą powietrzną i z manometrem metalowym. Nałożywszy bransoletę pompujemy za pomocą tłoczka powietrze do przyrządu; natychmiast wskazówka manometru zaczyna wykonywać ruchy tętniące. Gdy tętnienie dojdzie na wskaźniku do najwyższej liczby, ciśnienie, które wykazuje manometr, odpowiada według praw fizycznych ciśnieniu w tętnicy. Przy dalszem wtłaczaniu powietrza ruchy wskaźnika zaczynają maleć i nakoniec ustają. Wypuszczając powoli powietrze z przyrządu, znowu otrzymujemy wahania w manometrze, zwiększające się do *maximum*. W ten więc sposób można sprawdzić poprzednio otrzymaną wysokość ciśnienia krwi. Oznaczenie należy prowadzić szybko, w ciągu najmniej 1—2, aby uniknąć zastoju w żyłach. Tym więc przyrządem otrzymujemy średnie ciśnienie w tętnicy barkowej, wtenczas gdy sfigmomanometr Riva-Rocci oznacza ciśnienie maksymalne w tętnicy pachowej. Liczby w przyrządzie Hill-Barnarda, jak wykazują badania J., odznaczają się stałością. Najwyższe ciśnienie (160 mlm.) znalazł J. w przypadku przewlekłego zapalenia nerek, najniższe (60 mlm.) w przypadku włóknikowego zapalenia płuc w okresie przełomu. *Witold Orłowski.*

Swenson. **Przemiana gazów u chorych na raka.** (*Russk. Arch. patol. klin. med. i bakter.* 1901. t. XII. Z. 4). Badając, oprócz wymiany azotowej, jeszcze wchłanianie się tlenu i wydzielanie się CO^2 u chorego na raka wpustu żołądka, Swenson przyszedł do przekonania, że w charłactwie rakowem wzmaga się nie tylko znacznie przemiana białkowa wskutek rozpadu białka tkanek, lecz jeszcze silniej podnosi się zużycie połączeń bezazotowych, przeważnie tłuszczu. — Przemianę gazową oznaczał S. za pomocą przyrządu Zuntz-Sepporta. Doświadczenia były wykonane naczczo w 14—16 godz. po ostatnim pokarmie i trwały każdorazowo $^3/_4$ godziny, składając się z 2 części; wyniki uznawano za niezbite, jeśli różnica między 2 oznaczeniami była niżej $5^0/_0$. *Witold Orłowski.*

Lintwarew. **Rola tłuszczów przy przechodzeniu zawartości żołądka do jelit.** (*Rozpr. dokt. Petersb.* 1901). L. przeprowadził w pracowni prof. Pawłowa szereg doświadczeń na 2 psach ze sztucznemi przetokami: jeden z nich miał przetokę w dnie żołądka i w odźwiernikowej jego części, drugi zaś w żołądku i w dwunastnicy. Przedmiotem badań autora było oznaczenie wpływu tłuszczów na opróżnienie żołądka z jego treści. Wlewając do dwunastnicy oliwę prowancką lub inne tłuszcze, L. wprowadzał następnie do żołądka 200 ctm sz. wody i oznaczał, ile wody pozostało po 10'. W innych doświadczeniach tłuszcz i wodę wprowadzano przez przetokę w dnie żołądka, lub wlewano wodę przez przetokę w dnie, a olej przez przetokę odźwiernikową. Wszystkie te doświadczenia wykazały zgodnie, że tłuszcze zatrzymują niedługo (1—2$^1/_2$ godz.) przejście treści żołądka do jelit. Podobny wpływ następuje drogą odruchu w dwunastnicy i trwa tem dłużej, im więcej wprowadzono tłuszczu. Białko kurze, skrobia i cukier, naodwrót, nie mają żadnego wpływu na szybkość przedostawania się treści żołądkowej do jelit.

Witold Orłowski.

L. Marchand. **Neuroglia w porażeniu ogólnem.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 65). Na podstawie bardzo licznych badań preparatów, barwionych wszystkimi nowszymi sposobami, dochodzi autor do wniosku, że w początkach porażenia ogólnego prawie zawsze można spostrzegać bujanie neuroglii, wybitne zwłaszcza w niektórych okolicach, oraz równoczesne obfite nagromadzenie się, jak gdyby naciek, okrągłych komórek w sąsiedztwie naczyń. Zmian pierwotnych w komórkach nerwowych M. nie spostrzegał i dlatego nie przychyla się do zapatrywania innych autorów, jakoby one pierwotnie się pojawiały w porażeniach ogólnych. Prawdopodobnie tedy równocześnie zajętą jest w przebiegu przewlekłego zapalenia mózgu zarówno tkanka nerwowa, jak i neuroglia. Zmiany te wywołuje jad, w ustroju powstały, który równocześnie obniża zdolność życiową komórek nerwowych i drażni tkankę łączną, pobudzając ją do bujania. *Dr. M. Blassberg.*

Leredde. **Wskazania do leczenia światłem wilka i ograniczonych chorób skórnych twarzy.** (*La Presse médicale* 1901, Nr. 72). Dla wyzyskania bakteryobójczych własności promieni fioletowych i pozafioletowych w celach leczniczych używa Finsen przyrządu z lampą łukową o 60—80 amperach. Przyrząd Lortета i Genouda, o którego dobroci autor na podstawie własnego doświadczenia się przekonał, posiada lampę o sile tylko 10—20 amperów, przyczem przez usadowienie chorego możliwie blizko źródła światła unika się straty promieni, zachodzącej w przyrządzie Finsena. Leczenie wilka światłem jest bezwarunkowo wskazane, zwłaszcza jeśli użycie innych środków, jak przyżegań, nasiekań i t. d. nie dało pomyślnych wyników. Tak samo wskazane jest użycie w innych uporczywych cierpieniach skóry, jak naprzykład przy wilku rumienicowym, znamieniu naczyniastem płaskiem (*Naevus vascularis planus*), oraz w rozległej figówce, która przeszła już w głębsze warstwy skóry. Przy wyłysieniu nie miał autor zachęcających wyników; w leczeniu trądzika rzadko należałoby się uciekać aż do tego długiego sposobu. Nabłoniaki twarzy należy jak najenergiczniej leczyć sposobem chirurgicznym, a fototerapia powinna być w tych przypadkach wykluczona. *Dr. M. Blassberg.*

IV. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 grudnia.

* Prof. Pešina (Praga), sekretarz generalny Słowiańskiego Komitetu lekarskiego, otrzymał urzędowe zawiadomienie, że na rosyjskich Zjazdach lekarskich i przyrodniczych wszystkie języki słowiańskie zostały ukazem ministra spraw wewnętrznych, równouprawnione.

* Od Komitetu organizacyjnego II-go międzynarodowego Kongresu prasy lekarskiej otrzymaliśmy zawiadomienie, że zebranie się tego kongresu, które miało się odbyć w Brukseli roku bieżącego, zostało odłożone na rok przyszły. Komitet informuje, że przyczyna tego odłożenia tkwi w niemożności doprowadzenia do zgodnego porozumienia się w sprawie organizacyi międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej.

Z naszego stanowiska należy przypomnieć okoliczności następujące: w r. 1899 odbył się w Paryżu I-szy międzynarodowy kongres prasy lekarskiej; na kongres ten nie otrzymali zaproszenia przedstawiciele prasy lekarskiej czeskiej, polskiej, kroackiej i t. d. Ponieważ ten kongres prasy lekarskiej odbywał się podczas XIII-go międzynarodowego kongresu lekarskiego, więc obecne w Paryżu zarządy komitetów narodowych: polskiego i czeskiego, założyły protest przeciw tego rodzaju zapoznawaniu. Obeznanie się jednak z treścią rozpraw na posiedzeniach kongresu prasy lekarskiej, przekonanie się mianowicie, że inicyatorowie tego kongresu, dziennikarze francuscy, wyrugowują pierwiastek duchowy z celów międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej, a promują zamiary niejako syndykackie, ostudziło znacznie zapał należenia do międzynarodowego Stow. prasy lekarskiej.

O ile nam wiadomo, protest polski i czeski pozostały bez odpowiedzi. Otrzymawszy wyżej przytoczone zawiadomienie od Komitetu organizującego II. Zjazd prasy lekarskiej w Brukseli, wystylizowane jakby w »ciągu dalszym«, nie wiemy, czy to ma być właśnie odpowiedź na protesty? nie wiemy również, czy redakcye innych czasopism lekarskich, polskich i czeskich otrzymały podobny dokument, a ułatwiłoby to zoryentowanie się w tej sprawie. W każdym razie polska prasa lekarska mogłaby przystąpić do Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej tylko jako jednostka zbiorowa, zatem musiałaby poprzednio stowarzyszyć się u siebie w domu, a czy to w naszych stosunkach kiedy nastąpi?

* Wydział krajowy uchwalił przedstawić mającemu sie zebrać w najbliższym czasie Sejmowi wniosek, domagający się pełnomocnictwa do rozszerzenia Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie kosztem 857,000 koron. Wydział krajowy uważa za niezbędne: 1) wybudowanie 7 pawilonów na pomieszczenie 500 umysłowo-chorych nieuleczalnych; 2) dwóch domów na pomieszkania dla lekarzy i urzędników, oraz na rozszerzenie urządzeń gospodarskich Zakładu kulparkowskiego.

* Doc. dr. Leon Kryński mianowany został prof. nadzwycz. Uniw. Jag.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Włodzimierz Skórski.

* Niektórzy lekarze krakowscy otrzymali w ostatnich dniach imienne zaproszenie Komitetu urządzającego do wzięcia udziału w XI-tym Zjeździe przyrodników i lekarzy rosyjskich, który odbędzie się w Petersburgu od 20 do 30 grudnia (st. st) b. r.

* Dnia 21 b. m. odbyła się w Uniw. lwowskim promocya Dra Wacława Moraczewskiego. Promocya ta na stopień doktora wszechnauk lekarskich nastąpiła po zadośćuczynieniu prawem przepisanej nostryfikacyi dyplomu szwajcarskiego.

* Budynki warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus zostały ubezpieczone na kwotę 2,000,000 rubli. Roczna opłata wynosi 1500 rubli.

* Prof. Przybytek mianowany został członkiem Rady lekarskiej przy ministerstwie spraw wewnętrznych w Petersburgu.

* Dr. Kirstein wydał »Przewodnik dla służby, trudniącej się desinfekcyą« (Berlin, nakładem Juliusza Springera). Autor ułożył całą instrukcyę w formie pytań i odpowiedzi; wymienia on wszystkie środki desinfekcyjne i wyjaśnia sposoby ich używania.

* W Londynie zawiązał się Komitet w celu kształcenia ociemniałych w sztuce mięsienia. Ze względu na wysoko rozwinięty zmysł dotyku u ślepych, należy przypuszczać, że są oni szczególnie i wyjątkowo uposażeni do tej czynności.

* Ospa w Londynie ciągle wzrasta. Dnia 20 listopada było leczonych w szpitalu osób 421; przeciętna dzienna liczba zachorowań wynosi 37. Ten stan rzeczy zapewne wywoła rewizyę wydanej przed paru laty ustawy, czyniącej obowiązkowe wówczas szczepienie ospy warunkowem, co spowodowało tak fatalne następstwa.

Mianowania i odznaczenia. Order żelaznej korony III. klasy otrzymał prof. Grzegorz Ziembicki. Dr. Gilbert mianowany został profesorem terapii w Paryżu, jako następca profesora Landouzy, który objął kierownictwo kliniki lekarskiej prof. Jaccoud.

Nekrologia. Dr. Józef Piotrowski zmarł w Brześciu Kujawskim, licząc lat 43.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 51. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w roku 1900. Biro: O padaczce.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekar. Warszawskiego* Z. II. Rencki: O czynności żołądka przy wrzodzie i zwężeniu dobrotliwem po zabiegach operacyjnych. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. Wojciechowski; Leczenie przymiotu za pomocą merkuriolu Blomquista w workach. Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 3. R.: Różniczkowe rozpoznawanie ciąży prawidłowej od innych stanów chorobliwych i ciąży patologicznej. G: Wskazówki do postępowania przy wykonywaniu operacyi. L.: O krwawieniu i sposobach tamowania krwi (c. d.). R.: Szczepienie ochronne krowianki (dok). Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.) Kohn: O wyjmowaniu zębów (dok.).

— *Sbornik klinický* Nr. 2. Zahradnický: O primárních resekcích při gangraenosních kýlách uskřinutých. Šamberger: Příspěvek k nauae o syfilitické anaemii se zvláštním ohledem na zmeny krve a urobilinurii. Skalička: O umístění oparu pásového. Svehla: Nové symptomy fissurae ani. Krahulik: Ischias scoliotica.

— *La Presse médicale* Nr. 100. Josias i Tollemer: Chłoniak złośliwy uogólniony, wychodzący z migdałków, u 9-letniego dziecka. Hirtz i Delamare: O postaci durowej ogólnego zakażenia gronkowcami. — Nr. 101. Garnier i Dupré: Przeobrażenie osobowości, zdziecinniałość umysłowa, występująca napadowo.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Chrobak: O bezpłodności. Foges: Przerost sutka prawidłowego i dodatkowego podczas ciąży. Hauschka: Przypadek pierwotnej wstępującej gruźlicy narządu płciowego. Neugebauer: Znieczulenie rdzenia tropokokainą.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 51. Loeffler: Higiena produktów mlecznych. Ehrlich: Ciała ochronne krwi (c. d.). Pfeiffer: O uodporniającem działaniu »choleraamboceptorów« na mątwiki cholery (dok.). Unger: Gonokoki we krwi cierpiących na ogólne zeżączkowe zapalenie stawów. Pawy: Cukrzyca doświadczalna.

Redakcya otrzymała: A. Sokołowski: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Wł. Janowski: 1) Teodor Dunin. 2) Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów. Lachs: 1) Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historyi ginekologii. 2) Die Temperaturverhältnisse bei den Neugeborenen in ihrer ersten Lebenswoche.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Od Administracyi.

W celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma upraszą się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

PP. prenumeratorów, którzy zalegają w opłacaniu przedpłaty za rok przeszły, upraszą się o rychłe uregulowanie rachunku.

OD ADMINISTRACYI.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

„Przegląd lekarski" rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1901 r. czterdziesty rok swego istnienia i wychodzić będzie, jak dotąd, najreguralniej co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza »Przegląd lekarski« w swoich łamach:

I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, publikowanych w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Felieton zajmujący się ważnemi sprawami tyczącemi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Wiadomości bieżące i bibliograficzne.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krak. i wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu Izb lekarskich (wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń Wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim***, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne są płatne (40 koron za arkusz druku).

Administracya uprasza jak najuprzejmiej Szanownych Prenumeratorów o rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok 1901, najlepiej wprost do biura ***Administracyi „Przeglądu lekarskiego" Kraków. ul. Podwale L. 9.***

Przedpłata na rok 1901 wynosi: w Austryi 20 koron, w Królestwie Polskiem i Cesarstwie Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 16 marek, we Francyi 30 franków.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować ***bezpośrednio w Administracyi.***

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich pobierają „Przegląd lekarski" w Administracyi, **wnoszą zaś prenumeratę** za pośrednictwem Towarzystwa lekarzy galicyjskich **we Lwowie**; Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w księgarni W-go Krzyżanowskiego w Krakowie.

KONKURS.

Wskutek opróżnienia posady lekarza okręgowego w **Janowie** rozpisuje się konkurs na tę posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Janowie (powiatu gródeckiego), który obejmuje 20 gmin z ludnością 12.941, na obszarze 223 klm.

Siedzibą lekarza okręgowego jest miasteczko Janów, gdzie się także znajduje publiczna apteka.

Chcący uzyskać powyższą posadę, winien wykazać, iż posiada następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego;
2. Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. Nieskazitelny charakter;
4. Znajomość języków krajowych;
5. Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6. Dostateczną fizyczną zdatność.

Obowiązki lekarza okręgowego określa §. 14 rozp. wykonawczego do ust. z 2 lutego 1891, wydanego przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym. — (Dz. ust. kraj. Nr. 82, Cz. XXII).

Dla lekarza okręgowego w Janowie wyznaczoną jest płaca roczna w kwocie 1000 koron i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 540 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę, winni podania należycie udokumentowane, wnieść do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do 31 grudnia 1900 roku.

Z Wydziału powiatowego
w Gródku 12 grudnia 1900.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.